

DECRETO 806 DE 1998

(abril 30)

Diario Oficial No. 43.291, del 5 de mayo de 1998

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- Artículos compilados en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, publicado en el Diario Oficial No. 49.865 de 6 de mayo de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016.
- Modificado por el Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.
- Modificado por el Decreto [1323](#) de 2009, publicado en el Diario Oficial No. 47.327 de 21 de abril de 2009, 'Por el cual se modifica el artículo [72](#) del Decreto 806 de 1998'
- Modificado por el Decreto 3615 de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 46.059 de 12 de octubre de 2005, 'Por el cual se reglamenta la afiliación de los trabajadores independientes de manera colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral'
- Modificado por el Decreto [1703](#) de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.893, de 07 de agosto de 2002, 'Por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud'.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA,

en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial de la contenida en el numeral 11 del artículo [189](#) de la Constitución Política, literal k) del artículo [1o.](#) de la Ley 10 de 1990, los artículos [154](#), [157](#) y [159](#) de la Ley 100 de 1993 y el artículo [23](#) de la Ley 344 de 1996,

DECRETA:

CAPITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1o. OBJETO Y AMBITO DE APLICACION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 1. El presente decreto tiene por objeto reglamentar la Seguridad Social en Salud, en todo el territorio nacional, tanto como servicio público esencial como servicio de interés público a cargo de particulares o del propio Estado, el tipo de participantes del Sistema, la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y los derechos de los afiliados.

En consecuencia, obliga a todas las entidades públicas, privadas, mixtas o de economía solidaria debidamente autorizadas para participar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizando la prestación o prestando uno o varios de los beneficios de que trata el presente decreto, así como a la población afiliada y vinculada al Sistema.

CAPITULO II.

BENEFICIOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COMO SERVICIO PUBLICO ESENCIAL



ARTICULO 2o. DEFINICION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 2. En desarrollo de los artículos [48](#) y [49](#) de la Constitución Política, el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.

Al Estado le corresponde garantizar este conjunto de beneficios en forma directa o a través de terceros con el objeto de proteger de manera efectiva el derecho a la salud. Estos se agrupan en cinco tipos de planes diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el Sistema, esto es como afiliado cotizante, como afiliado beneficiario, como afiliado subsidiado, o como vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.



ARTICULO 3o. DE LOS TIPOS DE PLANES. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

2. Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

1. Establece el literal h) del artículo [33](#) de la Ley 1122 de 2007, 'por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007.

"ARTÍCULO [33](#). PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

(...)

h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica; <subraya el editor>.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 3. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud como servicio público esencial existen únicamente los siguientes planes de beneficios:

1. <Ver Notas de Vigencia 1> Plan de Atención Básica en Salud, PAB.
2. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS.
3. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS.
4. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
5. Atención inicial de urgencias.



ARTICULO 4o. PLAN DE ATENCION BASICA, PAB. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Notas de Vigencia

- Establece el literal h) del artículo [33](#) de la Ley 1122 de 2007, 'por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007.

"ARTÍCULO [33](#). PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

(...)

- h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica; <subraya el editor>.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 4. <Ver Notas de Vigencia> Es un plan cuyos contenidos son definidos por el Ministerio de Salud en desarrollo del artículo [49](#) de la Constitución Política, es de carácter obligatorio y gratuito, dirigido a todos los habitantes del territorio nacional, prestado directamente por el Estado y sus entidades territoriales o por particulares mediante contrato con el Estado.



ARTICULO 5o. OBLIGATORIEDAD DE LOS ENTES TERRITORIALES. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

- Establece el literal h) del artículo [33](#) de la Ley 1122 de 2007, 'por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007.

'ARTÍCULO [33](#). PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

(...)

h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica;' <subraya el editor>.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 5. <Ver Notas de Vigencia> Es responsabilidad y obligación del Gobierno a través del Ministerio de Salud y los entes territoriales del orden departamental, distrital y municipal, la financiación, planeación, ejecución y control del Plan de Atención Básica en Salud, PAB*. Para su ejecución podrán contratar, entre otras, con las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las Cajas de Compensación Familiar, CCF, las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, las comunidades y las Empresas Solidarias de Salud, ESS.

El Plan de Atención Básica, PAB, deberá ser diseñado, adoptado y asumido por las entidades territoriales en el plan local y en el plan de desarrollo.



ARTICULO 6o. FINANCIACION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

- Establece el literal h) del artículo [33](#) de la Ley 1122 de 2007, 'por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007.

'ARTÍCULO [33](#). PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

(...)

h) Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica; <subraya el editor>.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 6. La prestación de las actividades, intervenciones y procedimientos definidos en el Plan de Atención Básica en Salud será financiada con recursos del situado fiscal destinados al fomento de la salud y prevención de la enfermedad, con los recursos fiscales derivados de los programas nacionales del Ministerio de Salud y con recursos que para el efecto destinen los departamentos, distritos y municipios.



ARTICULO 7o. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, POS. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [162A](#) (Adicionado por el Decreto 131 de 2010)

Ley 1171 de 2007; Art. [13](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 7. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que está obligada a garantizar a sus afiliados las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Entidades Adaptadas, EAS, debidamente autorizadas, por la Superintendencia Nacional de Salud o por el Gobierno Nacional respectivamente, para funcionar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluye educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

A través de este plan integral de servicios y con sujeción a lo establecido en el artículo [162](#) de la Ley 100 de 1993, se debe responder a todos los problemas de salud conforme al manual de intervenciones, actividades y procedimientos y el listado de medicamentos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas podrán incluir el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en Colombia, de conformidad con su eficacia y seguridad comprobada.



ARTICULO 8o. FINANCIACION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 8. Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas garantizarán la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del Régimen Contributivo en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia, con cargo a los recursos que les reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de la Unidad de Pago por Captación, UPC, las cuotas moderadoras y los copagos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

PARAGRAFO. En los casos de mora el empleador o el pagador de la pensión, responsable, deberá asumir directamente el costo de las prestaciones económicas y las incluidas en el POS, sin perjuicio de su obligación de cancelar la totalidad de las cotizaciones atrasadas al sistema.



ARTICULO 9o. CRITERIOS PARA LA ELABORACION DEL PLAN. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 9. Para la inclusión de actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos en el Plan Obligatorio de Salud, se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. El conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos y guías de atención que se incluya deberá ser seleccionado con criterios de costo-efectividad, orientado a la solución de las enfermedades de acuerdo con el perfil de morbilidad y con las condiciones de tecnología existentes en el país.
2. Las actividades, intervenciones, procedimientos médicos, medicamentos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos deberán estar aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, colegios de médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.
3. Las actividades, intervenciones, medicamentos y procedimientos médicos incluidos deberán cumplir con los criterios de eficacia comprobada para resolver o mejorar las condiciones generadas por la enfermedad y de seguridad, para evitar o reducir el riesgo a los pacientes, a su familia, al personal de la salud y a la comunidad en general.

PARAGRAFO. Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los

cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.



ARTICULO 10. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 10. Con el objeto de cumplir con los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia consagrados en la Constitución Política, el Plan Obligatorio de Salud tendrá exclusiones y limitaciones, que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos y guías de atención integral que expresamente defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, o sean el resultado de complicaciones de estos tratamientos o procedimientos.

En ningún caso se financiarán con cargo a los recursos del sistema, actividades, procedimientos, medicamentos o intervenciones de carácter experimental o no aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, colegios de médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.



ARTICULO 11. CONDICIONES DE ACCESO. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 11. Para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad del plan obligatorio de salud, se consideran como indispensables y de tránsito obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica del primer nivel de atención. Para el tránsito entre niveles de complejidad es requisito indispensable el procedimiento de remisión. Se exceptúan de lo anterior solamente las atenciones de urgencia y pediatría.

Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiera periódicamente de servicios especializados podrá acceder directamente al especialista sin hacer el tránsito por medicina general.



ARTICULO 12. COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 12. Las condiciones para la prestación del Plan Obligatorio de Salud ofrecidas por una Entidad Promotora de Salud o Adaptada deberán enmarcarse dentro de los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en lo referente a copagos y cuotas moderadoras.



ARTICULO 13. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO, POS-S. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 13. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Subsidiado y que están obligadas a garantizar las Entidades Promotoras de Salud, las Empresas Solidarias de Salud y las Cajas de Compensación Familiar debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para administrar los recursos del Régimen Subsidiado.

El contenido del Plan Subsidiado será definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.



ARTICULO 14. FINANCIACION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 14. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado será financiado con los recursos que ingresan a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, destinados a subsidios a la demanda, situado fiscal, participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación y demás rentas ordinarias y de destinación específica, de conformidad con lo establecido en la ley.

Cuando el subsidio sea parcial el afiliado deberá cofinanciar el POS-S en la forma que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.



ARTICULO 15. ATENCION EN ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTROFICOS. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [167](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 15. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud derivada de accidentes de tránsito con cargo a la aseguradora del vehículo causante del siniestro o al Fosyga según sea el caso.

De igual manera, el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará el pago a las IPS por la atención en salud a las personas, víctimas de catástrofes naturales, actos terroristas y otros eventos aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; así como el pago de las indemnizaciones de acuerdo con la reglamentación contenida en el Decreto 1283 de 1996 o en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Los servicios requeridos y no cubiertos por el SOAT o el Fosyga en materia de accidentes de tránsito correrán a cargo de la EPS correspondiente siempre y cuando estos servicios se encuentren incluidos en el POS, o por la entidad con la cual el usuario haya tomado un Plan Adicional en Salud siempre y cuando incluya éste dichos beneficios. Lo anterior, a opción del usuario quien debe expresar su voluntad al respecto en forma libre y espontánea.

De igual manera, en el Régimen Subsidiado los servicios requeridos y no cubiertos por el SOAT o el Fosyga en materia de accidentes de tránsito correrán a cargo de la Administradora de Régimen Subsidiado correspondiente, siempre y cuando estos servicios se encuentren incluidos en el POS-S. En caso de que no se encuentren incluidos en el POS-S y el afiliado carezca de capacidad de pago, será atendido en las IPS públicas o privadas que tengan contrato con el Estado con cargo a los recursos de subsidio a la oferta.

En ningún caso podrá disfrutarse con recursos del presupuesto nacional, al mismo tiempo y por la misma causa, de indemnización por incapacidad y auxilio funerario.



ARTICULO 16. ATENCION INICIAL DE URGENCIAS. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Tema no tratado en el Decreto 2353 de 2015.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [168](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 16. El Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención inicial de urgencias. El costo de los servicios será asumido por la Entidad Promotora de Salud o administradora del Régimen Subsidiado a la cual se encuentre afiliada la persona o con cargo al Fosyga en los eventos descritos en el artículo precedente.



ARTICULO 17. OTROS BENEFICIOS. <Artículo compilado en el artículo [2.2.4.1](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan Planes Adicionales de Salud y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares.

Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2005-00213-01 de 7 de octubre de 2010, Consejero Ponente Dr. Marco Antonio Velilla Moreno.



ARTICULO 18. DEFINICION DE PLANES ADICIONALES DE SALUD, PAS. <Artículo compilado en el artículo [2.2.4.2](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Se entiende por plan de atención adicional, aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias.

El usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan.



ARTICULO 19. TIPOS DE PAS. <Artículo compilado en el artículo [2.2.4.3](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes PAS:

1. Planes de atención complementaria en salud.

2. Planes de medicina prepagada, que se registrarán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.

3. Pólizas de salud que se registrarán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.

PARAGRAFO. Las entidades que ofrezcan planes adicionales deberán mantener su política de descuentos con el usuario mientras éste se encuentre vinculado a la institución, siempre que no se modifiquen las condiciones que dan origen al descuento.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2005-00213-01 de 7 de octubre de 2010, Consejero Ponente Dr. Marco Antonio Velilla Moreno.

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2430 de 9 de septiembre de 2004, Consejero Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [169](#)



ARTICULO 20. USUARIOS DE LOS PAS. <Artículo compilado en el artículo [2.2.4.4](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Los contratos de planes adicionales, sólo podrán celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios.

Notas del Editor

El editor sugiere tener en cuenta lo dispuesto por el Parágrafo del artículo 20 del Decreto 131 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.599 de 21 de enero de 2010. Decreto expedido bajo el estado de emergencia social decretado mediante el Decreto 4975 de 2009, en cuanto establece: '... Las Entidades Promotoras de Salud solo podrán ofrecer planes complementarios a personas que tengan el POS en su misma Entidad Promotora de Salud ...'.

Las personas de que trata el artículo [279](#) de la Ley 100 de 1993 podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan.

PARAGRAFO. Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del PAS. La entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato, quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida.



ARTICULO 21. EXAMEN DE INGRESO. <Artículo compilado en el artículo [2.2.4.5](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Para efectos de tomar un PAS la entidad oferente podrá practicar un examen de ingreso, previo consentimiento del contratista, con el objeto establecer en forma media el estado de salud de un individuo, para encauzar las políticas de prevención y promoción de la salud que tenga la institución respectiva y de excluir algunas patologías existentes.

PARAGRAFO. las entidades habilitadas para ofrecer PAS no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial, de conformidad con el Decreto 1222 de 1994.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2430 de 9 de septiembre de 2004, Consejero Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.



ARTICULO 22. DEBER DE INFORMACION. <Artículo compilado en el artículo [2.2.4.6](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Las entidades que ofrezcan PAS deberán remitir, con una antelación de 30 días a su colocación en el mercado, la siguiente información a la Superintendencia Nacional de Salud:

- a) Nombre y contenido del plan;
- b) Descripción de los riesgos amparados y sus limitaciones;
- c) Costo y forma de pago del plan;
- d) Descripción de cuotas moderadoras y copagos;
- e) Copia del formato de contrato que se utilizará.

PARAGRAFO. Aquellas entidades que en la actualidad se encuentran ofreciendo planes de medicina prepagada, complementarios o seguros de salud que no hayan enviado dicha información, deberán remitirla en un plazo máximo de tres (3) meses contados a partir de la vigencia del presente decreto.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2430 de 9 de septiembre de 2004, Consejero Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.



ARTICULO 23. PLANES DE ATENCION COMPLEMENTARIA. <Artículo compilado en

el artículo [2.2.4.1.1](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Los PAC son aquel conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Tendrán uno o varios de los siguientes contenidos:

1. Actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o expresamente excluidos de éste.
2. Una o varias condiciones de atención diferentes que permitan diferenciarlo del POS tales como comodidad y red prestadora de servicios.

PARAGRAFO. Sólo podrán ofrecerse los contenidos del POS en las mismas condiciones de atención cuando éstos están sometidos a períodos de carencia, exclusivamente durante la vigencia de este período.



ARTICULO 24. ESTIPULACIONES CONTRACTUALES. <Artículo compilado en el artículo [2.2.4.1.2](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Los contratos de PAC deberán incluir como mínimo:

- a) Identificación del contratista y, de los beneficiarios del plan;
- b) Definición de los contenidos y características del plan;
- c) Descripción detallada de los riesgos amparados y las limitaciones;
- d) Término de duración del contrato;
- e) Costo y forma de pago del Plan incluyendo cuotas moderadoras y copagos;
- f) Condiciones de acceso a la red de prestadores de servicios y listado anexo de los prestadores;
- g) Derechos y deberes del contratista y beneficiarios del plan.

CAPITULO III.

AFILIADOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y AFILIACION



ARTICULO 25. AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 00198-01 de 27 de marzo de 2008, Consejera Ponente Dra. Martha Sofía Sanz Tobón.

- Demanda de nulidad contra este Artículo. Negada. Consejo de Estado, Expediente No. 9024 de 12 de junio de 2003, Consejera Ponente Dra. Olga Inés Navarrete Barrero.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 25. Son afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, todos los residentes en Colombia que se encuentren afiliados al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado y los vinculados temporalmente según lo dispuesto en el presente decreto.

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, es obligatoria y se efectuará a través de los regímenes contributivo y subsidiado. Temporalmente, participará dentro del sistema la población sin capacidad de pago que se encuentre vinculada al sistema.

PARAGRAFO. En ningún caso podrá exigirse examen de ingreso para efectos de la afiliación al sistema.



ARTICULO 26. AFILIADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Notas del Editor

- Para la interpretación del literal d) debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [6](#), es especial su inciso final, de la Ley 797 de 2003, publicada en el Diario Oficial No. 45.079 de 29 de enero de 2003, el cual establece:

'ARTÍCULO 6o. El artículo [19](#) de la Ley 100 de 1993 quedará así:

'Artículo 19. Base de cotización de los trabajadores independientes. Los afiliados al sistema que no estén vinculados mediante contrato de trabajo, contrato de prestación de servicios o como servidores públicos, cotizarán sobre los ingresos que declaren ante la entidad a la cual se afilien, guardando correspondencia con los ingresos efectivamente percibidos.

'Cuando se trate de personas que el Gobierno Nacional haya determinado que deban ser subsidiadas temporalmente en sus aportes, deberán cubrir la diferencia entre la totalidad del aporte y el subsidio recibido.

'En ningún caso la base de cotización podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente.'

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Probada la excepción de cosa juzgada respecto de la expresión 'algún empleador' contenida en el literal d) del ordinal. Consejo de Estado, Sección Cuarta, Expediente No. 11001-03-27-000-2020-00006-00(25204) de 24/02/2022, Consejero Ponente Dr. Julio Roberto Piza Rodríguez.

- Demanda de nulidad contra la expresión 'los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleado' contenida en el literal b). Consejo de Estado, Sección Cuarta, Expediente No. 11001-03-27-000-2019-00054-00(25056). Niega suspensión provisional mediante Auto de 14/02/2020, Consejero Ponente Dr. Jorge Octavio Ramírez Ramírez. Declara probada de forma parcial la excepción de cosa juzgada frente a la expresión «los rentistas de capital». Niega las pretensiones de la demanda, mediante Fallo de 29/04/2021, Consejera Ponente Dra. Myriam Stella Gutiérrez Argüello.

- Demanda de nulidad contra este Numeral. Negada. Consejo de Estado, Expediente No. 1493-98 de 8 de febrero de 2001, Consejero Ponente Dr. Nicolas Pájaro Peñaranda.

- Aparte tachado declarado del literal d) NULO por el Consejo de Estado mediante Sentencia de 19 de agosto de 2004, Expediente No. 3403, Consejera Ponente Dra. Ana Margarita Olaya Forero.

Concordancias

Decreto 1703 de 2002; Art. [3](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 26. Las personas con capacidad de pago deberán afiliarse al Régimen Contributivo mediante el pago de una cotización o aporte económico previo, el cual será financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Serán afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. Como cotizantes:

a) Todas aquellas personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país;

b) Los servidores públicos;

c) Los pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sobrevivientes o sustitutos, tanto del sector público como del sector privado. En los casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes deberá afiliarse la persona beneficiaria de dicha sustitución o pensión o el cabeza de los beneficiarios;

d) <Aparte tachado NULO> Los trabajadores independientes, los rentistas, los propietarios de las empresas y en general todas las personas naturales residentes en el país, que no tengan vínculo contractual y reglamentario con algún empleador y cuyos ingresos mensuales sean iguales o superiores a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes;

e) Los cónyuges o compañeros(as) permanentes de las personas no incluidas en el Régimen de Seguridad Social en Salud de conformidad con lo establecido en el artículo [279](#) de la Ley 100 de 1993 y que reúnen alguna de las características anteriores. La calidad de beneficiado del cónyuge afiliado a sistemas especiales, no lo exime de su deber de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los términos de la Ley 100 de 1993.

2. Como beneficiarios:

Los miembros del grupo familiar del cotizante, de conformidad con lo previsto en el presente decreto.



ARTICULO 27. AFILIACION CUANDO VARIOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR SON COTIZANTES. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 27. Cuando varios miembros de un mismo grupo familiar, se encuentren en una de las situaciones descritas en el numeral 1o. del artículo precedente, deberán cotizar para garantizar la solidaridad de todo el Sistema a la misma Entidad Promotora de Salud.



ARTICULO 28. BENEFICIOS DE LOS AFILIADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO.
<Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 28. El Régimen Contributivo garantiza a sus afiliados cotizantes los siguientes beneficios:

- a) La prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de que trata el artículo [162](#) de la Ley 100 de 1993;
- b) El subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no profesional;
- c) El subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

Los pensionados cotizantes y los miembros de su grupo familiar que no estén cotizando al sistema recibirán únicamente las prestaciones contempladas en el literal a) del presente artículo.

PARAGRAFO. Cuando el afiliado al Régimen Contributivo requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POS deberá financiarlos directamente. Cuando no tenga capacidad de pago para asumir el costo de estos servicios adicionales, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado, las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta y cobrarán por su servicio una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes.



ARTICULO 29. AFILIACION AL REGIMEN SUBSIDIADO. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 29. Será afiliada al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del pago de una Unidad de Pago por Capitación- UPC-S, la población pobre y vulnerable que sea identificada como tal, de acuerdo con el sistema definido para tal efecto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Teniendo en cuenta que la afiliación es gradual dependiendo del volumen de recursos, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá la población prioritaria.



ARTICULO 30. BENEFICIOS DE LOS AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO.
<Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 30. El régimen subsidiado garantiza a sus afiliados la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en los términos establecidos por el artículo [162](#) de la Ley 100 de 1993.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, diseñará un programa para que los afiliados del régimen subsidiado alcancen en forma progresiva el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, quedando excluidas las prestaciones económicas.



ARTICULO 31. PRESTACION DE SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL POS SUBSIDIADO. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 31. Cuando el afiliado al régimen subsidiado requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POSS y no tenga capacidad de pago para asumir el costo de dichos servicios, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta. Estas instituciones están facultadas para cobrar una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes.



ARTICULO 32. VINCULADOS AL SISTEMA. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 32. Serán vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud las personas que no tienen capacidad de pago mientras se afilian al régimen subsidiado.



ARTICULO 33. BENEFICIOS DE LAS PERSONAS VINCULADAS AL SISTEMA.
<Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 00198-01 de 27 de marzo de 2008, Consejera Ponente Dra. Martha Sofía Sanz Tobón.

- Demanda de nulidad contra este Artículo. Negada. Consejo de Estado, Expediente No. 9024 de 12 de junio de 2003, Consejera Ponente Dra. Olga Inés Navarrete Barrero.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 33. Mientras se garantiza la afiliación a toda la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado, las personas vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrán acceso a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, de conformidad con la capacidad de oferta de estas instituciones y de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación vigentes.

Adicionalmente, tendrán derecho a los beneficios otorgados por concepto de accidente de tránsito y eventos catastróficos de conformidad con las definiciones establecidas por el Decreto 1283 de 1996 o las normas que lo adicionen o modifiquen.

CAPITULO IV.

COBERTURA FAMILIAR



ARTICULO 34. COBERTURA FAMILIAR. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [163](#)

Decreto Ley 19 de 2012; Art. [119](#)

Decreto 1703 de 2002; Art. [3](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 34. El grupo familiar del afiliado cotizante o subsidiado, estará constituido por:

- a) El cónyuge;
- b) A falta de cónyuge la compañera o compañero permanente, siempre y cuando la unión sea superior a dos años;
- c) Los hijos menores de dieciocho (18) años que dependen económicamente del afiliado;
- d) Los hijos de cualquier edad si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado;
- e) Los hijos entre los dieciocho (18) y los veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo, tal como lo establece el Decreto 1889 de 1994 y dependan económicamente del afiliado;
- f) Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado que se encuentren en las situaciones definidas en los numerales c) y d) del presente artículo;
- g) A falta de cónyuge o de compañera o compañero permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de éste.

PARAGRAFO. Se entiende que existe dependencia económica cuando una persona recibe de otra los medios necesarios para su congrua subsistencia.



ARTICULO 35. INSCRIPCION DEL GRUPO FAMILIAR. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Concordancias

Decreto 1703 de 2002; Art. [3](#); Art. [31](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 35. Los afiliados deberán inscribir ante la Entidad Promotora de Salud -EPS., a cada uno de los miembros que conforman su grupo familiar según lo dispuesto en el artículo anterior. Esta inscripción se hará mediante el diligenciamiento del formulario que para el efecto determine la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho formulario deberá ser suscrito por el afiliado. El formulario deberá suscribirlo también el empleador cuando se trate de personas con contrato de trabajo o de servidores públicos.

La solicitud de inscripción deberá estar acompañada de una declaración del afiliado que se entenderá prestada bajo la gravedad del juramento, en la que manifieste que las personas que conforman su grupo familiar no están afiliadas a otra Entidad Promotora de Salud -EPS y que ninguna de ellas por su nivel de ingresos debe estar afiliada como cotizante.

PARAGRAFO. El formulario y los anexos a que se refiere el presente artículo podrán ser destruidos después de un año contado a partir del momento de su recepción por la EPS, siempre y cuando los conserve por cualquier medio técnico que garantice la reproducción exacta de documentos, tales como la microfilmación, la micografía y los discos ópticos. El mismo procedimiento podrá seguirse con el formulario y documento de autoliquidación.



ARTICULO 36. HIJOS CON INCAPACIDAD PERMANENTE. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 36. Tienen derecho a ser considerados miembros del grupo familiar aquellos hijos que tengan incapacidad permanente producida por alteraciones orgánicas o funcionales incurables que impidan su capacidad de trabajo, de acuerdo con las normas vigentes sobre la materia. Dicha incapacidad deberá acreditarse mediante certificación expedida por un médico autorizado por la respectiva EPS.



ARTICULO 37. HIJOS ADOPTIVOS. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 37. Los hijos adoptivos tendrán derecho a ser incluidos en la cobertura familiar desde el momento mismo de su entrega a los padres adoptantes por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o de alguna de las casas de adopción debidamente reconocidas por dicho Instituto.



ARTICULO 38. COBERTURA FAMILIAR DEL PENSIONADO. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 38. La afiliación al sistema de los pensionados por jubilación, vejez, invalidez o sobrevivientes, será también de cobertura familiar en iguales términos a los descritos anteriormente.



ARTICULO 39. COBERTURA FAMILIAR CUANDO LOS DOS CONYUGES COTIZAN AL SISTEMA. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 39. Cuando los dos cónyuges o compañeros permanentes son afiliados cotizantes en el sistema, deberán estar vinculados a la misma Entidad Promotora de Salud - EPS y los miembros del grupo familiar sólo podrán inscribirse en cabeza de uno de ellos. En este caso, se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres que dependan económicamente de alguno de los cónyuges y no se encuentren en ninguna de las situaciones descritas en el numeral 1o. del artículo [30](#) del presente decreto, en concurrencia de los hijos con derecho a ser inscritos, siempre y cuando la suma de los aportes de los cónyuges sea igual al 100% de las unidades de pago por capitación correspondientes a los miembros, del grupo familiar con derecho a ser inscritos incluyendo a los cónyuges y a los padres que se van a afiliar.

Si uno de los cónyuges cotizantes dejare de ostentar tal calidad, tanto éste como los beneficiarios quedarán inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.

PARAGRAFO. Las personas que hayan sido afiliadas de conformidad con lo establecido por el Decreto 1919 de 1994, deberán ajustarse a lo dispuesto en el presente artículo a partir del 1o. de enero de 1999.



ARTICULO 40. OTROS MIEMBROS DEPENDIENTES. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

- Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2400 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.981 de 30 de octubre de 2002.

Los cotizantes dependientes o afiliados adicionales, de que trata el artículo [40](#) del Decreto 806 de 1998, sólo podrán ser inscritos o continuar como afiliados adicionales, siempre que el cotizante pague en forma mensual anticipada a la Entidad Promotora de Salud, un aporte equivalente en términos de las Unidades de Pago por Capitación fijadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que correspondan al grupo étnico y zona geográfica de influencia al que pertenece el beneficiario adicional, de acuerdo con la siguiente tabla:

Grupos étnicos Número de UPC a pagar

Menores de 1 año 1.00

De 1 a 4 años 1.00

De 5 a 14 años 1.00

De 15 a 44 años

(hombres) 3.00

De 15 a 44 años

(mujeres) 2.02

De 45 a 59 años 1.85

Mayores de 60 años 1.00

Adicionalmente el afiliado cotizante, respecto de los cotizantes dependientes será responsable del pago del valor mensual definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para la financiación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de un valor destinado a la Subcuenta de Solidaridad. Este último equivaldrá al 10% de la sumatoria del valor que resulte de sumar las UPC a pagar de acuerdo con su grupo etéreo fijadas en la tabla más el valor de promoción y prevención.

El pago de los aportes correspondientes a los cotizantes dependientes se hará con cargo a los recursos del cotizante, directamente o a través de descuentos de nómina del cotizante.

La entidad promotora de salud, EPS, apropiará el valor de una UPC correspondiente al grupo etéreo del afiliado adicional y el valor correspondiente a las actividades de promoción y prevención y girará a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga el aporte de solidaridad. Cuando se reciban sumas superiores a la UPC que corresponde al afiliado adicional, la EPS girará el valor restante a la Subcuenta de Compensación del Fosyga a través del proceso de compensación, en el formato que para el efecto defina el Ministerio de Salud.

Las personas que se encontraban afiliadas en calidad de cotizantes dependientes o adicionales a 1o. de septiembre de 2002, cuentan con un plazo no mayor a un mes contado a partir de la fecha de publicación del presente Decreto para cancelar los valores adeudados.

PARÁGRAFO 1o. Las personas que se encontraban inscritas como cotizantes-dependientes a 1o. de septiembre de 2002, que no continúen afiliadas en las condiciones previstas en este artículo quedan liberadas del cumplimiento de las garantías establecidas en el numeral 10 del artículo 2o. del Decreto 047 de 2000, modificado por el artículo 8o. del Decreto 783 de 2000. Para el efecto deberán reportar la novedad a la entidad promotora de salud, EPS.

PARÁGRAFO 2o. Se considera práctica ilegal o no autorizada, el que la EPS asuma con sus propios recursos el pago de los valores a cargo del cotizante por concepto de cotizantes dependientes o que otorguen beneficios de exoneración total o parcial de esta responsabilidad al titular de la obligación.

- Artículo modificado por el artículo 7 del Decreto 1703 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.893, de 07 de agosto de 2002, el cual establece:

'ARTÍCULO 7o. AFILIACIÓN DE MIEMBROS ADICIONALES DEL GRUPO FAMILIAR. A partir de la vigencia del presente decreto, los cotizantes dependientes de que trata el artículo 40 del Decreto 806 de 1998, sólo podrán ser inscritos o continuar como afiliados adicionales, siempre que el cotizante cancele directamente y en forma mensual anticipada a la Entidad Promotora de Salud, un aporte equivalente en términos de las Unidades de Pago por Capitación definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la siguiente tabla:

Grupos etéreos Número de UPC a pagar

Menores de 1 año 1.00

De 1 a 4 años 1.00

De 5 a 14 años 1.00

De 15 a 44 años (Hombres) 3.00

De 15 a 44 años (Mujeres) 2.02

De 45 a 59 años 1.85

Mayores de 60 años 1.00

El afiliado cotizante respecto de los cotizantes dependientes será responsable del pago del valor de la UPC mensual definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para la financiación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de un valor destinado a la Subcuenta de Solidaridad. Este último equivaldrá al 10% de la sumatoria del valor de estas UPC.

La entidad promotora de salud, EPS, apropiará el valor de una UPC correspondiente al grupo etáreo del afiliado adicional y la UPC correspondiente a las actividades de promoción y prevención y girará a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga el aporte de solidaridad y cuando se reciban sumas superiores a la UPC del afiliado cotizante, el valor restante se girará a la Subcuenta de Compensación del Fosyga a través del proceso de compensación.

El presente artículo solo aplicará a partir del mes siguiente contado a partir de la expedición del presente decreto.

PARÁGRAFO. Las personas actualmente inscritas como cotizantes-dependientes que no continúen afiliadas en las condiciones previstas en este artículo, quedan liberadas del cumplimiento de las garantías establecidas en el numeral 10 del artículo [2o.](#) del Decreto 047 de 2000, modificado por el artículo [9o.](#) del Decreto 783 de 2000. Para el efecto deberán reportar la novedad a la entidad promotora de salud, EPS.'.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2007-00032-00 de 15 de septiembre de 2011, Consejera Ponente Dra. María Elizabeth García González.

- Demanda de nulidad contra este artículo. Negada. Consejo de Estado, Expediente No. 0032-00 de 21 de febrero de 2008, Consejera Ponente Dra. Martha Sofía Sanz Tobón.

Concordancias

Decreto 47 de 2000; art. [2](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 40. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2400 de 2002. Ver Nota de Vigencia. El texto original es el siguiente:> Cuando un afiliado cotizante tenga otras personas diferentes a las establecidas anteriormente, que dependan económicamente de él y que sean menores de 12 años o que tengan un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad, podrán incluirlos en el grupo familiar, siempre y cuando pague un aporte adicional equivalente al valor de la Unidad de Pago por Capitación correspondiente según la edad y el género de la persona adicional inscrita en el grupo familiar, establecidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En todo caso el afiliado cotizante deberá garantizar como mínimo un año de afiliación del miembro dependiente y en consecuencia la cancelación de la UPC correspondiente.

Este afiliado se denominará cotizante dependiente y tiene derecho a los mismos servicios que los beneficiarios.

PARAGRAFO. La afiliación o desafiliación de estos miembros deberá ser registrada por el afiliado cotizante mediante el diligenciamiento del formulario de novedades.



ARTICULO 41. COBERTURA EN DIFERENTES MUNICIPIOS. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 41. Los beneficiarios de la cobertura familiar podrán acceder a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, siempre que todos los miembros que componen el grupo familiar, cotizantes o no, se encuentren afiliados a la misma Entidad Promotora de Salud. En este caso, para la prestación de los servicios, si la entidad promotora correspondiente no tiene cobertura en el lugar de residencia, deberá celebrar convenios con las entidades promotoras de salud del lugar o en su defecto, con las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En todo caso las entidades promotoras de salud deberán garantizar la atención en salud a sus afiliados en casos de urgencias en todo el territorio nacional.

CAPITULO V.

REGLAS GENERALES DE AFILIACION



ARTICULO 42. FORMAS DE AFILIACION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del

Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.
- Numeral 2o. derogado por el artículo 15 del Decreto 3615 de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 46.059 de 12 de octubre de 2005.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 42. La afiliación en cualquiera de las entidades promotoras de salud podrá ser individual o colectiva.

1. La afiliación individual es la forma de afiliación que cubre a un solo grupo familiar o a una sola persona cuando esta carezca de cónyuge o compañero o compañera permanente, hijos o padres con derecho a ser inscritos.

2. <Numeral derogado por el artículo 15 del Decreto 3615 de 2005> La afiliación colectiva es aquella que se realiza a través de agremiaciones o asociaciones que agrupen diferentes afiliados con nexos comunes o por asentamientos geográficos. En todo caso el afiliado será responsable por el pago de sus cotizaciones, y podrá cambiar de Entidad Promotora de Salud, de manera individual, aunque la selección inicial se haya efectuado a través de una asociación.



ARTICULO 43. ENTIDADES AUTORIZADAS PARA EFECTUAR LA AFILIACION COLECTIVA. <Artículo derogado por el artículo 15 del Decreto 3615 de 2005>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 15 del Decreto 3615 de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 46.059 de 12 de octubre de 2005.

Concordancias

Decreto 1703 de 2002; Art. [15](#); Art. [16](#); Art. [17](#); Art. [18](#) ; Art. [19](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 43. Las cooperativas o mutuales podrán vincular masivamente a sus asociados a una Entidad Promotora de Salud -EPS, siempre y cuando obtenga autorización de la Superintendencia Nacional de Salud y se sujeten a las siguientes reglas:

1. Deberán tener personería jurídica.
2. Debe tratarse de entidades sin ánimo de lucro o de entidades de naturaleza cooperativa o mutual a las cuales se encuentre en forma efectiva afiliado o asociado el trabajador independiente. La naturaleza de trabajador independiente no se modifica por el hecho de estar afiliado al sistema a través de una de estas entidades.
3. Las entidades cooperativas o mutuales no podrán ser delegatarias del derecho a la libre elección que se encuentra radicado en la persona cotizante. En este sentido, su objeto se restringe a la coordinación de los trabajadores a efecto de que puedan potencializar una elección frente a las mejores opciones que existan, para efecto de la afiliación y del pago de aportes de los trabajadores independientes cooperados o asociados.
4. Deberán inscribirse ante la respectiva Entidad Promotora de Salud.
5. Deberán adelantar directamente todos los trámites, formales de la afiliación, dejando de presente en el formulario de cada, uno de los afiliados que se actúa por conducto de una cooperativa o mutual autorizada.

PARAGRAFO 1o. Será cancelada la autorización para efectuar la afiliación colectiva, cuando se determine que estas entidades están promoviendo o tolerando la evasión o elusión de aportes al sistema o cuando coarte la libertad de elección.

PARAGRAFO 2o. Las cooperativas o mutuales podrán realizar la labor de recaudo, recepción de aportes y/o el manejo de la información de sus asociados afiliados al sistema siempre y cuando se ajusten a los requerimientos de la Superintendencia Nacional de Salud y sean autorizadas para tales efectos por las entidades promotoras de salud correspondientes, de conformidad con lo establecido en el artículo [287](#) de la Ley 100 de 1993. En ningún caso podrán cobrar suma alguna al afiliado por esta labor.

En todo caso las entidades promotoras de salud responderán por el recaudo de estos recursos.



ARTICULO 44. CARNET DE AFILIACION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Notas del Editor

- En criterio del editor para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el inciso 2o. del artículo [22](#) de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47. 957 de 19 de enero de 2011, el cual establece:

(Por favor remitirse a la norma que a continuación se transcribe para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO [22](#). ...

'El acceso a la atención de salud será a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad.'

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 44. <Ver Notas del Editor> Las entidades promotoras de salud y las adaptadas están en la obligación de expedir un carnet a cada uno de sus afiliados del régimen contributivo o subsidiado, que será el documento de identificación. Las características e información que deberá contener dicho carnet serán las definidas por el Ministerio de Salud.

El carnet de afiliación tendrá validez mientras los afiliados a esa entidad conserven tal calidad. Cuando el afiliado pierda esta calidad por traslado a otra EPS o por desafiliación, deberá devolver el carnet a la EPS que lo expidió.



ARTICULO 45. LIBERTAD DE ELECCION POR PARTE DEL AFILIADO. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 45. La afiliación a una cualquiera de las entidades promotoras de salud -EPS en los regímenes contributivo y subsidiado, es libre y voluntaria por parte del afiliado.

En el régimen contributivo, tratándose de personas vinculadas a la fuerza laboral mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, la selección efectuada deberá ser informada por escrito al empleador al momento de la vinculación o cuando se traslade de Entidad Promotora de Salud, con el objeto de que este efectúe las cotizaciones a que haya lugar.

Efectuada la selección, el empleador deberá adelantar el proceso de afiliación con la respectiva Entidad Promotora de Salud, mediante el diligenciamiento de un formulario único previsto para el efecto por la Superintendencia Nacional de Salud, que deberá contener por lo menos los siguientes datos:

Nombres y apellidos o razón social y NIT del empleador.

Nombre, apellido e identificación del afiliado cotizante.

Nombre e identificación del grupo familiar del afiliado.

Salario o ingreso base de cotización del afiliado.

Dirección de residencia del trabajador y dirección del empleador y/o entidad que otorga la pensión.

Sexo y fecha de nacimiento del afiliado cotizante y de su grupo familiar.

Administradora de riesgos profesionales a la cual se encuentra afiliado el cotizante. Mención de otros cotizantes del grupo familiar.

Los trabajadores independientes y demás personas naturales con capacidad de pago, deberán afiliarse a la Entidad Promotora de Salud -EPS que seleccionen, mediante el diligenciamiento del respectivo formulario único. La Superintendencia Nacional de Salud definirá la información adicional que deberá contener el formulario para la afiliación de dichas personas y para el pago de las respectivas cotizaciones y deberá establecerse si la afiliación se efectúa a través de una entidad agrupadora o directamente.

Cuando el afiliado se traslade de Entidad Promotora de Salud, en el formulario de registro de novedades y traslados definido por la Superintendencia Nacional de Salud, deberá consignarse que la decisión de traslado ha sido tomada de manera libre y espontánea.



ARTICULO 46. PERIODO PARA SUBSANAR ERRORES O INCONSISTENCIAS.

<Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 47. Cuando la afiliación no cumpla los requisitos mínimos establecidos, la Entidad Promotora de Salud deberá comunicarlo al solicitante y al respectivo empleador, cuando fuere el caso, dentro de los treinta días siguientes a la fecha de presentación del formulario en la cual se solicitó la vinculación, para efectos de subsanar los errores o las inconsistencias.



ARTICULO 47. EFECTOS DE LA AFILIACION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 47. La afiliación a la Entidad Promotora de Salud o administradora del régimen subsidiado, implica la aceptación de las condiciones propias del régimen contributivo o subsidiado a través del cual se afilia y aquellas relacionadas con cuotas moderadoras y copagos que fije la respectiva Entidad Promotora de Salud para la prestación de los servicios de conformidad con las normas. Estas últimas deberán ser informadas al afiliado.



ARTICULO 48. AFILIACIONES MULTIPLES. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Concordancias

Ley 1122 de 2007; Art. [41](#), Lit. c)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 48. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ninguna persona podrá estar afiliada simultáneamente en el régimen contributivo y subsidiado, ni estar afiliada en más de una Entidad Promotora de Salud, ostentando simultáneamente alguna de las siguientes calidades: Cotizante, beneficiario y/o cotizante y beneficiario.



ARTICULO 49. REPORTE DE AFILIACION MULTIPLE. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 49. Cuando las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las adaptadas, mediante cruces de información o por cualquier otro medio, establezcan que una persona se encuentra afiliada en más de una entidad, deberán cancelar una o varias afiliaciones, dando aplicación a las reglas establecidas para tal efecto en el artículo siguiente, previo aviso al afiliado.



ARTICULO 50. REGLAS PARA LA CANCELACION DE LA AFILIACION MULTIPLE. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Concordancias

Decreto 1703 de 2002; Art. [11](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 50. Para efectos de cancelar la afiliación múltiple, las Entidades Promotoras de Salud y las adaptadas aplicarán las siguientes reglas:

- Cuando el afiliado cambie de Entidad Promotora de Salud antes de los términos previstos en el presente decreto, será válida la última afiliación efectuada dentro de los términos legales. Las demás afiliaciones no serán válidas.
- Cuando la doble afiliación obedezca a un error no imputable al afiliado, quien solicitó su traslado dentro de los términos legales, se tendrá como válida la afiliación a la Entidad Promotora de Salud a la cual se trasladó.
- Cuando una persona se encuentre inscrita simultáneamente en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado, se cancelará la inscripción al régimen subsidiado.



ARTICULO 51. AFILIADO BENEFICIARIO QUE DEBE SER COTIZANTE. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 51. Las cancelarán la inscripción como beneficiarias a aquellas personas que deben tener la calidad de cotizantes. Estas personas deberán cubrir los gastos en que haya incluido la(s) EPS(s) por los servicios prestados. Estos recursos serán girados al FOSYGA, a la subcuenta de solidaridad.



ARTICULO 52. CONCURRENCIA DE EMPLEADORES O DE ADMINISTRADORAS DE PENSIONES. <Artículo compilado en el artículo [2.2.1.1.2.6](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> <Ver Notas del Editor> Cuando una persona sea dependiente de más de un empleador o reciba pensión de más de una administradora de pensiones, cotizará sobre la totalidad de los ingresos con un tope máximo de veinte salarios mínimos mensuales legales vigentes, en una misma Entidad Promotora de Salud, informando tal situación a los empleadores o administradoras de pensiones correspondientes.

Notas del Editor

- En relación al tope máximo, debe tenerse en cuenta que pasó a 25 salarios mínimos con la modificación introducida al inciso 4 del artículo 18 de la ley 100 de 1993, por el artículo [5](#) de la Ley 797 de 2003, publicada en el Diario Oficial No. 45.079, de 29 de enero de 2003.

En caso de incumplimiento de lo dispuesto en el inciso anterior, la persona responderá por el pago de las sumas que en exceso deba cancelar el Fondo de Solidaridad y Garantía a diferentes EPS por concepto de UPC. Cuando las EPS hayan reportado oportunamente la información de sus afiliados en los términos establecidos en el presente decreto, no estarán obligadas a efectuar reembolso alguno.

PARAGRAFO. En el formulario de afiliación deberá quedar constancia de la concurrencia de empleadores y administradoras de pensiones.



ARTICULO 53. MULTIPLE INSCRIPCION DENTRO DE UNA MISMA EPS. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 53. Cuando a través de cruces internos de información, la Entidad Promotora de Salud determine que tiene inscrita una persona más de una vez, deberá dar aplicación a las siguientes reglas:

- a) Si la persona se encuentra inscrita en calidad de cotizante más de una vez, será válida la primera inscripción;
- b) Si la persona se encuentra inscrita como beneficiaria y cotizante en forma concurrente será válida la inscripción como cotizante;
- c) Cuando un beneficiario esté en cabeza de dos cotizantes, será válida la primera inscripción;
- d) Cuando un beneficiario esté en cabeza de dos cónyuges cotizantes, deberán tanto el beneficiario, como uno de los cónyuges, quedar inscritos en cabeza de aquel que primero se inscribió en la EPS. Si el primer cónyuge cotizante deja de ostentar tal calidad, tanto éste como sus beneficiarios quedarán automáticamente inscritos en cabeza del cónyuge que continúe cotizando.

CAPITULO VI.

MOVILIDAD DENTRO DEL SISTEMA



ARTICULO 54. MOVILIDAD DENTRO DEL SISTEMA. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Notas del Editor

- Adicional a lo dispuesto en este artículo, en criterio del editor debe tenerse en cuenta que lo dispuesto por el parágrafo del artículo [25](#) de la Ley 1122 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007, 'por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', el cual dispone:

'ARTÍCULO [25](#). DE LA REGULACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. ...

'PARÁGRAFO 1o. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y esta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta. El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a esa EPS según reglamentación que para dichos efectos expida el Ministerio de la Protección Social. La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar en las entidades territoriales la autorización de estos traslados. La aseguradora que incurra en las causales mencionadas en el presente artículo será objeto de las sanciones establecidas en la Ley por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, salvo las limitaciones a la libre elección derivadas del porcentaje de obligatoria contratación con la red pública.'

Concordancias

Ley 1122 de 2007; Art. [25](#) Par. 1o.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 54. La afiliación, en cuanto a movilidad, estará regida por las siguientes reglas especiales:

1o. Las personas sólo podrán trasladarse de EPS una vez cancelados 12 meses de pagos continuos. Este período no será tenido en cuenta cuando se presenten casos de deficiente prestación o suspensión de los servicios.

2o. Los cotizantes que incluyan beneficiados en fecha diferente a aquella en la cual se produjo su afiliación a la EPS, deberán permanecer el tiempo que sea necesario para que cada uno de sus beneficiarios cumpla el período señalado en el numeral anterior, salvo en el caso del recién nacido.

PARAGRAFO 1. La Entidad Promotora de Salud que con conocimiento acepte a un afiliado que no haya cumplido con el período mínimo de permanencia establecido en el numeral 1o., será solidariamente responsable con el afiliado por los gastos en que haya incurrido el Sistema General de Seguridad Social en Salud, independientemente de las sanciones que

pueda imponer la Superintendencia por desconocimiento de las normas.

PARAGRAFO 2. Cuando se excluya como beneficiario un cónyuge, podrá incluirse el compañero(a) permanente que acredite dos años de convivencia o el nuevo cónyuge cuando acredite el nuevo vínculo.



ARTICULO 55. TRASLADO DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 55. Los afiliados a una Entidad Promotora de Salud, podrán trasladarse a otra, de conformidad con las reglas establecidas en el artículo precedente, previa solicitud a la nueva EPS, presentada por el afiliado con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación. Copia de esta solicitud deberá ser entregada por el afiliado al empleador.

La Entidad Promotora de Salud a la cual se traslade el afiliado, deberá notificar tal hecho a la anterior, en la forma que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.



ARTICULO 56. EFECTIVIDAD DEL TRASLADO. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 56. En concordancia con lo establecido por el artículo 46 del Decreto 326 de 1996, el traslado de entidad administradora producirá efectos sólo a partir del primer día calendario del segundo mes siguiente a la fecha de presentación de la solicitud. La entidad administradora de la cual se retira el trabajador o el pensionado tendrá a su cargo la prestación de los servicios hasta el día anterior a aquel en que surjan las obligaciones para la nueva entidad.

El primer pago de cotizaciones que se deba efectuar a partir del traslado efectivo de un afiliado, se deberá realizar a la nueva Entidad Promotora de Salud.

El traslado de un trabajador independiente que se haya retirado de una Entidad Promotora de Salud, adeudando sumas por conceptos de cotizaciones o copagos, se hará efectivo en el momento en que el afiliado cancele sus obligaciones pendientes con el Sistema General de Seguridad Social en Salud a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encontraba afiliado.

Lo anterior, sin perjuicio de las acciones que sean procedentes contra el trabajador o el aportante. Para tal efecto, la certificación de deuda que expida la administradora prestará mérito ejecutivo.

PARAGRAFO. Las entidades que indebidamente reciban aportes del empleador por un trabajador trasladado a otra EPS deberá reintegrar estas sumas dentro de los quince días siguientes a su requerimiento.

CAPITULO VII.

SUSPENSION DE LA AFILIACION Y DESAFILIACION



ARTICULO 57. SUSPENSION DE LA AFILIACION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Notas del Editor

- Para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [9](#) del Decreto 1703 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.893, de 07 de agosto de 2002, el cual establece:

(Por favor remitirse a la norma que se transcribe a continuación para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO 9o. SUSPENSIÓN DE LA AFILIACIÓN. Además de las causales previstas en el artículo 57 del Decreto 1406 de 1999, la afiliación será suspendida cuando no se presenten los soportes exigidos para los beneficiarios de que tratan los artículos [3o.](#), [5o.](#), [6o.](#) y [7o.](#) en los términos establecidos en el presente decreto.

La prestación de los servicios de salud que requieran los beneficiarios suspendidos por esta causal, serán de cargo del afiliado cotizante del cual dependen.

Cuando se acredite la condición de beneficiario antes de que opere la desafiliación, se levantará la suspensión y la EPS tendrá derecho a recibir las correspondientes UPC por los períodos de suspensión.'.

Concordancias

Decreto 129 de 2010; Art. [1](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 57. La afiliación será suspendida después de un mes de no pago de la cotización que le corresponde al afiliado, al empleador o a la administradora de pensiones, según sea el caso o cuando el afiliado cotizante que incluyó dentro de su grupo a un miembro dependiente no cancele la unidad de pago por capitación adicional en los términos establecidos en el presente decreto.

Cuando la suspensión sea por causa del empleador o de la administradora de pensiones, éste o ésta deberá garantizar la prestación de servicios de salud a los trabajadores que así lo requieran, sin perjuicio de la obligación de pagar los aportes atrasados y de las sanciones a que haya lugar por este hecho, de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo [210](#) y el artículo [271](#) de la Ley 100 de 1993.

El empleador, la administradora de pensiones o el afiliado deberá para efectos de levantar la suspensión, pagar por todos los períodos atrasados a la Entidad Promotora de Salud, la cual brindará atención inmediata.

PARAGRAFO. La Entidad Promotora de Salud compensará por cada uno de los períodos cancelados.



ARTICULO 58. DESAFILIACION. <Artículo derogado por el artículo [41](#) del Decreto 1703 de 2002>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [41](#) del Decreto 1703 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.893, de 07 de agosto de 2002.

Concordancias

Decreto 1703 de 2002; Art. [10](#)

Decreto 47 de 2000; art. [2](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 58. La afiliación a una Entidad Promotora de Salud quedará cancelada en los siguientes casos:

a) Transcurridos seis meses continuos de suspensión de la afiliación. La EPS deberá informar de manera previa al empleado cotizante su posible desafiliación a través de correo certificado dirigido al último domicilio registrado en la EPS.

Una vez desafiliado el usuario, el empleador o afiliado independiente deberá para efectos de afiliarse nuevamente, pagar a la Entidad Promotora de Salud a la cual se encontraba afiliado. La EPS compensará por los períodos en los cuales la afiliación estuvo suspendida y girará sin derecho a compensar las cotizaciones correspondientes a los demás períodos atrasados. En este caso el afiliado perderá el derecho a la antigüedad. A partir del mes en que se efectúen los pagos se empezará a contabilizar el período mínimo de cotización y la EPS tendrá nuevamente derecho a compensar;

b) Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa oportunamente a la EPS a través del reporte de novedades que no tiene capacidad de pago para continuar afiliado al Régimen Contributivo como independiente;

c) Cuando el trabajador independiente pierde su capacidad de pago e informa a la EPS tal situación a través del reporte de novedades.

PARAGRAFO. Serán a cargo del empleador aún después de la desvinculación del trabajador, o de la administradora de pensiones, los perjuicios que se ocasionen al afiliado como efecto de la pérdida de antigüedad o cualquier que se origine por el retardo en el pago de sus obligaciones al sistema, sin perjuicio de las demás sanciones legales a que haya lugar.



ARTICULO 59. INTERRUPCION DE LA AFILIACION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 59. Habrá lugar a interrupción de la afiliación sin pérdida de la antigüedad ni pago de los períodos por los cuales se interrumpe la cotización, cuando el afiliado cotizante o pensionado y sus beneficiarios residan temporalmente en el exterior y reanuden el pago de sus aportes dentro del mes siguiente a su regreso al país, debiendo comunicar tal circunstancia a la EPS a la cual se encontraba afiliado. No obstante, deberá aportar el punto de solidaridad de que trata el artículo [204](#) de la Ley 100 de 1993 por todo el tiempo que estuvo fuera del país.

CAPITULO VIII.

PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION



ARTICULO 60. DEFINICION DE PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 60. Son aquellos períodos mínimos de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que pueden ser exigidos por las Entidades Promotoras de Salud para acceder a la prestación de algunos servicios de alto costo incluidos dentro del POS. Durante ese período el individuo carece del derecho a ser atendido por la Entidad Promotora a la cual se encuentra afiliado.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar a los usuarios en el momento de la afiliación, los períodos de cotización que aplica.



ARTICULO 61. PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Notas del Editor

* Para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el párrafo transitorio del artículo [32](#) de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47. 957 de 19 de enero de 2011, según el cual: 'A partir del primero de enero del 2012 no habrá periodo de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. '

* Para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el literal h) del artículo [14](#) de la Ley 1122 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007, cuyo texto original establece:

'ARTÍCULO 14....

'h) No habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los períodos de carencia;'

Al respecto la Circular MINPROTECCIÓN SOCIAL 20 de 2007, establece:

'2. Períodos mínimos de cotización o períodos de carencia para los afiliados al régimen contributivo en salud

A partir de la vigencia de la Ley 1122 de 2007 y conforme lo dispone el literal h) del artículo [14](#), a los afiliados al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no se les exigirán períodos mínimos de cotización superiores a 26 semanas.

En consecuencia, los períodos mínimos de cotización establecidos en el artículo [164](#) de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo [61](#) del Decreto 806 de 1998, han sido modificados en cuanto al número de semanas se refiere.

'Por lo anterior, para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo descritas a continuación, el afiliado requerirá 26 semanas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin que se exija el cumplimiento de este requisito en un período determinado.

'Grupo 1. Aquellas definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud.

'Grupo 2. Enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos - Mapipos, como del grupo ocho (8) o superiores.

'Para quienes no cumplen con las 26 semanas que la nueva ley fija como requisito para períodos mínimos de cotización se sigue aplicando lo dispuesto en el párrafo del artículo [61](#) del Decreto 806 de 1998 que señala:

"Parágrafo. Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.

"Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus

beneficiarios, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes”.

'Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo como responsables de las funciones de aseguramiento que no hubieren tenido en cuenta lo previsto en el literal h) del artículo [14](#) de la Ley 1122 de 2007, negando la prestación del servicio, deberán adelantar las gestiones necesarias para que aquellas personas que cuenten con el número de semanas exigido, les sean autorizados los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, POS, en condiciones de oportunidad y calidad.

'Las Entidades Promotoras de Salud, contabilizarán el tiempo de afiliación tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, independientemente de la EPS en la cual estuviere afiliado el usuario, para calcular los períodos de carencia. '

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 61. <Ver Notas del Editor> Los períodos mínimos de cotización al Sistema para tener derecho a la atención en salud en las enfermedades de alto costo son:

Grupo 1. Un máximo de cien (100) semanas de cotización para el tratamiento de las enfermedades definidas como catastróficas o ruinosas de nivel IV en el Plan Obligatorio de Salud. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

Grupo 2. Un máximo de cincuenta y dos (52) semanas de cotización para enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo, y que se encuentren catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos-Mapipos, como del grupo ocho (8) o superiores. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año.

PARAGRAFO. Cuando el afiliado sujeto a períodos mínimos de cotización desee ser atendido antes de los plazos definidos en el artículo anterior, deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados en el presente artículo.

Cuando el afiliado cotizante no tenga capacidad de pago para cancelar el porcentaje establecido anteriormente y acredite debidamente esta situación, deberá ser atendido él o sus beneficiados, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes.



ARTICULO 62. EXCEPCIONES A LOS PERIODOS MINIMOS DE COTIZACION.
<Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 62. Serán de atención inmediata sin someterse a períodos de espera las actividades, intervenciones y procedimientos de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad, que se hagan en el primer nivel de atención, incluido el tratamiento integral del embarazo, parto, puerperio, como también la atención inicial de urgencia.

En ningún caso podrá aplicarse períodos mínimos de cotización al niño que nazca estando su madre afiliada a una EPS. El bebé quedará automáticamente afiliado y tendrá derecho a recibir de manera inmediata todos los beneficios incluidos en el POS-S, sin perjuicio de la necesidad de registrar los datos del recién nacido en el formulario correspondiente.



ARTICULO 63. LICENCIAS DE MATERNIDAD. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Concordancias

Decreto 47 de 2000; Art. [3](#), Num. 2

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 63. El derecho al reconocimiento de las prestaciones económicas por licencia de maternidad requerirá que la afiliada haya cotizado como mínimo por un período igual al período de gestación.



ARTICULO 64. PERDIDA DE LA ANTIGÜEDAD. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Literal f) declarado NULO por el Consejo de Estado, Sección Primera, mediante Sentencia de 23 de febrero de 2006, Expediente No. 1999-01750-01, Consejero Ponente Dr. Gabriel Eduardo Mendoza.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 64. Los afiliados pierden la antigüedad acumulada en los siguientes casos:

- a) Cuando un afiliado cotizante incluya a beneficiarios que deben ser reportados como cotizantes. En este evento perderán la antigüedad tanto el cotizante como los beneficiarios;
- b) Cuando un afiliado se reporte como empleador sin realmente serlo o cuando es reportado, a sabiendas, con salarios inferiores al real. Para este efecto bastará la prueba sumaria;
- c) Cuando un afiliado cotizante se afilie al Régimen Subsidiado sin tener el derecho correspondiente;
- e) Cuando un trabajador independiente a través de actos simulados pretenda cotizar como trabajador dependiente, creando una vinculación laboral inexistente para todos los efectos legales;
- f) <Literal NULO> Cuando se suspende la cotización al Sistema por seis o más meses continuos;
- g) Cuando el afiliado cotizante o beneficiario incurra en alguna de las siguientes conductas abusivas o de mala fe:
 - 1. Solicitar u obtener para sí o para un tercero, por cualquier medio, servicios o medicamentos que no sean necesarios.
 - 2. Solicitar u obtener la prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud a personas que legalmente no tengan derecho a ellos.
 - 3. Suministrar a las entidades promotoras o prestadoras de servicios, en forma deliberada, información falsa, incompleta o engañosa.
 - 4. Utilizar mecanismos engañosos o fraudulentos para obtener beneficios del Sistema o tarifas mas bajas de las que le corresponderían y eludir o intentar eludir por cualquier medio la aplicación de pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles.

CAPITULO IX.

COTIZACION EN SALUD



ARTÍCULO 65. BASE DE COTIZACION DE LOS TRABAJADORES CON VINCULACION CONTRACTUAL, LEGAL Y REGLAMENTARIA Y LOS PENSIONADOS. <Ver Notas del Editor> <Artículo compilado en el artículo [2.2.1.1.2.1](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Las cotizaciones para el Sistema General de Seguridad Social en Salud para los trabajadores afiliados al Régimen Contributivo en ningún caso podrán ser inferiores al equivalente al 12%* de un salario mínimo legal mensual vigente.

Notas del Editor

* Para la interpretación de este inciso debe tenerse en cuenta que mediante el artículo [10](#) de la Ley 1122 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007, que modificó el inciso 1o. del artículo [204](#) de la Ley 100 de 1993, a partir del 1o. de enero de 2007, el porcentaje de cotización se aumentó al 12.5%.

Para los trabajadores del sector privado vinculados mediante contrato de trabajo, la cotización se calculará con base en el salario mensual que aquellos devenguen. Para estos efectos, constituye salario no sólo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que se adopte y aquellos pagos respecto de los cuales empleadores y trabajadores hayan convenido expresamente que constituyen salario, de conformidad con lo establecido en los artículos [127](#), [129](#) y [130](#) del Código Sustantivo de Trabajo. No se incluye en esta base de cotización lo correspondiente a subsidio de transporte.

Para los servidores públicos las cotizaciones se calcularán con base en lo dispuesto en el artículo [6o.](#) del Decreto 691 de 1994 y las demás normas que lo modifiquen o adicionen.

Las cotizaciones de los trabajadores cuya remuneración se pacte bajo la modalidad de salario integral se liquidarán sobre el 70% de dicho salario.

Para los pensionados las cotizaciones se calcularán con base en la mesada pensional.

PARAGRAFO. Cuando el afiliado perciba salario o pensión de dos o más empleadores u ostente simultáneamente la calidad de asalariado e independiente, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario, ingreso o pensión devengado de cada uno de ellos.

Notas del Editor

- Para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [24](#) del Decreto 1703 de 2002, publicado en el Diario Oficial No. 44.893, de 07 de agosto de 2002, el cual establece:

'Sin perjuicio de lo establecido en el artículo [65](#) del Decreto 806 de 1998, para la afiliación de trabajadores dependientes cuya jornada de trabajo sea inferior a la máxima legal y el salario devengado sea inferior al mínimo legal mensual vigente, se deberá completar por el empleador y el trabajador en las proporciones correspondientes, el aporte en el monto faltante para que la cotización sea igual al 12% de un salario mínimo legal mensual. Lo anterior sin perjuicio de lo establecido legalmente para las empleadas del servicio doméstico'.



ARTÍCULO 66. BASE DE COTIZACION DE LOS TRABAJADORES INDEPENDIENTES. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Notas del Editor

- En criterio del editor para la interpretación de este artículo y el relación con los 'trabajadores independientes contratistas' debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el Consejo de Estado en Consulta 1832 de 26 de julio de 2007 (Autorizada su publicación 26/07/2011), Consejero Ponente, Dr. Luis Fernando Álvarez Jaramillo.

Destaca el editor:

'En concepto de la Sala, la norma transcrita <Ley 1122 de 2007; Art. [18](#)> sitúa al Gobierno Nacional en un escenario legal distinto al que existía en vigencia de la ley 100 de 1993. La consecuencia de esta nueva realidad normativa, es que los decretos reglamentarios que se expidieron con anterioridad al artículo 18 de la ley 1122 de 2007, para regular el ingreso base de cotización en salud de trabajadores independientes contratistas pierden vigencia.

'...

'Esto significa que el 40% del valor mensualizado del contrato de prestación de servicios que celebre un contratista de prestación de servicios es el límite legal máximo para calcular el ingreso base de cotización para éste tipo de trabajadores independientes. Este porcentaje máximo corresponde al ingreso que percibe el contratista de prestación de servicios por su actividad. A contrario sensu, el 60% restante o el porcentaje que resulte aplicable, según el caso, representa el costo operacional que se deriva de la actividad desarrollada por el contratista.

'Considerando que la cotización obligatoria del 12.5% que deben pagar los contratistas independientes se calcula sobre una base de cotización máxima del 40% del valor mensualizado del contrato y que el artículo 18 de la ley 1122 no distingue entre contratos de prestación de servicios en los que se pacten pagos mensuales o por otro tipo de periodos o

pagos al final del servicio, ni diferencia entre contratos de vigencia determinada o indeterminada, ni precisa si el 40% máximo se calcula sobre el valor bruto o neto mensualizado del contrato antes o después de impuestos, la Sala hará brevemente una reseña de los pronunciamientos de esta Corporación sobre los decretos reglamentarios que en este tema se expidieron con anterioridad a la vigencia de la nueva ley, con el fin de establecer si las pautas en ellos trazadas pueden orientar la labor reglamentaria del artículo [18](#) de la ley 1122 de 2007.

'...

'De acuerdo con las normas transcritas, la Sala considera que existe una relación directa entre los ingresos devengados y el ingreso base de liquidación de la cotización de los trabajadores independientes. Por ende, lo dispuesto en el artículo [18](#) de la ley 1122 de 2007, en el sentido de que “Los independientes contratistas de prestación de servicios cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización **máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato**”, debe interpretarse en consonancia con estas disposiciones legales <Remite a los artículos [4](#) y [5](#), Par. 1o. de la Ley 797 de 2003>.

'En este sentido, el parágrafo del artículo 1º del decreto 510 de 2003, señala que en materia de cotización en pensiones: “Se entiende por ingresos efectivamente percibidos por el afiliado aquellos que él mismo recibe para su beneficio personal. **Para este efecto, podrán deducirse las sumas que el afiliado recibe y que debe erogar para desarrollar su actividad lucrativa** en las mismas condiciones previstas por el artículo [107](#) del Estatuto Tributari”.

'Lo anterior significa que en materia de cotización en pensiones, la norma considera la posibilidad de excluir del cálculo de los ingresos efectivamente recibidos, aquellas sumas que constituyen costos necesarios para desarrollar la actividad lucrativa; circunstancia que en otra forma consagra el artículo [18](#) de la ley 1122 de 2007, pues al disponer que la base de cotización en salud para los contratistas de prestación de servicios se toma sobre un tope máximo del 40% del valor mensualizado del contrato, está concluyendo que el 60% restante hace parte de los costos del mismo.

Ahora bien, como quiera que los impuestos no son un costo operacional del contrato, es indispensable revisar si para el cálculo del porcentaje máximo del 40% del valor mensualizado del contrato de prestación de servicios, se deben o no descontar los pagos correspondientes a los impuestos de IVA, ICA y renta, para lo cual es necesario recurrir a los elementos de cada uno de estos tributos.

'...

IVA '...Siendo el contratante o consumidor final del servicio, quien soporta económicamente el impuesto y el contratista un mero sustituto quien tiene la responsabilidad de pagarlo ante la DIAN, es claro que la suma que resulte de aplicarle al valor del contrato, la tarifa del 16%, no representa un ingreso para el contratista y por consiguiente, independiente de la forma como se pacte el contrato, la suma que éste recibe y que corresponde al impuesto a las ventas no puede tenerse como parte de los ingresos que integran la cifra a considerar para el cálculo del límite máximo fijado por el legislador con el fin de determinar el IBC de un contratista de prestación de servicios.

ICA '...A diferencia del IVA, por ser éste un impuesto de carácter directo, el deudor de la obligación tributaria y el contribuyente es uno mismo. De ahí que en desarrollo de un contrato de prestación de servicios las personas naturales o jurídicas que realizan el hecho generador son en este caso quienes prestan el servicio, es decir, los contratistas.

Como quiera que los contratistas tienen la obligación de soportar económicamente y pagar este impuesto, el cual se calcula sobre los ingresos que se generan en la prestación del servicio, y el artículo [18](#) de la ley 1122 no establece si el límite máximo se debe calcular sobre el valor bruto o neto, en opinión de la Sala, el Gobierno Nacional, en ejercicio de su facultad reglamentaria, debería precisar la naturaleza del valor sobre el cual ha de calcularse el ingreso base de cotización en salud, teniendo en cuenta que las sumas que el contratista debe pagar por concepto del impuesto de industria y comercio no debe afectar el valor del contrato, por cuanto los honorarios que percibe el contratista son un ingreso para éste, independientemente de sus obligaciones con el fisco.

'Por tanto en vigencia de lo previsto en el artículo [18](#) de la ley 1122 de 2007, las sumas que el contratista debe pagar por concepto del impuesto de renta no deben afectar el valor del contrato, por cuanto, como se dijo anteriormente con respecto al impuesto de industria y comercio, los honorarios que percibe el contratista son un ingreso para éste, independientemente de sus obligaciones con el fisco; situación que debe ser tomada en cuenta por el Gobierno Nacional al momento de expedir alguna reglamentación destinada a precisar la naturaleza de los ingresos base para liquidar el límite máximo que trae la ley para calcular el IBC de los contratistas en salud.

'Por último, en defensa el derecho constitucional de igualdad, es importante recordar que en el caso de los trabajadores dependientes, igualmente el ingreso base de cotización en salud se liquida sin descontar lo que éstos pagan por concepto de este impuesto.

'Finalmente con respecto a la forma como se debe calcular el ingreso base de cotización en los contratos de prestación de servicios que se pactan a precio global -que incluye lo correspondiente a impuestos-, la Sala considera que en la reglamentación que se expida para el efecto, el Gobierno Nacional debe precisar un sistema que permita autoliquidar la cotización en salud que se deriva de los ingresos percibidos a título de honorarios, sin desconocer el derecho que tienen los contratistas para no revelar sus costos.

'En el marco jurídico vigente no es necesario recurrir a la analogía para deducir que el límite máximo del 40% del valor mensualizado del contrato previsto en el artículo [18](#) de la ley 1122 de 2007, es aplicable para calcular el ingreso base de cotización de los contratistas de prestación de servicios, independientemente del plazo del contrato y de la forma de pago (mensual, bimensual o al final del contrato). '

- En criterio del editor para la interpretación de este artículo en cuanto a los trabajadores independientes contratistas, deb tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [18](#) de la Ley 1122 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007, el cual establece:

(Por favor remitirse a la norma que se transcribe a continuación para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO [18](#). ASEGURAMIENTO DE LOS INDEPENDIENTES CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Los independientes contratistas de prestación de servicios

cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato. El contratista podrá autorizar a la entidad contratante el descuento y pago de la cotización sin que ello genere relación laboral.

Para los demás contratos y tipos de ingresos el Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas, la región de operación, la estabilidad y estacionalidad del ingreso.

PARÁGRAFO. Cuando el contratista pueda probar que ya está cotizando sobre el tope máximo de cotización, no le será aplicable lo dispuesto en el presente artículo.'

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Aparte tachado declarado NULO por el Consejo de Estado, mediante Sentencia de 10 de abril de 2008, Expediente No. 476-03, Consejero Ponente Dr. Alfonso Vargas Rincón.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 66. <Ver Notas del Editor> La base de cotización para los trabajadores independientes será determinada sobre los ingresos que calcule la EPS de acuerdo con el sistema de presunción de ingresos definido por la Superintendencia Nacional de Salud. ~~En ningún caso el monto de la cotización de los trabajadores independientes podrá ser inferior al equivalente al 12% de dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.~~



ARTICULO 67. BASE MINIMA Y MAXIMA DE COTIZACION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 67. En ningún caso en el formulario de autoliquidación, la base de cotización de los trabajadores dependientes podrá ser inferior al equivalente a un salario mínimo legal mensual vigente, salvo lo dispuesto en la Ley 11 de 1988 para los trabajadores del servicio doméstico.

De conformidad con lo dispuesto por el párrafo 3o. del artículo [204](#) de la Ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá limitar la base de cotización a 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes.



ARTICULO 68. RECAUDO DE COTIZACIONES. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 68. Las cotizaciones serán recaudadas en forma directa por las EPS o a través de terceros, de conformidad con la reglamentación vigente para tal efecto.

Los empleadores deberán cancelar los aportes de sus trabajadores, mediante el diligenciamiento de los formularios definidos para tal efecto por las normas vigentes. Dichos formularios serán suministrados por las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas sin ningún costo.



ARTICULO 69. PERIODO DE COTIZACION PARA LOS PROFESORES. <Artículo compilado en el artículo [2.2.1.1.3.6](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Los profesores de establecimientos particulares de enseñanza cuyo contrato de trabajo se entienda celebrado por el período escolar, tendrán derecho irrenunciable a que el empleador efectúe los aportes al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud por la totalidad del semestre o año calendario respectivo, según sea el caso, aun en el evento en que el período escolar sea inferior al semestre o año calendario.



ARTICULO 70. COTIZACION DURANTE LA INCAPACIDAD LABORAL, LA LICENCIA DE MATERNIDAD, VACACIONES Y PERMISOS REMUNERADOS. <Artículo compilado en el artículo [3.2.5.1](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> Para efectos de liquidar los aportes correspondientes al período durante el cual se reconozca al afiliado una incapacidad por riesgo común o una licencia de maternidad, se tomará como Ingreso Base de Cotización, el valor de la incapacidad o de la licencia de maternidad según sea el caso, manteniéndose la misma proporción en la cotización que le corresponde al empleador y al trabajador.

Las cotizaciones durante vacaciones y permisos remunerados se causarán en su totalidad y el pago de los aportes se efectuará sobre el último salario base de cotización reportado con anterioridad a la fecha en la cual el trabajador hubiere iniciado el disfrute de la respectivas vacaciones o permisos.

La Entidad Promotora descontará del valor de la incapacidad, el monto correspondiente a la cotización del trabajador asalariado o independiente según sea el caso.

En ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, salvo las excepciones legales.

PARAGRAFO. En el sector público podrá pagarse en forma anticipada las cotizaciones correspondientes al período total de la incapacidad, licencia de maternidad, vacaciones o permisos remunerados.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo (parcial). Negada. Consejo de Estado, Sección Segunda, Expediente No. 11001-03-25-000-2015-00232-00([0434-15](#)) de 2022/08/18, Consejero Ponente Dr. Rafael Francisco Suárez Vargas.

Concordancias

Decreto 1772 de 1994; Art. [19](#) Lit. c)



ARTICULO 71. COTIZACIONES DURANTE EL PERIODO DE HUELGA O SUSPENSION TEMPORAL DEL CONTRATO DE TRABAJO. <Artículo compilado en el artículo [3.2.5.2](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> En los períodos de huelga o suspensión temporal del contrato de trabajo por alguna de las causales contempladas en el artículo [51](#) del Código Sustantivo del Trabajo, no habrá lugar al pago de los aportes por parte del afiliado, pero sí de los correspondientes al empleador los cuales se efectuarán con base en el último salario base reportado con anterioridad a la huelga o a la suspensión temporal del contrato.

<Inciso NULO>

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Inciso declarado NULO por el Consejo de Estado, Sección Segunda, mediante Sentencia de 22 de septiembre de 2010, Expediente No. 1067-06, Consejero Ponente Dr. Gerardo Arenas Monsalve.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

<INCISO 2> En el caso de suspensión disciplinada o licencia no remunerada de los servidores públicos no habrá lugar a pago de aportes a la seguridad social, salvo cuando se levante la suspensión y haya lugar al pago de salarios por dicho período.

Jurisprudencia Concordante

'Le asiste razón al apelante en cuanto a que la Sección Segunda de ésta Corporación declaró la nulidad del aparte normativo en mención el 22 de diciembre de 2010, es decir, con posterioridad a la emisión del acto demandado, sin embargo no puede aceptarse que durante la vigencia de tal artículo se justificaba la desprotección del derecho a la maternidad y con ello, el goce de la licencia de maternidad, pues nótese que el inciso del numeral 2° del artículo 3° del Decreto 047 de 2000, impone que el empleador debe reconocer la licencia de maternidad al estar vigente la relación laboral y cotizarse en un periodo inferior al de la gestación. '.



ARTICULO 72. REGIMEN APLICABLE A LOS FUNCIONARIOS QUE PRESTAN EL SERVICIO EN EL EXTERIOR. <Artículo compilado en el artículo [2.1.10.4.2](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> <Artículo modificado por el artículo [1](#) del Decreto 1323 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Para los funcionarios del sector público que deban cumplir sus funciones en el exterior, se deberá contratar la prestación de servicios de salud a través de compañías aseguradoras, mediante contratos que suscriba la entidad de la que formen parte, de manera que todos los funcionarios reciban el mismo plan en condiciones similares al servicio ofrecido en Colombia para los afiliados al Plan Obligatorio de Salud - POS del Régimen Contributivo, dentro de las posibilidades del mercado extranjero. El régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud, les será aplicable una vez los funcionarios retornen al país.

La entidad empleadora cuyos funcionarios públicos presten el servicio en el exterior y respecto de los cuales se hubiere contratado la póliza a que hace alusión el inciso anterior, deberá efectuar los aportes correspondientes a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA. Estos aportes se tendrán en cuenta para efectos de mantener la antigüedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo [1](#) del Decreto 1323 de 2009, publicado en el Diario Oficial No. 47.327 de 21 de abril de 2009.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 72. Para los funcionarios del sector público que deban cumplir sus funciones en el exterior se deberá contratar la prestación de servicios de salud a través de entidades aseguradoras, mediante contratos que suscriba el Fondo Rotatorio del Ministerio de Relaciones Exteriores, de manera tal que todos los funcionarios reciban el mismo plan dentro de las mejores condiciones del mercado extranjero. El Régimen General de Seguridad Social en salud les será aplicable una vez el funcionario retorne al país.

Cuando se trate de funcionarios de otras entidades públicas nacionales, la respectiva entidad trasladará al Fondo Rotatorio de dicho Ministerio los recursos correspondientes para la cobertura de dichos funcionarios y para el giro del punto de solidaridad al FOSYGA.

PARAGRAFO. En todo caso este tiempo se contabilizará para efectos del cómputo del período de antigüedad.



ARTICULO 73. PUBLICACION DE EXTRACTOS DE PAGO. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 73. En concordancia con el artículo 42 del Decreto 326 de 1996, los empleadores deberán publicar en forma mensual al interior de las empresas, los extractos de pago de las cotizaciones de sus trabajadores, debidamente sellados por la entidad recaudadora o un documento equivalente, permitiendo de esta manera a los trabajadores acreditar sus derechos y cumplir con sus deberes en forma efectiva. De esta forma, será deber del trabajador denunciar ante la Superintendencia Nacional de Salud, los casos en que se presenten situaciones de retardo en el pago de las cotizaciones de salud por parte del empleador.

CAPITULO X.

COBERTURA DE SERVICIOS Y PERIODO DE PROTECCION LABORAL



ARTICULO 74. COBERTURA. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 74. El ingreso de un afiliado cotizante tendrá efectos para la entidad administradora en el Sistema de Seguridad Social Integral desde el día siguiente al que se inicie la relación laboral, siempre que se entregue a ésta debidamente diligenciado el respectivo formulario de afiliación. No obstante, la cobertura durante los primeros treinta días será únicamente en los servicios de urgencias. El resto de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud les serán brindados treinta días después siempre y cuando se hubiere efectuado el pago de la cotización respectiva.

El trabajador independiente una vez inscrito y cancelada su primera cotización, tendrá derecho a recibir conjuntamente con su familia de manera inmediata, la totalidad de los beneficios contemplados en el plan obligatorio de salud.



ARTICULO 75. DEL PERIODO DE PROTECCION LABORAL. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 75. Una vez suspendido el pago de la cotización como consecuencia de la finalización de la relación laboral o de la pérdida de la capacidad de pago del trabajador independiente, el trabajador y su núcleo familiar gozarán de los beneficios del plan obligatorio de salud hasta por treinta (30) días más contados a partir de la fecha de la desafiliación, siempre y cuando haya estado afiliado al sistema como mínimo los doce meses anteriores.

PARAGRAFO. Cuando el usuario lleve cinco (5) años o más de afiliación continua a una misma Entidad Promotora de Salud tendrá derecho a un período de protección laboral de tres (3) meses, contados a partir de la fecha de su desafiliación.



ARTICULO 76. BENEFICIOS DURANTE EL PERIODO DE PROTECCION LABORAL. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 76. Durante el período de protección laboral, al afiliado y a su familia sólo les serán atendidas aquellas enfermedades que venían en tratamiento o aquellas derivadas de una urgencia. En todo caso, la atención sólo se prolongará hasta la finalización del respectivo período de protección laboral. Las atenciones adicionales o aquellas que superen el período descrito, correrán por cuenta del usuario.

CAPITULO XI.

DISPOSICIONES FINALES



ARTICULO 77. PROCEDIMIENTO DE SOLUCION DE CONTROVERSIAS. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 77. Cuando dos o más Entidades Promotoras de Salud no lleguen a un acuerdo sobre lo dispuesto en el presente decreto, será la Superintendencia Nacional de Salud, la que resolverá de plano en un término máximo de treinta (30) días calendario, a través de la Dirección General de Entidades Promotoras de Salud, con sujeción a lo previsto en este decreto.



ARTICULO 78. REMISION DE INFORMACION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 78. Las Entidades Promotoras de Salud y las Adaptadas suministrarán mensualmente de acuerdo con las especificaciones definidas por la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Salud, la información necesaria para controlar la evasión de aportes, la elusión de los mismos y la doble afiliación al sistema, sin perjuicio de la reserva que por ley tengan algunos documentos.



ARTICULO 79. RESPONSABILIDAD POR REPORTE NO OPORTUNO. <Artículo compilado en el artículo [2.2.1.1.3.5](#) del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo [4.1.1](#) del mismo Decreto 780 de 2016> El empleador que no reporte dentro del mes siguiente a aquel en el cual se produce la novedad de retiro, responderá por el pago integral de la cotización hasta la fecha en que efectúe el reporte a la EPS.

La liquidación que efectúe la EPS por los períodos adeudados prestará mérito ejecutivo.



ARTICULO 80. PAGO DE INCAPACIDADES Y LICENCIAS. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 80. Cuando el empleador se encuentre en mora y se genere una incapacidad por enfermedad general o licencia de maternidad éste deberá cancelar su monto por todo el período de la misma y no habrá lugar a reconocimiento de los valores por parte del Sistema General de Seguridad Social ni de las Entidades Promotoras de Salud ni de las Adaptadas.



ARTICULO 81. PAGO DE SERVICIOS DE SALUD. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 81. Cuando un trabajador requiera atención médica y su afiliación se encuentre suspendida por causa del no pago por parte del empleador, éste deberá asumir totalmente el costo de dicha atención o cancelar el valor total de las cotizaciones atrasadas respecto de la totalidad de sus trabajadores.



ARTICULO 82. AFILIACION IRREGULAR PARA PAGO DE INCAPACIDADES O LICENCIAS. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 82. Las personas que se afilien al sistema argumentando relación laboral inexistente o con fundamento en ingresos no justificados perderán el derecho a las prestaciones económicas que se le hubieren reconocido durante dicho período. Cuando la conducta se determine con posterioridad al goce del derecho, será deber del usuario efectuar los reembolsos correspondientes.



ARTICULO 83. AFILIACION A RIESGOS PROFESIONALES. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 83. Es requisito para la afiliación y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que el trabajador dependiente se encuentre afiliado y permanezca como tal, en el sistema de riesgos profesionales.



ARTICULO 84. SALARIO BASE DE COTIZACION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 84. De conformidad con lo establecido por la Ley 100 de 1993, el salario base de cotización en materia de salud será el mismo definido para pensiones. En consecuencia, las Entidades Promotoras de Salud rechazarán la afiliación de aquellas personas que declaren un salario base inferior al declarado para el régimen de pensiones.



ARTICULO 85. AUTORIZACION ESPECIAL. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 85. Las Entidades Promotoras de Salud podrán solicitar en cualquier momento a sus afiliados cotizantes, afiliados dependientes o beneficiados la documentación que requieran para verificar la veracidad de sus aportes o la acreditación de su calidad, sin perjuicio de la reserva que por ley tengan algunos documentos. En ningún caso podrá supeditarse la prestación de servicios de salud a la presentación de dichos documentos.

De igual manera la EPS solicitará el reembolso por los servicios prestados a sus usuarios, cuando establezca que la persona debería estar afiliada al sistema como cotizante, durante los seis meses inmediatamente anteriores a su vinculación.



— ARTICULO 86. CONTROL A LA EVASION. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Concordancias

Decreto 1703 de 2002; Art. [23](#)

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 86. Para celebrar contratos de prestación de servicios con personas naturales, las entidades del Estado deberán exigir la acreditación de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social.



ARTICULO 87. ACREDITACION DE LA CALIDAD DE AFILIADO. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 87. El paciente que ingresa a una Institución Prestadora de Servicios de Salud informará sobre su calidad de afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y presentará el carné respectivo.

De la calidad de afiliado se dejará constancia en los documentos de ingreso del paciente y se comunicará de tal hecho dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la EPS o ARS correspondiente para los trámites a que haya lugar.



ARTICULO 88. <LOS CONTENIDOS Y EXCLUSIONES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD>. <Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015>

Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo [89](#) del Decreto 2353 de 2015, 'por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud', publicado en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Notas del Editor

- En criterio del editor, para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta el artículo 37 de la Ley 508 de 1999, 'Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo para los años de 1999 - 2002', publicada en el Diario Oficial No. 43.651 del 30 de julio de 1999.

El texto referido es el siguiente:

'ARTICULO 37. Concepto de ingreso bruto. Los recursos de la seguridad social, conforme con su destinación específica, no se podrán destinar a otros fines. El Gobierno Nacional determinará, para todos los efectos legales, el concepto de ingreso bruto de las entidades que integran el sistema de seguridad social en salud.

Con el objeto de evitar la desviación de recursos de la seguridad social y conductas de fraude, para efecto del trámite de reclamación de las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud de los afiliados, se establece que éstas se prestarán en el territorio nacional 'conforme la tecnología apropiada disponible en el país' según se dispone en el artículo [162](#) de la Ley 100 de 1993, y teniendo en cuenta el principio previsto en virtud del cual la esencia de un derecho prestacional limita su acción en la razonable capacidad de los poderes públicos y ocasionalmente de los particulares. Las EPS deben prestar el Plan Obligatorio de Salud dentro de los parámetros que el mismo Estado ha fijado.

En situaciones excepcionales, cuando esté de por medio el derecho a la vida, se autorizará mediante trámite especial que definirá el Consejo Nacional de Seguridad Social, conforme su competencia, la prestación del servicio de salud por fuera del POS definido por ese organismo y obligatorio para todas las entidades promotoras de salud, cualquiera que sea su naturaleza, en Colombia o excepcionalmente en el exterior, por limitaciones de la tecnología nacional, siempre que la atención en el país no sea posible, no se trate de tratamientos experimentales, que en ningún caso serán procedentes, y se ajusten a las situaciones y procedimientos que para el efecto reglamente el Consejo de Seguridad Social en Salud.

Para este efecto las prestaciones en el exterior se deberán otorgar por entidades acreditadas y debidamente adscritas al Sistema de Seguridad Social del país correspondiente. El Ministerio de Salud o, en su caso, la EPS conforme lo defina el Consejo Nacional de Seguridad Social, tendrán la responsabilidad de escoger la entidad en el exterior que se debe hacer cargo del procedimiento.

PARAGRAFO. El afiliado que requiera o adelante trámite para tratamientos, procedimientos o medicamentos por fuera del POS deberá demostrar que ha cumplido en forma plena y oportuna con sus obligaciones, conforme se dispone en las normas legales y reglamentarias. Es deber de las autoridades judiciales y administrativas velar por que esta disposición se cumpla como requisito para el ejercicio de los derechos, disponiendo las medidas que garanticen por parte del usuario el pago de las sumas que le corresponda cancelar' (negritas y subrayas fuera de texto).

- Es importante tener en cuenta las anotaciones que sobre el artículo 37 de la Ley 508 emitió la Corte Constitucional en la Sentencia SU-819-99 de 99/10/20, Magistrado Ponente Dr. ALVARO TAFUR GALVIS

Algunos apartes son los siguientes:

'2- La ley del plan contiene normas destinadas a permitir que se cumplan los objetivos y las metas señaladas en la parte general y que efectivamente se adelanten las inversiones previstas en la programación de las inversiones públicas. Esto deriva de una cualidad especial de la ley del plan, pues, según la Carta, 'sus mandatos constituirán mecanismos idóneos para su ejecución' por lo cual es perfectamente natural que en estas leyes se incluyan normas instrumentales, esto es, disposiciones que permitan la puesta en marcha del plan de desarrollo. Dicha ley, contiene esencialmente las pautas generales que se deben seguir para el manejo de la economía nacional en el mediano y largo plazo, las metas y objetivos que el Ejecutivo se propone alcanzar durante el período correspondiente, y la definición de prioridades.

Ahora bien, en relación con la normatividad que está contenida en la ley del plan nacional de desarrollo y de inversiones públicas, es pertinente destacar que la Constitución en su artículo [341](#) le reconoce una jerarquía superior frente a las demás leyes, al preceptuar que 'el plan nacional de inversiones se expedirá mediante una ley que tendrá prelación sobre las demás leyes'.

Al respecto, esta Corporación en la sentencia C-015 de 1996, MP. Dr. Jose Gregorio Hernández Galindo, reconoció la especial jerarquía que tiene la ley del plan de desarrollo frente a las demás leyes, al señalar que:

'Consecuencia necesaria de la trascendencia que la Constitución confiere al Plan Nacional de Desarrollo y de Inversiones Públicas es la superior jerarquía de la ley por medio de la cual se adopta sobre las demás leyes. La obligatoriedad del Plan no cobija tan sólo a quienes ejecuten las políticas en él trazadas sino que vincula de manera expresa al legislador, no únicamente en lo relativo a la expedición de las leyes anuales de presupuesto sino, en términos generales, en lo relativo a todas las normas que apruebe.

Como lo señala de modo expreso la Constitución, los mandatos contenidos en la Ley del Plan constituyen mecanismos idóneos para la ejecución de las leyes y suplirán los existentes, sin necesidad de la expedición de leyes posteriores. En ese orden de ideas la jerarquía superior de dicha Ley implica la necesaria adaptación de la normatividad que la precede a sus dictados.

(...)

Ahora bien, la obligatoriedad del Plan para el legislador no significa su carácter irreformable, pues el Congreso no pierde la competencia para introducir los cambios que estime pertinentes mediante una ley que cumpla los requisitos de la inicial, según la Carta Política y la correspondiente Ley Orgánica, siempre y cuando se mantenga el equilibrio financiero, tal como lo estatuye el artículo [341](#) de la Constitución' (negrillas fuera de texto).

En el mismo sentido se pronunció la Corte en la sentencia C-032 de 1996, MP. Dr. Fabio Morón Díaz, al expresar que:

'No hay duda entonces que existe una inescindible relación entre los fines que persigue la ley del Plan Nacional de Desarrollo y la reorganización del Fondo Nacional de Caminos Vecinales, dentro de los términos consagrados en los artículos [339](#) y [341](#) de la C.P., y especialmente el inciso de este último que señala inequívocamente: 'El plan nacional de inversiones se expedirá mediante una ley que tendrá prelación sobre las demás leyes; en consecuencia, sus mandatos constituirán mecanismos idóneos para su ejecución y suplirán los existentes sin necesidad de la expedición de leyes posteriores....'

Igualmente, la Corte Constitucional en la sentencia C-254 de 1996, MP. Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz, reiteró la prelación que la ley del plan nacional de desarrollo y de inversiones públicas tiene sobre las demás leyes, al señalar que:

'El plan nacional de desarrollo se consagra en una ley que, como todas, debe sujetarse a la integridad de la Constitución. Los programas que conforman el plan de inversiones públicas, por lo tanto, no pueden violar el artículo [355](#) de la C.P., ni ninguna otra norma de la misma. Como quiera que las leyes anuales de presupuesto deben corresponder al plan nacional de desarrollo, en éste no pueden contenerse propósitos, objetivos, programas y proyectos que contraríen los mandatos constitucionales y, en el evento de hacerlo, inexorablemente perderá poder vinculante.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que el plan nacional de inversiones tiene prelación sobre las demás leyes y que sus prescripciones constituirán mecanismos idóneos para su ejecución y suplirán los existentes sin necesidad de la expedición de leyes posteriores' (negritas y subrayas fuera de texto).

3- De conformidad con nuestro ordenamiento constitucional, es indudable que se establece una jerarquización entre las leyes, tanto por su especialidad, por el procedimiento que se exige para su aprobación, por su origen, o por el mismo reconocimiento que el texto constitucional hace de algunas de ellas, el cual aparece evidente en el artículo [341](#), de la Carta Política que establece la prelación de la ley del plan nacional de inversiones sobre las demás leyes. Lo mismo ocurre con otros preceptos superiores que reconocen, la prioridad del gasto social y la sujeción de la actividad legislativa a las leyes orgánicas (artículo [151](#) CP.).

Por consiguiente, es indudable que la Ley 508 de 1999, aprobatoria del plan nacional de desarrollo y de inversiones públicas, prevalece sobre la Ley 100 de 1993.

En efecto, la Ley 508 de 1999, como ya se anotó, contiene el plan nacional de desarrollo, el cual a su vez está conformado por una parte general y por un plan de inversiones públicas. Esta ley, constitucionalmente, posee un 'plus', que le otorga una prevalencia o superioridad sobre las demás leyes, entendiendo, que, sin embargo, la misma Carta Política reconoce expresamente la primacía de algunas leyes, como las orgánicas y las estatutarias, a las que dichas aquellas estarían subordinadas.

Mientras que la Ley 100 de 1993, expedida por el Congreso en ejercicio de la cláusula general de competencia, ostenta una naturaleza de ley ordinaria, en cuanto no tiene requisitos especiales para su expedición y vigencia, y regula situaciones generales, de manera impersonal, obligatoria y abstracta. En efecto, la Corte Constitucional en la sentencia C-408 de 1994 determinó que el desarrollo de las materias de las que se ocupaba la ley 100 de 1993, eran propias de la actividad ordinaria del legislador, en cuanto no se ocupaban de aspectos pertenecientes al núcleo esencial de los derechos fundamentales de las personas, que fueran

por consiguiente objeto de regulación a través de una ley estatutaria. Sobre el particular, anotó la sentencia:

'Revisados los contenidos de la Ley 100 se observa que entre ellos no existen regulaciones que amplíen o limiten los contenidos de su núcleo esencial, que pudieran hacer parte de la Constitución, sino que, se aprecian en ella elementos que haciendo parte de ese derecho fundamental, por su carácter reglamentario pueden ser objeto de las competencias propias del legislador ordinario.

(...)

Es claro para la Corte que esta normatividad sobre la seguridad social, no debe ser objeto de reglamentación mediante la vía legal exceptiva de las leyes estatutarias por no corresponder a los elementos de derechos fundamentales que quiso el constituyente someter a dicha categoría legal, por tratarse de elementos de tipo asistencial que provienen, en oportunidades, de la existencia de una relación laboral, y en otras, de la simple participación en el cuerpo social, y derechos gratuitos en oportunidades y onerosos en la mayoría de los casos (...) Y así lo declarará esta Corte, rechazando el cargo por razones de forma, planteado en la demanda contra la Ley 100, según el cual los contenidos de ésta imponían su expedición mediante el trámite de leyes estatutarias' (negrillas y subrayas fuera de texto).

En ese orden de ideas, es indudable el carácter prevalente que la propia Constitución le reconoce a la ley del plan de desarrollo, sobre las demás leyes. En consecuencia, la Ley 508 de 1999, que en su artículo 37 reguló lo relativo a la prestación de servicios de salud en el por fuera del POS, modificó la normatividad existente hasta la fecha, incluida aquella contenida en la ley 100 de 1993 y su decreto reglamentario 806 de 1998.

Sobre el particular, debe aclararse que los análisis que con el fin de resolver el presente caso hace la Corte en relación con la Ley 508 de 1999, se entienden sin perjuicio del control constitucional que en virtud de la acción pública, se ejerza contra esta normatividad con efectos erga omnes'.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 806 de 1998:

ARTÍCULO 88. Los contenidos y exclusiones del Plan Obligatorio de Salud son los establecidos por el Acuerdo 8 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y desarrollados por la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud hasta tanto dicho Consejo defina nuevos contenidos y exclusiones.



ARTICULO 89. VIGENCIA. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial, los Decretos 1919 y 1938 de 1994.

Dado en Santa Fe de Bogotá, a 30 de abril de 1998.

Publíquese y cúmplase.

ERNESTO SAMPER PIZANO

La Ministra de Salud,

María Teresa Forero de Saade.



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma del Ministerio de Relaciones Exteriores

ISSN 2256-1633

Última actualización: 31 de julio de 2024 - (Diario Oficial No. 52.817 - 14 de julio de 2024)



**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL****DECRETO NUMERO 4747 DE 2007****(Diciembre 7)**

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y por los artículos 154 literales a) y b), 178 Y 179 de la Ley 100 de 1993, 5 Y 6 del Decreto - Ley 1295 de 1994, 7 del Decreto - Ley 1281 de 2002, y los artículos 13 literal d) y 44 de la Ley 1122 de 2007,

DECRETA:**Capítulo I
Objeto y definiciones básicas**

Artículo 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Artículo 2. Campo de aplicación. El presente decreto aplica a los prestadores de servicios de salud ya toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente decreto, deberán cumplir con los términos aquí establecidos.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:

- a. Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.
- b. Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.
- c. Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y

DECRETO NUMERO 4747 DE 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

- d. Modelo de atención. Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.
- e. Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

- f. Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

Artículo 4. Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

- a. Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.
- b. Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.
- c. Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados

DECRETO NUMERO 4747 DE 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Capítulo II**Contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud**

Artículo 5. Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Son requisitos mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

a. Por parte de los prestadores de servicios de salud:

1. Habilitación de los servicios por prestar.
2. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
3. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.
4. Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

b. Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:

1. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
2. Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.
3. Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.
4. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
5. Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
6. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red.

Parágrafo 1. En el diseño y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativo de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de éstos sea más favorable recibirlo en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Parágrafo 2. Las entidad es responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera permanente en la página Web de la entidad dicho listado

DECRETO NUMERO 4747 DE 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias.

En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.

Parágrafo 3. De los requisitos mínimos establecidos en el presente artículo, tanto los prestadores de servicios de salud como las entidades responsables del pago de los servicios de salud, deberán conservar la evidencia correspondiente.

Artículo 6. Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:

1. Término de duración.
2. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
3. Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
4. Servicios contratados.
5. Mecanismos y forma pago.
6. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
8. Periodicidad en la entrega de información de prestaciones de servicios de salud - RIPS.
9. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad y la revisión de cuentas.
10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
11. Mecanismos para la solución de conflictos.
12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

Parágrafo 1. Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del parágrafo 1 del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las entidades responsables del pago de servicios de salud, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible.

Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

Parágrafo 2. Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo 3. La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad

DECRETO NUMERO 4747 DE 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

PAMEC, de cada uno de los actores, definido en el Decreto 1011 de 2006 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

Artículo 7. Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por capitación. Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo, mediante el mecanismo de pago por capitación, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo 6 del presente decreto, las siguientes:

1. Base de datos con la identificación de los usuarios cubiertos con el acuerdo de voluntades.
2. Perfil epidemiológico de la población objeto del acuerdo de voluntades.
3. Monto que debe ser pagado por el responsable del pago por cada persona con derecho a ser atendida, en un período determinado, en el marco de los servicios convenidos o pactados con el prestador de servicios.
4. Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, de acuerdo con la codificación que establezca el Ministerio de la Protección Social.
5. Metas de cobertura, resolutividad y oportunidad en la atención, que tengan en cuenta la normatividad vigente.
6. Condiciones de ajuste en el precio asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.
7. Condiciones para el reemplazo de personas cubiertas por el acuerdo de voluntades, asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.

Parágrafo 1. Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, la entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención.

Parágrafo 2. Este mecanismo de pago no genera en ningún caso la transferencia de las obligaciones propias del aseguramiento a cargo exclusivo de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud.

Artículo 8. Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico. Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con los prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo bajo el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo 6 del presente decreto, los siguientes aspectos:

1. Actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud, o listado y descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico.
2. Tarifas que deben ser aplicadas a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, o los conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico. La identificación y denominación de los

DECRETO NUMERO 4747 DE 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

procedimientos en salud deberá tener en cuenta lo establecido en el artículo 19 del presente decreto.

Artículo 9. Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas en salud. Las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado que tengan afiliados en el área de influencia de una institución prestadora de servicios de salud acreditada en salud, privilegiarán su inclusión en la red de prestación de servicios para lo cual suscribirán los acuerdos de voluntades correspondientes, siempre y cuando la institución acreditada lo acepte.

Capítulo III Proceso de atención

Artículo 10. Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage". El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios.

Artículo 11. Verificación de derechos de los usuarios. La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el Parágrafo 1 del Artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, a más tardar el primer día hábil del mes de marzo de 2008. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte.

No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del régimen contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador, así como la fotocopia de ser necesaria.

Parágrafo 1. El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

Parágrafo 2. El Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento y formato para que los prestadores de servicios de salud informen las posibles inconsistencias que detecten en las bases de datos, al momento de verificar los derechos de los usuarios que demandan sus servicios, sin que su diligencia miento y trámite afecte la prestación y el pago de los servicios.

Artículo 12. Informe de la atención inicial de urgencias. Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social.

DECRETO NUMERO 4747 DE 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

Artículo 13. Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para el efecto. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud.

Artículo 14. Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente y es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago.

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

- a. Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.
- b. Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de la Protección Social, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.

Parágrafo 1. Cuando las entidades responsables del pago de servicios de salud, consideren que no procede la autorización de los servicios, insumos y/o medicamentos solicitados, deberán diligenciar el Formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2. Si el prestador de servicios de salud que brindó la atención inicial de urgencias hace parte de la red de prestadores de servicios de salud de la entidad responsable del pago, la atención posterior deberá continuarse prestando en la institución que realizó la atención inicial de urgencias, si el servicio requerido está contratado por la entidad responsable del pago, sin que la institución prestató ora de servicios de salud pueda negarse a prestar el servicio, salvo en los casos en que por requerimientos del servicio se justifique que deba prestarse en mejores condiciones por parte de otro prestador de servicios de salud, no exista disponibilidad para la prestación de servicio, o exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

Artículo 15. Solicitud de servicios electivos. Si para la realización de servicios de carácter electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios de salud tienen establecido como requisito la autorización, ésta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 16. Respuesta de autorización de servicios electivos. Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a los usuarios de las solicitudes de autorización de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, dentro de los términos, por las vías y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social,

DECRETO NUMERO 4747 DE 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

sin que el trámite de la autorización pueda ser trasladado al usuario o su acudiente. Este trámite es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago, así como la garantía al usuario de la integralidad de la atención, en función del modelo de atención establecido en los acuerdos de voluntades suscritos con los prestadores de servicios de salud.

El Ministerio de la Protección Social determinará los términos y procedimientos de seguimiento que permitan garantizar la oportunidad en la asignación de citas para la prestación de servicios electivos.

Artículo 17. Proceso de referencia y contrarreferencia. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

Artículo 18. Organización y operación de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres, - CRUE,

Capítulo IV

Disposiciones generales

Artículo 19. Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS. Para la codificación de procedimientos se utilizará la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, la cual será de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud.

Dicha clasificación será actualizada de manera periódica por el Ministerio de la Protección Social, para lo cual podrá consultar con las asociaciones científicas y otros actores del sistema.

DECRETO NUMERO 4747 DE 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

Artículo 20. Registro Individual de Prestaciones de Salud - RIPS. El Ministerio de la Protección Social revisará y ajustará el formato, codificaciones, procedimientos y malla de validación de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el reporte del Registro Individual de Prestaciones de Salud - RIPS.

Artículo 21. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 22. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 23. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el Registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando éste sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud.

Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas.

Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.

Artículo 24. Reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7° del Decreto Ley 1281 de 2002.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.

DECRETO NUMERO 4747 DE 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

Artículo 25. Registro conjunto de trazabilidad de la factura. Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.

Artículo 26. Responsabilidad del recaudo de copagos y cuotas moderadoras. La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. En el caso en que se pacte en los acuerdos de voluntades el recaudo de los mismos por parte de los prestadores de servicios de salud, solamente podrán considerarse como parte del pago a los prestadores de servicios de salud cuando exista un recaudo efectivo de su valor.

Artículo 27. Liquidación o terminación de acuerdo de voluntades de prestación de servicios de salud. Todos los acuerdos de voluntades que se celebren entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud para efectos de prestar los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes, deberán ser liquidados o terminados a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su vencimiento.

Capítulo V Período de transición

Artículo 28. Período de transición. Se establece un período de seis (6) meses contados a partir de la fecha de publicación de los procedimientos y formatos que establezca el Ministerio de la Protección Social en desarrollo del presente decreto, para que los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud los adopten

Parágrafo. Los acuerdos de voluntades entre entidades responsables del pago de los servicios de salud y prestadores de servicios de salud que se encuentren en curso a la fecha en que entre a regir el presente decreto, continuarán sujetos a las condiciones establecidas en los mismos hasta su terminación. En caso de que los acuerdos de voluntades sean prorrogados, las prórrogas deberán ajustarse a lo aquí dispuesto.

Artículo 29. Vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de lo establecido en el presente decreto y en caso de incumplimiento realizará las acciones pertinentes de acuerdo con sus competencias.

Artículo 30. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga el Decreto 2759 de 1991, el Decreto 723 de 1997, los artículos 9, 10, 11 Y 12 del Decreto 3260 de 2004 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

Dado en Bogotá, D.C., a los 07 días del mes de Diciembre del año 2007.

(Original firmado por)
DIEGO PLACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social



Decreto 3990 de 2007

Los datos publicados tienen propósitos exclusivamente informativos. El Departamento Administrativo de la Función Pública no se hace responsable de la vigencia de la presente norma. Nos encontramos en un proceso permanente de actualización de los contenidos.

DECRETO 3990 DE 2007

(octubre 17)

[Derogado por el art. 46, Decreto Nacional 56 de 2015.](#)

por el cual se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, Soat, y se dictan otras disposiciones.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA,

en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las que le otorgan los numerales 11 y 25 del artículo 189 de la Constitución Política, los artículos 193 numeral 5, 194 parágrafo del numeral 1, 195 numeral 6 y 197 numeral 5 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, 154 literales a), b) y g) y 167 de la Ley 100 de 1993, con sujeción a lo previsto en el literal d) del artículo 46 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, y

CONSIDERANDO:

Que los numerales 5 del artículo 193 y 5 del artículo 197 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, establecen que corresponde al Gobierno Nacional señalar con carácter uniforme las condiciones generales, así como revisar periódicamente las cuantías y los amparos del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (Soat);

Que conforme con lo previsto en el inciso 2° del numeral 5 del artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en concordancia con lo dispuesto en el inciso 2° del numeral 1 del artículo 198 del mismo Estatuto y en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, existe identidad en el riesgo cubierto, respecto de los accidentes de tránsito tanto por las compañías de seguros como por la Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, ECAT, del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, y por consiguiente, no deben existir diferencias en el alcance de las coberturas y en los montos fijados;

Que de conformidad con lo previsto en la Ley 100 de 1993 y el Decreto 806 de 1998, las coberturas otorgadas a la población derivadas de la ocurrencia de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito forman parte de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud,

DECRETA:

CAPÍTULO I

Aspectos Comunes

Artículo 1°. *Definiciones.* Para efectos del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

1. Accidente de tránsito. Se entiende por accidente de tránsito el suceso ocasionado o en el que haya intervenido al menos un vehículo automotor en movimiento, en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales, y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito, cause daño en la integridad física de las personas. No se entiende como accidente de tránsito aquel producido por la participación del vehículo en actividades o competencias deportivas, por lo cual los daños causados a las personas en tales eventos serán asegurados y cubiertos por una póliza independiente.
2. Automotores. Se entiende por vehículo automotor todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado. No quedan comprendidos dentro

de esta definición:

a) Los vehículos que circulan sobre rieles;

b) Los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

3. Beneficiario. Es la persona natural o jurídica que acredite su derecho para obtener el pago de la indemnización, de acuerdo con las coberturas otorgadas en la póliza o establecidas en la ley, así:

a) Servicios médicoquirúrgicos: La Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, habilitada, que hubiere prestado los servicios de atención de urgencias, hospitalización, suministro de material médicoquirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y servicios de rehabilitación. Igualmente podrán ser beneficiarias las IPS que suministren la atención inicial de urgencias, quienes deberán remitir al paciente a la IPS más cercana habilitada para el nivel de complejidad requerido;

b) Indemnización por incapacidad permanente: La víctima, como se define en el numeral 9 del presente artículo, que hubiere perdido de manera no recuperable la función de una o unas partes del cuerpo que disminuyan la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente, calificada como tal de conformidad con las normas vigentes sobre la materia;

c) Indemnización por muerte: Las personas señaladas en el artículo 1142 del Código de Comercio. A falta de cónyuge, en los casos que corresponda a este la indemnización, se tendrá como tal el compañero o compañera permanente que acredite dicha calidad. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, la totalidad de la indemnización se distribuirá entre los herederos;

d) Indemnización por gastos de transporte al centro asistencial: La persona natural o jurídica que demuestre haber realizado el transporte;

e) Indemnización por gastos funerarios: La persona natural que demuestre haber realizado la erogación pertinente para cubrir estos gastos con cargo a su patrimonio, hasta por el monto que acredite haber sufragado con cargo a su propio patrimonio o al de un tercero y en el valor que no le haya sido reconocido por otro mecanismo.

4. Catástrofes de origen natural. Se consideran catástrofes de origen natural aquellos cambios en el medio ambiente físico, identificables en el tiempo y en el espacio, que producen perjuicios masivos e indiscriminados en la población y afectan de manera colectiva a una comunidad, tales como sismos, maremotos, erupciones volcánicas, deslizamientos de tierra, inundaciones y avalanchas.

5. Eventos terroristas. Para efectos del presente decreto se consideran eventos terroristas los provocados con bombas u otros artefactos explosivos, los causados por ataques terroristas a municipios así como las masacres terroristas, que generen a personas de la población civil, la muerte o deterioro en su integridad personal.

6. Incapacidad permanente. Se entiende por incapacidad permanente la pérdida no recuperable mediante actividades de rehabilitación, de la función de una o unas partes del cuerpo que disminuyan la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente.

7. Otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o la autoridad que lo sustituya. Aquellos eventos, que tengan origen natural o sean provocados por el hombre en forma accidental o voluntaria, cuya magnitud supere la capacidad de adaptación de la comunidad en la que se produce y que la afecten en forma masiva e indiscriminada, generando la necesidad de ayuda externa. Estos eventos deberán ser declarados como tales por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o la autoridad que lo sustituya.

8. Servicios médicoquirúrgicos. Se entienden por servicios médicoquirúrgicos todos aquellos servicios prestados por una Institución Prestadora de Servicios de Salud habilitada para prestar el servicio específico de que se trate, destinados a lograr la estabilización del paciente, el tratamiento de las patologías resultantes de manera directa del accidente de tránsito o del evento terrorista o catastrófico y a la rehabilitación de las secuelas producidas. Igualmente se entienden los servicios suministrados por una IPS respecto de la atención inicial de urgencias.

La remisión de un paciente a una IPS que no cuente con el nivel de complejidad necesario para suministrar la atención médicoquirúrgica, no generará derecho a reclamación, con excepción de lo relativo a la atención inicial de urgencias.

Sólo podrá efectuarse remisión de pacientes a la red de otro municipio en aquellos casos en los cuales se trate de la red más cercana posible o cuando quiera que en el municipio en que ocurrió el evento no se cuente con el nivel de complejidad requerido.

9. Víctima. Se entiende por víctima, la persona que ha sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de un accidente de tránsito, un evento terrorista o una catástrofe natural.

Artículo 2°. *Beneficios.* Las personas que sufran daños corporales causados en accidentes de tránsito ocurridos dentro del territorio nacional, tendrán derecho a los servicios y prestaciones establecidos en el artículo 193 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas que lo adicionen o modifiquen, bien sea con cargo a la entidad aseguradora que hubiere expedido el SOAT, respecto de los daños causados por el vehículo automotor asegurado y descrito en la carátula de la póliza, o con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga, para las víctimas de accidentes de tránsito de vehículos no asegurados o no identificados; también con cargo a la subcuenta ECAT contarán con dicho derecho las víctimas de eventos terroristas y catastróficos, así:

1. Servicios médicoquirúrgicos. En el caso de accidentes de tránsito la compañía de seguros y la subcuenta ECAT de Fosyga, en los casos de vehículos no asegurados o no identificados, reconocerán una indemnización máxima de quinientos (500) salarios mínimos legales diarios

vigentes en el momento de la ocurrencia del accidente. En caso de víctimas politraumatizadas o que requieran servicios de rehabilitación, una vez agotado el límite de cobertura anterior, la subcuenta ECAT del Fosyga asumirá, por una sola vez, una reclamación adicional, previa acreditación del agotamiento de la cobertura inicial, por los excedentes de los gastos anotados, hasta por un valor máximo equivalente a trescientos (300) salarios mínimos diarios legales vigentes en el momento del accidente, previa presentación de la correspondiente reclamación.

Tratándose de víctimas de eventos terroristas o catástrofes naturales, el valor de la indemnización será hasta por ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes en el momento de la ocurrencia del evento. Sin embargo, la entidad administradora del Fosyga está en la obligación de contratar un seguro para garantizar una cobertura superior a la anotada en el inciso anterior a las víctimas que requieran asistencia por encima de dicho tope, o constituir una reserva especial para cubrir estas eventualidades.

Tales servicios comprenden:

- a) Atención inicial de urgencias y atención de urgencias;
- b) Hospitalización;
- c) Suministro de material médicoquirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis;
- d) Suministro de medicamentos;
- e) Tratamientos y procedimientos quirúrgicos;
- f) Servicios de diagnóstico;
- g) Rehabilitación, por una duración máxima de seis (6) meses, salvo lo previsto en el presente decreto respecto del suministro de prótesis.

Las cuentas de atención de los servicios médicoquirúrgicos en el caso de los accidentes de tránsito, que excedan el tope adicional de trescientos (300) salarios mínimos diarios vigentes, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo o del régimen subsidiado en los términos de su respectivo plan de beneficios a la cual está afiliada la persona o por las Administradoras de Riesgos Profesionales cuando se trate de accidentes de tránsito, calificados como accidentes de trabajo.

Cuando se trate de la población pobre, no cubierta con subsidios a la demanda, una vez superados los topes, tendrá derecho a la atención en salud en instituciones prestadoras de servicios públicas o privadas que tengan contrato con la entidad territorial para la prestación de los servicios de salud para esta población. En este caso, el usuario deberá cancelar la cuota de recuperación de conformidad con las normas vigentes.

Si la víctima cuenta con un Plan Adicional de Salud, podrá elegir libremente ser atendido con cargo a dicho plan o a la póliza SOAT o a la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda. En caso de que escoja el pago con cargo al contrato de medicina prepagada, al contrato de seguro de salud o al plan complementario de salud, ni la víctima, ni la entidad que hubiere prestado los servicios u otorgado la cobertura podrá repetir contra la Subcuenta ECAT por el monto de los servicios prestados, salvo en aquellos servicios que se requieran y que no cubran los planes voluntarios.

2. Indemnización por incapacidad permanente. La incapacidad permanente dará derecho a una indemnización máxima de ciento ochenta (180) salarios mínimos legales diarios vigentes a la fecha del evento, de acuerdo con la tabla de equivalencias para las indemnizaciones por pérdida de la capacidad laboral y el Manual Único de Calificación de la Invalidez.

3. Indemnización por muerte de la víctima. En caso de muerte de la víctima como consecuencia directa del accidente de tránsito o del evento terrorista o catastrófico, siempre y cuando ocurra dentro del año siguiente a la fecha de este, se reconocerá una indemnización equivalente a seiscientos (600) salarios mínimos legales diarios vigentes aplicables al momento del accidente o evento.

4. Indemnización por gastos funerarios. En el evento previsto en el numeral anterior, se reconocerá una indemnización máxima de ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del accidente o evento.

Si la persona fallecida estuviere afiliada al Sistema de Seguridad Social Integral, los gastos funerarios correrán por cuenta de la Administradora del Sistema General de Pensiones o de la Administradora del Sistema General de Riesgos Profesionales, de conformidad con la regulación de cada uno de los citados Sistemas de Seguridad Social, entidades que podrán repetir contra el SOAT en los casos en que el accidente de tránsito esté cubierto por dicha póliza.

5. Indemnización por gastos de transporte y movilización de las víctimas al centro asistencial. Este amparo comprende los gastos de transporte y movilización de víctimas desde el sitio de ocurrencia del accidente de tránsito o del evento terrorista o catastrófico a la primera Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, a donde sea llevada la víctima para efectos de su estabilización, que, de acuerdo con la red definida por la Dirección Territorial de Salud correspondiente, deberá ser, respecto de quienes pueden acceder a esta información, la más cercana al lugar del accidente de conformidad con los servicios de la red de urgencias de cada municipio.

Se reconocerá una indemnización equivalente a los costos del transporte suministrado, hasta un máximo de diez (10) salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del accidente o del evento, en consideración a las características del vehículo y teniendo en cuenta si se trata de transporte rural o urbano, de conformidad con las tarifas que se adopten en el manual tarifario del SOAT para el efecto.

Parágrafo 1°. El monto de estas coberturas se entiende fijado para cada víctima; por lo tanto, se aplicará con prescindencia del número de víctimas resultantes de un mismo accidente, con excepción de lo previsto para gastos de transporte, que se reconocerá en atención a la capacidad del medio de transporte para movilizar en las debidas condiciones a las víctimas.

Parágrafo 2°. Salvo lo previsto para los servicios médico quirúrgicos, la Subcuenta ECAT de Fosyga otorgará los demás beneficios con estricta sujeción a las disponibilidades presupuestales.

Parágrafo 3°. Los beneficios de indemnización por incapacidad permanente, por muerte y los gastos funerarios sólo se otorgarán con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga cuando se trate de víctimas de accidentes de tránsito o de eventos terroristas o catastróficos no afiliadas al Sistema de Seguridad Social Integral.

La Agencia Presidencial para la Acción Social, de acuerdo con lo establecido por el artículo 16 de la Ley 418 de 1997, entregará en los términos de su competencia, a título de ayuda solidaria, las correspondientes a estos mismos beneficios, para los casos de víctimas de eventos terroristas que se presenten a partir de la vigencia del presente decreto, hasta los montos y mediante los procedimientos establecidos en la Resolución que adopte el Reglamento Operativo del Programa de Atención a Víctimas de la Violencia, sin que se genere una doble ayuda a la misma víctima o a los beneficiarios establecidos en el mencionado reglamento, por el mismo hecho.

Parágrafo 4°. Los beneficios descritos en el presente artículo constituyen los amparos del seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, SOAT.

Parágrafo 5°. Las tarifas para la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria prestada a las víctimas de los accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos definidos en el artículo 1° de este decreto son las establecidas por el Decreto 2423 de 1996 o las normas que lo modifiquen o sustituyan. Dichas tarifas son de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

Parágrafo 6°. Las incapacidades temporales que se generen como consecuencia de un accidente de tránsito serán cubiertas por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo a la que estuviere afiliada la víctima, si el accidente fuere de origen común, o por la Administradora de Riesgos Profesionales, si este fuere calificado como accidente de trabajo, cuando a ello hubiere lugar.

Parágrafo 7°. Para garantizar los beneficios regulados en el presente artículo y la continuidad de los mismos, en la formulación y aprobación del presupuesto de cada vigencia fiscal, se deberán garantizar las apropiaciones necesarias para cubrir los beneficios regulados en el presente artículo, que incluya los que deban ser cancelados durante el año, de conformidad con las normas presupuestales vigentes, por tratarse de situaciones ya identificadas.

Artículo 3°. *Derecho para reclamar.* Tendrán acción para reclamar las indemnizaciones por las coberturas otorgadas, a la entidad aseguradora o a la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas habilitadas para brindar los servicios específicos de que se trate de conformidad con lo previsto en los artículos anteriores, que hubieren prestado dichos servicios o quienes hubieren cancelado su valor; la víctima que sea declarada incapacitada permanentemente; los beneficiarios en caso de muerte; quienes hubieren realizado el transporte al centro asistencial y quienes hubieren sufragado los gastos funerarios. Para efectos de esta última condición, por tratarse de beneficios meramente indemnizatorios no pueden ser fuente de enriquecimiento.

Quienes cuenten con acción para reclamar deberán presentar la reclamación en los formularios establecidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social, acompañados, según sea el amparo afectado, de los anexos señalados más adelante.

Parágrafo. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, públicas o privadas, podrán presentar reclamación exclusivamente para los servicios que hubieren prestado, respecto de los cuales, a la fecha de la prestación, se encontraban habilitadas para brindar, de manera que en los casos en que se requiera la prestación de un servicio para el cual no estuvieren habilitadas, deberán remitir al paciente, mediante los procedimientos de referencia y contrarreferencia, a otra IPS que sí cuente con la citada habilitación, última que contará con acción para reclamar esos servicios.

Artículo 4°. *Reclamación.* Las personas naturales o jurídicas que consideren tener derecho a las prestaciones amparadas, deberán acreditar la ocurrencia del suceso y su cuantía, para lo cual podrán utilizar cualquiera de los medios probatorios señalados en la ley, siempre que sean conducentes, pertinentes e idóneos para demostrar efectivamente los hechos a los que se refiere; dicha reclamación estará conformada por los formularios adoptados por el Ministerio de la Protección Social, acompañados de los documentos correspondientes a cada cobertura, en original o copia auténtica, según el caso, así:

1. Acreditación de la condición de víctima: Las reclamaciones que se presenten por eventos terroristas o catastróficos, deberán acompañarse, según el caso, de la prueba de la condición de víctima, así:

a) Eventos catastróficos. Certificación expedida por la autoridad competente de que la víctima hace parte del censo elaborado por los Comités Locales y/o Regionales de Emergencias a los que se refiere el Decreto 919 de 1989, o normas que la modifiquen o deroguen, por tratarse de una persona afectada directamente por el evento.

Los Comités antes mencionados deberán elaborar el citado censo dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la catástrofe y obtener la refrendación del mismo por parte del Director Territorial de Salud de la zona de influencia del desastre o por el Coordinador de Emergencias y Desastres de la Dirección Territorial de Salud correspondiente, debidamente posesionado, delegado por el jefe de la Dirección para el efecto. En

ausencia de tales Direcciones, de la máxima autoridad local de salud de la zona de influencia del hecho de que se trate y remitir copia al Fosyga.

Dicho censo deberá contener como mínimo el nombre e identificación de la víctima y las circunstancias de modo, tiempo y lugar del evento al que se refiere;

b) Eventos terroristas. Certificación expedida por una de las siguientes autoridades: el Alcalde del respectivo municipio o distrito, la Personería Municipal o Distrital o quien haga sus veces, en su ausencia, las autoridades correspondientes de la Policía Nacional o del Ejército o, en últimas, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y la Dirección General Unidad Administrativa Especial para los Derechos Humanos del Ministerio del Interior y de Justicia, respecto de que la persona ha sufrido las consecuencias de alguno de los eventos señalados en el numeral 5 del artículo 1° del presente decreto.

El Alcalde o la Personería del respectivo municipio o distrito deberán elaborar un censo dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la ocurrencia del evento terrorista, que contenga como mínimo el nombre e identificación de la víctima y las circunstancias de modo, tiempo y lugar del evento al que se refiere y remitir copia al Fosyga.

2. Servicios médicoquirúrgicos:

a) Original del certificado de atención médica de acuerdo con el formato que para el afecto adopte el Ministerio de la Protección Social, que debe incluir cuando menos los nombres y documento de identificación tanto de la víctima como del médico tratante, fecha de nacimiento de la víctima, fecha y hora de atención, y descripción de los hallazgos clínicos por medio de los cuales el médico que atendió la urgencia dedujo que la causa de los daños sufridos por la persona fue un accidente de tránsito, un evento catastrófico o terrorista. Esta última constancia deberá siempre estar suscrita por el médico tratante y, para los accidentes de tránsito, se acompañará de certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente o en su defecto fotocopia del croquis del accidente, expedida por la autoridad de tránsito o la correspondiente denuncia de la ocurrencia del evento ante las autoridades competentes;

b) Copia original de la denuncia penal de ocurrencia del accidente de tránsito presentada por cualquier persona ante autoridad competente, cuando el hecho haya sido ocasionado voluntariamente o por manipulación criminal y sea posible la identificación del responsable;

c) Original de la factura emitida por la IPS en la que consten los servicios prestados, en la cual obren discriminados los conceptos cobrados y la tarifa correspondiente de conformidad con la prevista en el Decreto 2423 de 1996 o normas que lo sustituyan o modifiquen, la factura incluirá aquellos servicios prestados por otra IPS, en virtud de la utilización de los esquemas de referencia y contrarreferencia, los cuales se soportarán con la constancia de pago de los mismos por parte de la IPS que está facturando a la aseguradora o a la subcuenta ECAT de Fosyga.

Tratándose de la cobertura adicional por cuenta de la Subcuenta ECAT de Fosyga, para víctimas politraumatizadas o que requieran servicios de rehabilitación, la factura será fotocopia auténtica y se acompañará de certificación sobre el agotamiento de la cobertura del SOAT.

Las reclamaciones presentadas por la IPS a la Subcuenta ECAT del Fosyga, cuyo monto respecto de cada víctima resulte inferior a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente, se tramitarán de manera conjunta, por períodos mensuales, en el formato que se adopte para el efecto.

3. Indemnización por incapacidad permanente:

a) Original o fotocopia auténtica del certificado de atención médica de acuerdo con el formato que para el efecto adopte el Ministerio de la Protección Social, al que se refiere el literal a) del numeral 2 anterior;

b) Original del dictamen sobre la incapacidad permanente, expedido por las entidades autorizadas para ello de conformidad con la ley.

4. Indemnización por muerte:

a) Original del certificado de defunción expedido por notario y el acta de levantamiento de cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente o evento terrorista o catastrófico;

b) En caso de que la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, certificado de atención médica de acuerdo con el formato que para el efecto adopte el Ministerio de la Protección Social, señalado en el literal a) del numeral 2 del presente artículo;

c) Certificación de la Fiscalía en la cual curse el proceso de muerte en accidente de tránsito de la víctima, si fuere el caso;

d) Prueba de la condición de beneficiario:

– Original de los registros civiles de matrimonio o de nacimiento, según corresponda, respecto del cónyuge, los hijos o los padres de la víctima.

– Prueba de la condición de compañera o compañero permanente, para acreditar la unión marital de hecho.

5. Indemnización por gastos funerarios:

a) Original del certificado de defunción expedido por el notario y el acta de levantamiento del cadáver cuando el deceso hubiere ocurrido en el lugar del accidente;

b) Original o fotocopia auténtica de la certificación expedida por la autoridad de tránsito o policía competente o en su defecto fotocopia del

croquis del accidente, expedida por la autoridad de tránsito;

c) Factura original debidamente cancelada, expedida por la entidad que prestó los servicios funerarios y copia del contrato de prestación de servicios funerarios;

d) En caso de que la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, el certificado de atención médica al que se refiere el literal a) del numeral 2 del presente artículo.

6. Gastos por concepto de transporte de víctimas:

a) Constancia de la efectiva realización del transporte y movilización de las víctimas resultantes del accidente de tránsito, evento catastrófico o terrorista, expedida por la IPS que atendió a la víctima, según formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, en la cual deberá constar expresamente la hora en la cual fue recibida la víctima del accidente o evento, el lugar en el cual se manifiesta haber sido recogida y la dirección de la IPS que la admitió, dicha certificación estará suscrita por la persona designada por la entidad hospitalaria para el trámite de admisiones;

b) Cuando se trate de transporte realizado por ambulancias, sólo se reconocerá a las entidades habilitadas para prestar estos servicios; dichas entidades podrán presentar reclamaciones de manera acumulada, por períodos mensuales, de conformidad con los formatos adoptados para este fin.

Parágrafo 1°. Los formularios que adopte el Ministerio de la Protección Social para las reclamaciones de los beneficios previstos en las normas vigentes así como la exigencia de los documentos correspondientes a cada cobertura, serán obligatorios a más tardar el 1° de junio de 2008. En consecuencia, a partir de la vigencia del presente decreto y hasta dicha fecha, se podrán presentar las reclamaciones en los formularios vigentes a la fecha de publicación del presente decreto.

Parágrafo 2°. Las IPS habilitadas podrán presentar sus reclamaciones de manera electrónica, con firma digital, con un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta, debidamente autorizada para el efecto por la Superintendencia de Industria y Comercio. A más tardar el 1° de junio de 2008 el administrador fiduciario del Fosyga habilitará este servicio, conforme a las condiciones de operación que determine el Ministerio de la Protección Social. Las compañías de seguros también podrán habilitar este mecanismo de recepción de las reclamaciones, utilizando para ello las mismas condiciones de operación.

Artículo 5°. *Controles.* Por tratarse de uno de los planes de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, quienes tienen a su cargo el pago de las indemnizaciones a las que se refiere el presente decreto, deberán objetar las reclamaciones en las cuales no se encuentre debidamente demostrada la ocurrencia del hecho o la cuantía de la indemnización o esta ya se hubiere reconocido. Para el efecto, deberán cruzar los datos que constan en las reclamaciones con aquella información disponible sobre pagos ya efectuados por el mismo concepto por otra aseguradora o la Subcuenta ECAT del Fosyga, sobre pagos efectuados por las Administradoras de Pensiones y de Riesgos Profesionales, sobre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y aquellas que prestan servicios de ambulancia habilitadas, sobre vehículos automotores, y las demás que se estimen pertinentes.

Para facilitar los cruces de información antes referidos, el Ministerio de la Protección Social implementará las consultas pertinentes a través del Registro Unico de Afiliados, RUAF, para establecer quiénes cuentan con afiliación al Sistema de Seguridad Social Integral. Hasta tanto se habilite la citada consulta, se procederá a verificar la afiliación mediante la remisión de archivos planos, conforme al anexo técnico que se expida para el efecto.

Igualmente, las IPS; el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, y las compañías de seguros, estas en cuanto detecten pólizas falsas, deberán informar a las autoridades de tránsito los datos conocidos de vehículos no asegurados implicados en un accidente de tránsito, para efectos de la aplicación de las multas de que trata el numeral 2 del artículo 197 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, mediante el procedimiento que se determine para el efecto.

Artículo 6°. *Pago de la indemnización.* Las compañías de seguros y la Subcuenta ECAT de Fosyga deberán cancelar el valor de los gastos facturados que no hubieren sido objetados dentro del término previsto en el artículo 1080 del Código de Comercio.

Dentro del mismo plazo, deberán poner en conocimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud las objeciones a los gastos facturados.

Parágrafo 1°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán atender las objeciones dentro del mes siguiente a la notificación, para cuyo efecto deberán soportar debidamente su pretensión.

Las compañías de seguros contarán con un plazo de quince (15) días contados a partir de la fecha en que la IPS desvirtúe las objeciones, para cancelar el saldo restante del valor de los gastos reclamados o en su defecto notificar a la IPS que se mantienen los motivos de la objeción.

Cuando la IPS no desvirtúe las objeciones dentro del término establecido, se entiende que las acepta y desiste de su reclamación, sin perjuicio de las acciones judiciales a las que hubiere lugar.

Parágrafo 2°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar los mecanismos tendientes a garantizar el adecuado diligenciamiento y recopilación de la información requerida en los formularios determinados por el Ministerio de la Protección Social y demás

datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad encargada de vigilar que las precitadas instituciones den observancia a lo ordenado en esta disposición y de imponer las sanciones por el incumplimiento de la obligación anotada.

Parágrafo 3°. Las compañías aseguradoras podrán repetir las indemnizaciones pagadas contra la Subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, cuando demuestren que la póliza que ampara el respectivo accidente de tránsito es falsa; de igual manera la Subcuenta ECAT del Fosyga podrá repetir contra la compañía de seguros que corresponda, cuando detecte que el vehículo estaba asegurado para la época del accidente de tránsito.

Artículo 7°. *Acción de repetición.* La compañía aseguradora podrá repetir contra el tomador del seguro por cualquier suma que haya pagado como indemnización por Soat, cuando este o quien conduzca el vehículo al momento del accidente, con su autorización, haya actuado con dolo, culpa grave o dentro de aquellas circunstancias en que el seguro adolece de vicios o defectos coetáneos a su contratación.

Así mismo, de conformidad con lo previsto en el artículo 1668 del Código Civil, el Fosyga se entiende subrogado en los derechos de quien hubiere recibido cualquier suma como indemnización de la Subcuenta ECAT del Fosyga, con ocasión del incumplimiento del propietario del vehículo, de la obligación que le corresponde de adquirir el seguro daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, Soat y procederá a su cobro.

Artículo 8°. *Reporte de información.* Las compañías de seguros que expidan el seguro daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, Soat, en adición a la información que deben reportar en su condición de sujetos de vigilancia de la Superintendencia Financiera, deberán reportar a dicha Superintendencia los datos específicos relacionados con pólizas expedidas y siniestros pagados, en los formatos que se adopten para el efecto. Dicha entidad suministrará esta información al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud. De igual modo, la Subcuenta ECAT de Fosyga reportará a las compañías de seguros, a través de la entidad que estas designen para el efecto, las reclamaciones pagadas correspondientes a vehículos no asegurados.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, que presten los servicios médicoquirúrgicos de que trata este Decreto deberán reportar este hecho a la Entidad Promotora de Salud o a la Administradora de Riesgos Profesionales, según corresponda, a la cual se encuentre afiliada la víctima y a la aseguradora del Soat, dentro de tres (3) días siguientes a la atención.

Artículo 9°. *Destinación de los recursos del Soat para prevención vial nacional.* Los recursos equivalentes al tres por ciento (3%) de las primas que anualmente recaudan las compañías aseguradoras que operan el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, conformarán un fondo privado que se manejará por encargo fiduciario y con un consejo de administración en el cual tendrá cabida un representante del Ministerio de la Protección Social, para campañas de prevención vial nacional tales como el control al exceso de velocidad, control al consumo de alcohol y estupefacientes, promoción del uso de cinturones de seguridad, entre otras.

CAPITULO II

Condiciones del Soat

Artículo 10. *Otras condiciones.* En adición a lo previsto en los artículos anteriores, las condiciones generales aplicables al seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidente de tránsito, Soat, incluirán las siguientes cláusulas:

EXCLUSIONES

El seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, Soat, no se encuentra sujeto a exclusión alguna y, por ende, ampara todos los eventos y circunstancias bajo las cuales se produzca un accidente de tránsito de conformidad con lo definido en el presente decreto.

PAGO DE LA INDEMNIZACION Y SANCION POR MORA

La compañía de seguros está obligada a efectuar el pago de la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la víctima o sus causahabientes o las personas que demuestren haber asumido los gastos funerarios o realizado el transporte, acrediten, dentro de los plazos previstos en el artículo 1081 del Código de Comercio, su derecho ante la aseguradora y hayan demostrado la ocurrencia del siniestro y su cuantía. Vencido el plazo de un mes, el asegurador reconocerá y pagará al beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa de interés prevista en el artículo 1080 del Código de Comercio.

CONCURRENCIA DE VEHICULOS

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

INOPONIBILIDAD DE EXCEPCIONES A LAS VICTIMAS

A las víctimas de los accidentes de tránsito y sus causahabientes no les serán oponibles excepciones derivadas de vicios o defectos relativos a la celebración del contrato o al incumplimiento de obligaciones propias del tomador. Por lo tanto, solo serán oponibles excepciones propias de la reclamación tales como pago, compensación, prescripción y transacción.

SUBORDINACION DE LA ENTREGA DE LA POLIZA AL PAGO DE LA PRIMA

La entrega de esta póliza al tomador está condicionada al previo pago de la prima, excepto cuando se encuentre a cargo de entidades de derecho público.

Por lo tanto, pagada la prima por parte del tomador, la compañía de seguros deberá entregarle las condiciones generales y el correspondiente certificado de seguro.

IRREVOCABILIDAD

Este contrato de seguro no puede ser revocado por ninguna de las partes intervinientes en el mismo.

CAMBIO DE UTILIZACION DE VEHICULO Y DE CILINDRAJE

El tomador deberá notificar por escrito a la compañía de seguros, el cambio en la utilización del vehículo y las variaciones del cilindraje en el mismo. La notificación deberá hacerse a más tardar a los diez (10) días siguientes a la fecha del cambio y en este evento, la compañía de seguros y el tomador, podrán exigir el reajuste o la devolución a que hubiere lugar en el valor de la prima.

TRANSFERENCIA DEL VEHICULO

La transferencia de la propiedad del vehículo descrito en la póliza, no produce la terminación del contrato de seguro, el cual continuará vigente hasta su expiración.

No obstante lo anterior, el nuevo propietario deberá notificar por escrito a la aseguradora que hubiere expedido el seguro, dentro de los diez (10) días siguientes a la transferencia de dominio los datos correspondientes, para que esta realice el cambio de la póliza y actualice sus sistemas de información.

REGIMEN LEGAL

Lo no previsto en este contrato, se rige por lo dispuesto en el artículo 192 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las normas que regulan el contrato de seguro en el Código de Comercio y demás disposiciones concordantes.

CAPITULO III

Disposiciones aplicables a la Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, ECAT, del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga

Artículo 11. *Recursos de la Subcuenta ECAT.* La subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito contará con los siguientes recursos:

1. Los recursos del Fonsat creado por el Decretoley 1032 de 1991:

a) Las transferencias efectuadas por las entidades aseguradoras autorizadas para operar el ramo de seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidente de tránsito, constituida por el 20% del valor de las primas emitidas en el bimestre inmediatamente anterior; esta transferencia se realizará bimestralmente, dentro de los quince (15) primeros días hábiles del mes correspondiente, de conformidad con lo establecido en los incisos 1° y 4° del numeral 2 del artículo 199 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero;

b) Aportes y donaciones en dinero o en especie de personas naturales y jurídicas nacionales o extranjeras;

c) Los rendimientos de sus inversiones;

d) Los demás que reciba a cualquier título.

2. Una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, que se cobrará en adición a ella. Las compañías de seguros están obligadas a recaudar esta contribución y a transferirla al Fosyga dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes.

3. Los recursos que se obtengan como consecuencia de los procesos de repetición que adelante el Fosyga, por cualquier suma que hubiere pagado con ocasión de un accidente de tránsito, derivada del incumplimiento de la obligación del propietario del vehículo automotor de adquirir el seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, Soat.

Parágrafo 1°. Estos recursos serán complementarios a los recursos que para la atención hospitalaria de las urgencias destinen las entidades territoriales.

Parágrafo 2°. En caso de que las compañías de seguros concedan descuentos sobre las tarifas máximas fijadas en las normas vigentes sobre la materia, dicho descuento no se trasladará al valor de las contribuciones o transferencias a los Fondos de Solidaridad y Garantía y de Prevención Vial Nacional, las cuales se calcularán y transferirán con base en las tarifas máximas establecidas.

Artículo 12. *Destinación de los recursos.* Los recursos de esta subcuenta se destinarán a:

1. El pago de indemnizaciones a que haya lugar de acuerdo con los amparos establecidos en el Decreto-ley 1032 de 1991, cuando se originen en

accidentes de tránsito que involucren vehículos no identificados o no asegurados.

2. El pago de los excedentes que resulten de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito.

3. El pago de los gastos que demande la atención integral de las víctimas de eventos catastróficos y terroristas.

4. El pago de los gastos originados en los eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, o la autoridad que lo sustituya a los que se refiere el numeral 7 del artículo 1° del presente decreto.

5. El pago de los servicios de rehabilitación y suministro de prótesis, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

6. Una vez atendidas las anteriores erogaciones, del saldo de apropiación existente a 31 de diciembre de cada año y de los recursos pendientes de asignación en cada vigencia, se destinará hasta en un máximo del 50%, a la financiación de programas institucionales de prevención, accesibilidad y atención de accidentes de tránsito, de eventos catastróficos y terroristas y de aquellos destinados al tratamiento y rehabilitación de sus víctimas, previa aprobación de distribución y asignación por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o la autoridad que lo sustituya.

CAPITULO IV

Suministro de prótesis

Artículo 13. *Beneficiarios.* Tendrán derecho a las prótesis, a título de préstamo de uso al que se refiere el Código Civil Colombiano, de la mayor costo efectividad y de la calidad media existente en el país y con estricta sujeción a las disponibilidades presupuestales, así como a los servicios que requiere su adaptación, con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga, las personas de la población civil que las requieran como consecuencia de eventos terroristas ocasionados por bombas o artefactos explosivos, los causados por combates, ataques y masacres terroristas, que no sea calificado como un riesgo profesional, de conformidad con las siguientes reglas:

1. Personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a un régimen especial o de excepción. Las personas mayores de edad, afiliadas al régimen contributivo, al subsidiado o a un régimen especial o de excepción, obtendrán el suministro de la prótesis una vez cada cinco (5) años a cargo de la Subcuenta ECAT del Fosyga, cuando ello se requiera según criterio médico.

Los servicios médicos y quirúrgicos necesarios para su adaptación serán asumidos por las respectivas entidades de aseguramiento, conforme a las reglas, coberturas, limitaciones y exclusiones establecidas para el respectivo régimen en los términos de las normas que los regulan, la subcuenta ECAT del Fosyga asumirá directamente respecto de las IPS, los servicios médicoquirúrgicos no incluidos en el plan de beneficios.

Los menores de edad, que a la fecha de entrada en vigencia del presente decreto hubieren sido víctimas de estos eventos, obtendrán el suministro de prótesis, de manera periódica, según criterio médico y conforme lo señale el Ministerio de la Protección Social, hasta adquirir la mayoría de edad.

2. Personas que no se encuentren afiliadas a ningún régimen. Las personas mayores de edad, que de acuerdo a dictamen médico requieran el suministro de la prótesis, tendrán derecho a su suministro por parte del la Subcuenta ECAT del Fosyga, una vez cada cinco (5) años, subcuenta que también asumirá el costo de los servicios médicos y quirúrgicos necesarios para su adaptación. Igualmente, los menores de edad, que a la fecha de entrada en vigencia del presente Decreto hubieren sido víctimas de estos eventos obtendrán el suministro de prótesis, de manera periódica, según criterio médico, y conforme lo señale el Ministerio de la Protección Social hasta adquirir la mayoría de edad.

Artículo 14. *Acreditación de la condición de víctima.* Quien pretenda obtener la cobertura descrita en el artículo anterior, deberá acreditar la condición de víctima del evento terrorista, de conformidad con las normas que regulan la materia, para las otras coberturas de la Subcuenta ECAT del Fosyga.

Con fundamento en los censos que elaboren las autoridades competentes para ello y en las certificaciones de que trata el presente decreto, el Fosyga conformará una relación de población en esta condición, para efectos de autorizar el pago de los reembolsos por gastos de prótesis y para priorizar dentro del mismo a los miembros de los grupos más vulnerables tales como, los niños, los padres y madres cabeza de familia, porcentaje de discapacidad, pertenencia a los niveles I y II del Sisbén, de acuerdo con los puntajes de calificación que se establezca en el manual operativo que, para el efecto, establezca el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 15. *Adquisición y suministro de las prótesis.* El Ministerio de la Protección Social seleccionará a través de concurso, dentro de las entidades sin ánimo de lucro que a la fecha brinden de manera gratuita este tipo de servicios a la población que los requiera, aquellas que asumirán la función de coordinar la adquisición de las prótesis, su entrega a la IPS habilitada para los servicios de adaptación, la recepción de aquellas prótesis recuperadas para reposición, emitiendo las certificaciones correspondientes, conforme se indica más adelante y su entrega final a las personas de la población pobre y vulnerable que las requieran, por causa de hechos no cubiertos por el Sistema de Seguridad Social Integral y diferentes a los eventos de carácter terrorista.

Las entidades seleccionadas, también coordinarán, conforme al reglamento que para el efecto se expida, los servicios de adaptación de las prótesis y entrenamiento con la misma para estas personas. Para este propósito el administrador fiduciario del Fosyga deberá constituir y mantener las reservas que garanticen la culminación de la capacitación para aquellos que la hubiesen iniciado.

Artículo 16. *Derecho para reclamar.* Tendrán derecho para reclamar el reembolso de los gastos en que hubieran incurrido por el suministro y adaptación de las prótesis, las siguientes entidades:

1. Las entidades sin ánimo de lucro seleccionadas, reclamarán a la Subcuenta ECAT de Fosyga, el reembolso de los costos de las prótesis adquiridas, por períodos mensuales, mediante el diligenciamiento del formulario que se expida para el efecto, en el cual constará la identificación de cada una de las víctimas que requieren este suministro, detallando sus condiciones, en cuanto a fecha de nacimiento, condición de afiliado o no al Sistema General de Seguridad Social en Salud o regímenes de excepción, certificación respecto a que es víctima de un evento de carácter terrorista, los costos de las prótesis, la certificación de que la entidad con la que hubiere celebrado convenio para el suministro de prótesis la ha entregado a la IPS habilitada para este servicio. Una vez se cumplan los plazos de reposición, también deberá certificar la recepción de las prótesis anterior, los costos de su reparación, si la hubiere, y certificará entrega a título gratuito a su destinatario, en las condiciones señaladas en el inciso 1° del artículo anterior, allegando constancia de recepción por parte de su nuevo titular.

2. Las IPS habilitadas para los servicios médicos y quirúrgicos necesarios para la rehabilitación y adaptación de las prótesis, que los hubieren prestado, para la población no afiliada de que trata el numeral 2 del artículo 13 del presente decreto, presentarán su reclamación en el formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social para el efecto, acompañado de la constancia de recepción de las prótesis, en los casos de reposición, conforme se señala en el numeral anterior, de la certificación médica en la cual conste el criterio médico que exige su suministro o reposición, suscrita por el médico tratante, de la factura original emitida por la IPS en la que consten los servicios prestados, en la cual obren discriminados los conceptos cobrados y la tarifa correspondiente de conformidad con la prevista en el Decreto 2423 de 1996 o normas que lo sustituyan o modifiquen.

Parágrafo. Las entidades señaladas en el presente artículo podrán efectuar sus reclamaciones de manera electrónica, utilizando para ello el mecanismo que se defina para el cobro de las otras coberturas de la Subcuenta ECAT de Fosyga.

Artículo 17. *Reservas.* En la formulación y aprobación del presupuesto de cada vigencia fiscal, correspondiente a la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, se deberán garantizar las apropiaciones destinadas a suministrar las prótesis que se requieran, las reposiciones que de acuerdo con la programación se deban entregar durante la vigencia fiscal, así como las necesarias para asumir el costo que se derive del proceso de adaptación de las prótesis y entrenamiento con la misma, de conformidad con el censo elaborado respecto de las víctimas de eventos terroristas, el costo promedio de las prótesis, de manera que se cuente con los recursos necesarios para garantizar la continuidad de esta cobertura.

Para tal fin, se incluirán las partidas necesarias en el anteproyecto de presupuesto, que en cada vigencia fiscal deba someter a consideración del Departamento Nacional de Planeación y del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 18. *Transición.* Hasta tanto sean adoptados los nuevos formatos a los que se refiere el presente decreto y entren en producción los sistemas de información, serán válidos aquellos previstos en las normas vigentes sobre la materia.

Artículo 19. *Vigencia y derogatorias.* El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias, en especial, los artículos 30, 31, 32, 33 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 y 44 del Decreto 1283 de 1996 y los artículos 9° y 11 del Decreto 2878 de 1991. Lo previsto en capítulo IV comenzará a regir a partir de la fecha en la cual el Ministerio de la Protección Social conforme el censo correspondiente.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 17 de octubre de 2007.

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Oscar Iván Zuluaga Escobar.

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Betancourt.

NOTA: Publicado en el Diario Oficial 46785 de octubre 18 de 2007.

Fecha y hora de creación: 2024-08-21 11:22:37



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 3099 DE AGOSTO 19 DE 2008

Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993

CONSIDERANDO

Que conforme al artículo 13 del Decreto – Ley 1281 de 2002, “cualquier tipo de cobro o reclamación que deba atenderse con recursos de las diferentes subcuentas del FOSYGA deberá tramitarse en debida forma ante su administrador fiduciario dentro de los seis meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda. En consecuencia, no podrá efectuarse por vía administrativa su reconocimiento con posterioridad al término establecido”.

Que la Resolución 2933 de 2006, reglamenta “los Comités Técnico-Científicos y establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS y de fallos de tutela, determinando las funciones, criterios de autorización, procedimiento y excepciones de las decisiones que deben tomar los Comité Técnico Científico”.

Que mediante Sentencia C- 316 de 2008, la Corte Constitucional declaró exequible la expresión “Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el FOSYGA”, del literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007”.

Que mediante Sentencia C-463 de 2008, la Corte Constitucional decidió declarar exequible el literal j) del artículo 14 de la ley 1122 de 2008 “señalando que los usuarios tanto del régimen contributivo como del subsidiado podrán presentar solicitudes de atención en salud ante las EPS en relación con la prestación de servicios médicos -medicamentos, intervenciones, cirugías, tratamientos, o cualquiera otro-, ordenados por el médico tratante y no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. En el caso de que las EPS no estudien oportunamente los requerimientos del médico tratante para los usuarios del Régimen Contributivo respecto de servicios excluidos del POS y sean obligados a su prestación mediante acción de tutela, la sanción que impone la disposición demandada a las EPS es que los costos de dicha prestación serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el FOSYGA. En el caso del Régimen Subsidiado ésta disposición deberá entenderse en el sentido de que los costos de la prestación ordenada vía de tutela serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y las entidades territoriales, de conformidad con las disposiciones pertinentes de la Ley 715 del 2001”.

En merito de lo expuesto,

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

RESUELVE:
CAPITULO I

DE LOS COMITÉS TÉCNICO-CIENTÍFICOS

Artículo 1º. Integración de los Comités Técnico-Científicos. Las entidades administradoras de planes de beneficios, integrarán un Comité Técnico-Científico (CTC), que estará conformado por un (1) representante de la entidad administradora de planes de beneficios, según corresponda, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y un (1) representante de los usuarios, que tendrá las funciones que se señalan en la presente resolución.

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

Los Comités Técnico-Científicos deberán integrarse en cada departamento y distrito donde estas entidades hayan sido autorizadas para funcionar por la Superintendencia Nacional de Salud. En todo caso, deberán garantizar la oportunidad y la facilidad de acceso de los afiliados al Comité.

El representante legal de cada una de las entidades administradoras de planes de beneficios, deberá reportar en debida forma a la Superintendencia Nacional de Salud el acta de conformación de los Comités, identificando sus integrantes. Así mismo, deberán reportar las sustituciones que se produzcan, identificando de la misma manera a los nuevos integrantes.

Artículo 2º. Requisitos de los miembros del Comité. El representante de la entidad administradora de planes de beneficios, deberá ser médico con experiencia comprobada de mínimo dos (2) años en el ejercicio profesional.

Los representantes que conforman los Comités Técnico-Científicos deberán presentar una carta de compromiso en la cual manifiesten que a partir del momento de la aceptación del cargo y hasta su retiro, no recibirán ningún tipo de beneficios de compañías productoras y/o distribuidoras de medicamentos, insumos y/o dispositivos. Igualmente, los representantes del Comité no podrán ser representantes legales, miembros de Junta Directiva, administradores y/o socios o tener vínculo laboral o contractual con compañías productoras y/o distribuidoras de medicamentos, insumos y/o dispositivos. El representante de los usuarios no podrá ser empleado de la entidad administrador de planes de beneficios ni de sus filiales.

Artículo 3º. Elección de los representantes. Las entidades administradoras de planes de beneficios deberán realizar una convocatoria abierta entre sus prestadores de servicios de salud, asociaciones de usuarios o usuarios, que permita la selección objetiva de los representantes en el Comité, garantizando la participación democrática de las entidades y los usuarios.

Parágrafo. Los miembros del Comité serán escogidos con sus respectivos suplentes para un período de dos (2) años, pudiendo ser seleccionados nuevamente para los períodos subsiguientes. En caso de ausencia definitiva de alguno de los miembros, las entidades administradoras de planes de beneficios deberán designar su reemplazo en un término no mayor a un (1) mes calendario, contado a partir de la fecha en que se produzca la ausencia definitiva, con la respectiva notificación a la Superintendencia Nacional de Salud.

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

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

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

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

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

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

- a) La prescripción de medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud, no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la entidad administradora de planes de beneficios. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas;
- b) Solo podrán prescribirse medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud que se encuentren debidamente autorizados para su uso y ejecución o realización por las respectivas normas vigente en el país como las expedidas por el INVIMA y las referentes a la habilitación de servicios en el Sistema de Garantía de la Calidad de los servicios de salud.
- c) La prescripción de los medicamentos y/o servicios médicos y prestaciones de salud, será consecuencia de haber utilizado, agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad contenidas tanto en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud como en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o de prever u observar reacciones adversas o

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.

- d) Debe existir un riesgo inminente para la vida o salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.

Parágrafo. En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 13 y 18 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen.

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

- a) La o las prescripciones u órdenes médicas y justificación en caso de ser un medicamento no incluido en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS, será presentada y debidamente sustentadas por escrito por el médico tratante adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica del paciente, el nombre del medicamento en su denominación común internacional, identificar su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada del medicamento solicitado y el nombre del medicamento en su denominación común internacional del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se remplazan o sustituyen, con la descripción de su principio(s) activo(s), concentración y forma farmacéutica, y el número de días/tratamiento y dosis equivalentes al medicamento autorizado, y si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística.
- b) La o las prescripciones u órdenes médicas y justificación en caso de ser un servicio médico o prestación de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud, POS, será presentada y debidamente sustentada por escrito por el médico tratante adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica del paciente y la identificación del o los servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, que se remplazan o sustituyen, equivalentes al o los servicios médicos y prestaciones de salud autorizados, y si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística.
- c) El Comité, dentro de la siguiente sesión a la presentación de la o las prescripciones u órdenes médicas y justificación por parte del médico tratante, deberá establecer su pertinencia y decidir sobre la petición presentada mediante la elaboración de la respectiva acta.
- d) Si se requiere allegar información o documentación adicional, en la misma sesión, el Comité la solicitará al médico tratante, quien debe suministrarla dentro de los dos (2) días siguientes. Así mismo, si se requiere conceptos adicionales al emitido por el médico tratante, se solicitarán entre profesionales de la salud de la misma especialidad en el término anteriormente establecido. El Comité, dentro de la semana siguiente, deberá decidir sobre la autorización o negación de la petición formulada.

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

- e) El Comité podrá autorizar tratamientos ambulatorios hasta por un máximo de tres (3) meses, tiempo que se considera pertinente para que el Comité Técnico-Científico nuevamente analice el caso y si la respuesta al tratamiento es favorable, determine la periodicidad con la que se continuará autorizando y suministrando el medicamento, el que en ningún caso podrá ser por tiempo indefinido.

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

Una vez autorizado por parte del Comité Técnico-Científico el medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluido en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la entidad administradora de planes de beneficios deberá garantizar el suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud al usuario y tendrá la posibilidad de solicitar el recobro correspondiente ante el FOSYGA, de conformidad con lo establecido en la presente resolución. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, deberán presentar el recobro ante las entidades territoriales competentes.

Artículo 8º. Excepciones. En situaciones de urgencia manifiesta, es decir, cuando esté en riesgo la vida del paciente, no aplicará el procedimiento para la autorización previsto en la presente resolución, teniendo el médico tratante la posibilidad de decidir sobre el medicamento, servicio médico o prestación de salud a utilizar, previa verificación del cumplimiento de los criterios de autorización establecidos en la presente resolución.

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

CAPITULO II

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

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

Siempre que se mantengan actualizados o vigentes de acuerdo con los términos que a continuación se señalan, no requerirán acompañar a cada solicitud, los siguientes documentos:

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela"

- a) Certificado de existencia y representación legal de la administradora de planes de beneficios, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días. Este documento deberá remitirse al Ministerio de la Protección Social o a la entidad que se defina para tal efecto cada seis (6) meses o cada vez que se modifique la representación legal.
- b) Poder debidamente otorgado si actúa por intermedio de apoderado. Este poder deberá actualizarse cada vez que se modifique con ocasión de la renuncia o sustitución.
- c) Lista de precios vigente de medicamentos, insumos y/o dispositivos del Plan Obligatorio de Salud - POS de los proveedores de la entidad. Este documento deberá actualizarse cada vez que se presente alguna novedad, evento en el cual, deberán ser remitidos dentro de los quince (15) días siguientes a la ocurrencia de la misma.
- d) Certificación de los integrantes del Comité Técnico Científico registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud. Esta certificación deberá actualizarse cada vez que se modifique uno o varios de los integrantes del Comité, previo registro ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- e) El Plan General de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, el cual deberá actualizarse dentro de los quince (15) días siguientes a su fijación o modificación anual.

Artículo 10°. Requisitos especiales de la solicitud de recobros por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico. La solicitud de recobro ante el FOSYGA por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud, no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico-Científico, debe presentarse a través de la dependencia de correo y radicación del Ministerio de la Protección Social o de la entidad que se defina para tal efecto.

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

- a) Formato de "SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS O PRESTACIONES DE SALUD NO POS-CTC", numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad;
- b) Una copia del acta del Comité Técnico-Científico donde se determine y concluya la autorización respectiva del medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluido en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El acta deberá contener:
 - (i) La fecha de elaboración y número del acta.
 - (ii) Los datos de identificación del afiliado o paciente.
 - (iii) El diagnóstico, descripción y código, según la clasificación internacional de enfermedades vigente y análisis del caso objeto de estudio.
 - (iv) Un resumen de las prescripciones u órdenes médicas y justificación o justificaciones efectuadas por el médico tratante, identificando el nombre del médico, la fecha de las prescripciones u órdenes médicas y demás datos

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

consignados en la misma, así como justificación del medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS.

(v) Del medicamento, servicio médico o prestación de salud no POS:

- a. Del o los medicamentos: el nombre del medicamento en su denominación común internacional, identificar su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada.
- b. Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos: identificar el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación).
- c. Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos, pero que deben ser repetidos: el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), motivo (por qué se requiere nueva evaluación, por complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis),
- d. Del o los servicios médicos y prestaciones de salud sucesivos, objetivo, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.

(vi) La identificación del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, con la descripción de su principio(s) activo(s), concentración y forma farmacéutica, y el número de días/tratamiento y dosis/día equivalentes al medicamento autorizado o negado.

(vii) La identificación del o los servicios médicos y prestaciones de salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total, que se reemplazan o sustituyen en el Plan Obligatorio de Salud equivalentes al o los servicios médicos y prestaciones de salud autorizados o negados.

(viii) En el caso de que no existan en el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, servicios médicos o prestaciones de salud que se puedan considerar reemplazados o sustituidos por el servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por el Comité Técnico Científico debe quedar manifiesta esta situación en el Acta, soportada en la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.

(ix) La verificación del cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización contenidos en la presente resolución, certificando que éstos han sido constatados en resumen de atención o epicrisis, historia clínica del afiliado o paciente.

(x) La decisión adoptada frente al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cual, en caso de definir su no autorización, deberá indicar la justificación técnica y normativa que la soporta.

(xi) Nombre y firma de los integrantes del Comité Técnico-Científico. Para el o los médico (s) integrante (s) se requiere el número del registro médico.

c) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario, con constancia de cancelación. La factura o documento equivalente, debe identificar:

- (i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios).
- (ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud.
- (iii) Código, descripción, valor unitario y total
- (iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud
- (vi) Valor unitario
- (vii) Valor Total

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

Cuando en la factura no esté detallada la atención, se debe anexar el detalle de cargos. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: el medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor;

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

- d) Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con firma y registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo estipulado en el capítulo cuarto del Decreto 2200 de 2005 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen.
- e) Documento que evidencie la entrega del medicamento, servicio médico o prestación de salud:
 - (i) De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, o formato diseñado para tal efecto por las entidades administradoras de planes de beneficios que deberá ser firmado por el paciente, su representante, responsable o acudiente con número de identificación como constancia de recibido.
 - (ii) En atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias
 - (iii) En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epicrisis.

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

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

Artículo 11°. Requisitos especiales de la solicitud de recobros originados en fallos de tutela. Toda solicitud de recobro que deba ser reconocida y pagada por el FOSYGA, por concepto de fallos de tutela, deberá presentarse a través de la dependencia de correo y radicación del Ministerio de la Protección Social o de la entidad que se defina para tal efecto.

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

- a) Formato de “SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE PRESTACIONES ORDENADAS POR FALLOS DE TUTELA” numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente Resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad.
- b) Copia del fallo de tutela. Para cuentas consecutivas originadas en el mismo fallo, se relacionará el número de radicado de la primera cuenta presentada en la cual se anexó la primera copia del fallo.

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

- f) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario, con constancia de cancelación. La factura o documento equivalente, debe identificar:
- (i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios).
 - (ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud.
 - (iii) Código, descripción, valor unitario y total
 - (iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud
 - (v) Valor unitario
 - (vi) Valor Total
- Cuando en la factura no esté detallada la atención, se debe anexar el detalle de cargos. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: El medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor;
- c) Certificado de semanas cotizadas al Sistema por el afiliado o beneficiario, en los casos de tutela por períodos mínimos de cotización, en los cuales se especifique la fecha de afiliación al Sistema General de Seguridad Social y a la EPS, identificando las semanas cotizadas en el año inmediatamente anterior a la fecha del otorgamiento de la prestación ordenada en el respectivo fallo. Para estos efectos el certificado de semanas cotizadas al sistema lo emitirá la respectiva entidad administradora de planes de beneficios de acuerdo a la información reportada en sus formularios de afiliación y novedades.
- d) Copia del formato “negación de servicios de salud y/o medicamentos” expedido por la Superintendencia Nacional de Salud o el Acta del Comité Técnico Científico que negó el suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS, en forma previa a la acción de tutela.
- g) Documento que evidencie la entrega del medicamento, servicio médico o prestación de salud:
- (i) De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, o formato diseñado para tal efecto por las entidades administradoras de planes de beneficios que deberá ser firmado por el paciente, su representante, responsable o acudiente con número de identificación como constancia de recibido.
 - (ii) En atención inicial de urgencias: Copia del Informe de atención inicial de urgencias.
 - (iii) En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epicrisis.

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

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

Artículo 12º. Término para presentar las solicitudes de recobro. Las entidades administradoras de planes de beneficios deberán tramitar y presentar en debida forma las solicitudes de recobro ante el FOSYGA por concepto de medicamentos y fallos de tutela, de conformidad con lo establecido en el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002, dentro

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

de los seis (6) meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda.

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

En aquellos eventos que autoricen u ordenen prestaciones sucesivas, el plazo previsto en el Decreto-Ley 1281 de 2002 se contará a partir del momento en que se suministre el medicamento, servicio médico o prestación de salud, según sea el caso, o la fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de planes de beneficios por parte del proveedor.

Artículo 13°. Término para estudiar la procedencia y el pago de las solicitudes de recobro. El Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, deberá adelantar el estudio de la solicitud de recobro e informar a la entidad reclamante el resultado del mismo, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual se efectuara el pago de las solicitudes de recobro presentadas oportunamente y en debida forma.

Como resultado del estudio, las solicitudes de recobro podrán ser objeto de rechazo, devolución, aprobación condicionada, inconsistencia o aprobación para pago.

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

Aquellos recobros que, transcurrido el término de los quince (15) días calendario de radicación ante el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, se les vence el término de los seis (6) meses señalados en la presente resolución, se entenderán presentados oportunamente, siempre y cuando, su radicación se efectúe dentro de los primeros quince (15) días calendario del siguiente mes.

Artículo 15°. Causales de rechazo de las solicitudes de recobro. Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por Comité Técnico Científico o por fallos de tutela serán rechazadas en forma definitiva, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando fueren presentadas en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002 y de acuerdo con las fechas establecidas en los artículos 12 y 14 de la presente resolución.(Código 1-01).
- b) Cuando el fallo de tutela no otorgue posibilidad de recobro ante el Fosyga, la Nación o el Ministerio de la Protección Social (Código 1-02).
- c) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de la solicitud de recobro no corresponda a lo ordenado por el fallo de tutela o al autorizado por el Comité Técnico-Científico, según el caso (Código 1-03).
- d) Cuando los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el Fosyga (Código 1-04).

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela"

- e) Cuando no se anexe al recobro la factura del proveedor o prestador del servicio en la que conste su cancelación (Código 1-05).
- f) Cuando al recobro no se adjunta copia del fallo o fallos de tutela (Código 1-06).
- g) Cuando al recobro no se aporta el Acta del Comité Técnico Científico (Código 1-07).

Parágrafo. Las causales previstas en los literales f) y g), no serán aplicables cuando se trate de recobros por prestaciones sucesivas y dichos documentos fueron aportados en la primera solicitud.

Artículo 16°. Causales de devolución de las solicitudes de recobro. Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por Comité Técnico Científico o por fallos de tutela, quedarán en estado devuelto, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- (i) Las causales generales de devolución aplicables a todas las solicitudes de recobro serán las siguientes:
 - a) Cuando el recobro no corresponde con lo facturado por el proveedor (Código 2-01).
 - b) Cuando la factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario (Código 2-02).
- (ii) Las causales de devolución aplicables a los recobros por medicamentos, servicio médico o prestación de salud No incluidos en el POS autorizados por el Comité Técnico Científico serán:
 - a) Cuando no hay evidencia de la entrega del medicamento, servicio médico o prestación salud No Pos al paciente. (Código 2-03).
 - b) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico, no registre la fecha de realización del Comité (Código 2-04)
 - c) Cuando el contenido del Acta no registre la fecha de solicitud (Código 2-05)
 - d) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no contiene la justificación médica (Código 2-06).
 - e) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no registre el nombre del afiliado (Código 2-07).
 - f) Cuando el nombre del afiliado contenido en el Acta del Comité Técnico Científico no corresponde al consignado en la solicitud del médico tratante (Código 2-08).
 - g) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no identifica el medicamento autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada) (Código 2-09).
 - h) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no identifica el o los medicamentos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s)

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, y número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad equivalentes a la autorizada) (Código 2-10).

- i) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico Científico se registra que el medicamento, servicio médico o la prestación de salud es anterior a la fecha de realización del Comité (Código 2-11).
 - j) Cuando la fecha de solicitud del médico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud. (Código 2-12).
 - k) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico Científico, no se identifica, servicio médico o prestación de salud No Pos autorizado (objetivo, motivo en caso de ser un evento único que se debe repetir, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado). (Código 2-13).
 - l) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no se identifica, el servicio médico o prestación de salud Pos que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total) (Código 2-14).
- iii) Las causales de devolución aplicables a los recobros originados en fallos de tutela serán:
- a) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación en salud ordenado por el fallo de tutela no corresponde con lo facturado por el proveedor (Código 2-15).
 - b) Cuando el nombre del afiliado contenido en el fallo de tutela no corresponde con el consignado en la solicitud de recobro. (Código 2-16).
 - c) Cuando no adjunta certificado de semanas de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para fallos ordenados por periodos mínimos de cotización (Código 2-17).

Cuando se presente una o varias de las causales previstas en el presente artículo, se devolverá la totalidad de la documentación y se informará al representante legal o al apoderado de la entidad reclamante, por una (1) sola vez, el código de la causal y/o causales y las inconsistencias que deben subsanarse.

Cuando se devuelva la solicitud de recobro, deberá presentarse dentro de los dos (2) meses siguientes una nueva solicitud con la totalidad de los documentos objeto del recobro.

La nueva solicitud, para efectos de lo previsto en el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, se entenderá presentada oportunamente, siempre y cuando su radicación se efectúe dentro del plazo señalado en el inciso anterior.

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

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

Artículo 17º. Causales de aprobación condicionada de las solicitudes de recobro.

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

- a) Cuando falte el certificado de existencia y representación legal de la entidad administradora de planes de beneficios, conforme a lo dispuesto en el artículo 9º de la presente. (Código 3-01)
- b) Cuando falte el poder debidamente otorgado si actúa por intermedio de apoderado. (Código 3-02).
- c) Cuando falte la lista de precios vigente de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los proveedores de la entidad. (Código 3-03).
- d) Cuando falte la certificación de los integrantes del Comité Técnico-Científico registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud. (Código 3-04).
- e) Cuando falte el plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados. (Código 3-05).
- f) Cuando los nombres de quienes suscriben el Acta del Comité Técnico Científico no coinciden con las reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud (Código 3-06).
- g) Cuando en el Acta falte una o más firmas de los miembros del Comité Técnico Científico (Código 3-07)
- h) Cuando la factura del proveedor o prestador del servicio no identifica la entidad responsable del pago (Código 3-08).
- i) Cuando la factura del proveedor o prestador del servicio no identifica el afiliado atendido (Código 3-09).
- j) Cuando al recobro no se adjunte la certificación del representante legal de la entidad administradora de planes de beneficios, en la cual indica a qué factura imputa el respectivo suministro y/o prestación de servicio recobrado, únicamente para lo previsto en el inciso segundo del literal c) del artículo 10, de la presente resolución (Código 3-10).
- k) Cuando el usuario reportado en el recobro no aparezca compensado por la entidad recobrante para el periodo de la prestación del servicio (Código 3-11)

Parágrafo. No habrá lugar a la aplicación del literal k) cuando el fallo de tutela ordene la prestación de servicios a un usuario no afiliado a la entidad recobrante.

Para efectos de completar o actualizar la documentación, la entidad reclamante dispondrá de un plazo no mayor a dos (2) meses, contados a partir de la información al representante legal o al apoderado de la entidad reclamante de tales causales, y su pago se efectuará, conforme se establece en el artículo siguiente.

Las solicitudes de recobro que sean objeto de aprobación condicionada recibirán el pago del 50% del valor liquidado en forma oficial por el Ministerio de la Protección Social o por la entidad autorizada que se defina para tal efecto, una vez surtida la auditoria, dentro del

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela"

plazo señalado en el artículo 13 de la presente resolución. El 50% restante será cancelado una vez, la entidad reclamante complete o actualice la documentación objeto de la aprobación condicionada; tal pago deberá efectuarse por el Ministerio de la protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de radicación del formato "REMISIÓN DOCUMENTACIÓN RECOBROS DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO POS Y FALLOS DE TUTELA CON ESTADO DE APROBACIÓN CONDICIONADA"

Si no se completan o actualizan los documentos dentro de los términos previstos en el presente artículo, se entenderá desistida la solicitud y la entidad reclamante deberá reintegrar el 50% del valor liquidado en forma oficial, por el Ministerio de la Protección Social o por la entidad autorizada que se defina para tal efecto, de la reclamación que se le haya cancelado, para lo cual el representante legal o al apoderado de la entidad reclamante en el formato "FORMULARIO RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS", deberá dejar constancia de su autorización para el descuento automático de tal valor con cargo a futuras reclamaciones. Lo anterior sin perjuicio de que la entidad reclamante presente una nueva solicitud, siempre y cuando se encuentre dentro del término previsto en el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.

Artículo 18°. Pagos de solicitudes de recobro por un valor diferente al solicitado.

El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, aprobará y pagará las solicitudes de recobro al Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud No POS autorizados por el Comité Técnico Científico o por fallos de tutela, por un valor diferente al solicitado, una vez realizada la auditoria integral por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando exista error en los cálculos del recobro (Código 4-01)
- b) Cuando el porcentaje recobrado por semanas de cotización no coincida con la certificación aportada (Código 4-02)
- c) Cuando como consecuencia del Acta del Comité Técnico Científico o fallo de tutela se incluyan prestaciones contenidas en los planes de beneficios (Código 4-03)
- d) Cuando el valor de la factura en letras sea diferente al valor consignado en números, caso en el cual se atenderá el valor en letras (Código 4-04)
- e) Cuando uno o varios ítems incluidos en el recobro presente alguna causal de rechazo o devolución (Código 4-05)
- f) Cuando uno o varios de los datos contenidos en el medio magnético no corresponde a lo diligenciado en el formato físico, se atenderá a lo contenido en el físico (Código 4-06)

En estos eventos, previa realización de la auditoria y elaboración del documento "Liquidación Oficial de Conceptos", según la documentación anexa a la solicitud, ésta será aprobada y pagada por un valor diferente al recobrado. Si con posterioridad al pago las entidades administradoras de planes de beneficios demuestran que sus datos están debidamente soportados, se ajustarán, aprobarán y pagarán las diferencias a que hubiere lugar.

Artículo 19°. Causales de inconsistencia de las solicitudes de recobro. Las solicitudes de recobro presentadas ante el FOSYGA, por concepto de medicamentos,

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

servicios médicos o prestaciones de salud NO POS autorizados por Comité Técnico Científico o por fallos de tutela en estado de inconsistencia, se entenderán como no presentadas, no sujetas a la auditoria integral, y serán devueltas a la entidad recobrante. En este evento, la devolución deberá efectuarse a más tardar dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su presentación, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando el recobro no se presente con el completo diligenciamiento de los formatos adoptados en la presente resolución, así: (Código 5-01)
 - (i) Del Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R): Cualquiera de los datos en él contenidos.
 - (ii) Del formato radicación de solicitudes de recobros (Formato anexo 1): Cualquiera de los datos en él contenidos.
 - (iii) Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No Pos–CTC (Formato MYT-01): Cualquiera de los datos correspondientes a: 1. Datos del recobro 2. Datos de la entidad, 3. Datos del afiliado 4. Detalle del Recobro, 4a. Datos medicamentos, servicios médicos y prestación de salud No POS y 5. Declaración de la entidad.
 - (iv) Del Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02): Cualquiera de los datos correspondientes a: 1. Datos del recobro 2. Datos de la entidad, 3. Datos del afiliado 4. Detalle del Recobro, 4a. Datos medicamentos, servicios médicos y prestación de salud No POS y 5. Declaración de la entidad.
 - (v) Del Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No Pos y fallos de tutela con estado de APROBACIÓN CONDICIONADA (Formato MYT-03): Cualquiera de los datos en él contenidos.
 - (vi) Del Formato objeción a la auditoria realizada (Formato MYT-04): Cualquiera de los datos en él contenidos.
- b) Cuando el medio físico no se ajusta a la información consignada en el medio magnético (Código 5-02)

Artículo 20°. Comunicación a las entidades recobrantes. El resultado de la auditoria integral aplicada a las solicitudes de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no POS autorizados por el Comité Técnico Científico u ordenados por fallos de tutela debe comunicarse, por el Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, al representante legal de la entidad indicando el estado que presenta el recobro, las causales aplicadas, así como, aquellas por las cuales consideró pertinente reliquidar el valor recobrado. La comunicación deberá contener los siguientes requisitos formales y de fondo:

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

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

A la comunicación de que trata el presente artículo, deberá anexarse medio magnético que contendrá en detalle las causales que se aplican y bajo la misma estructura presentada para la radicación de los recobros.

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

Parágrafo 2º. Lo contenido en ningún caso podrá desconocer que un recobro y cada uno de sus ítems únicamente podrán encontrarse aprobado para pago, rechazado, devuelto, aprobado condicionado e inconsistente.

Artículo 21º. Envío de la comunicación. La comunicación será enviada por el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha en que el Administrador Fiduciario reciba del Ministerio la ordenación de gasto, a la dirección que aportó el representante legal al momento del diligenciamiento de los formatos de radicación establecidos para los recobros. De lo anterior se conservará copia de la constancia de envío.

A dicha comunicación se anexará el medio físico del recobro que se rechaza o devuelve. Los recobros que registren los estados aprobado y aprobada condicionada permanecerán a cargo del Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto.

Parágrafo. En el evento de que no se señalen en forma completa las causales o éstas fueren injustificadas, la entidad responsable del estudio, revisión o auditoria deberá pagar con cargo a sus propios recursos, las sumas que en exceso a lo cobrado hubiere lugar.

Artículo 22º. Objeción de la entidad recobrante. La comunicación del resultado de la auditoria, efectuada por el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, en la cual se informa en qué estado se encuentra el recobro y cada uno de los datos en él contenidos podrá ser objeto de cuestionamiento por la entidad recobrante, acudiendo ante quien emitió dicha comunicación, para que confirme o modifique su decisión inicial, acogándose siempre a los términos y formalidades establecidos para tal efecto por la presente resolución.

Parágrafo. El documento mediante el cual la entidad recobrante expone su desacuerdo, no puede versar sobre nuevos hechos, ni debatir asuntos diferentes a los estimados en la comunicación previamente enviada.

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

Artículo 23º. Oportunidad para sustentar la objeción. Una vez efectuada la comunicación al representante legal de la entidad recobrante, contará con un término de dos (2) meses para suministrar por escrito y en medio magnético, junto con el diligenciamiento del formato “OBJECCIÓN A LA AUDITORIA REALIZADA” que se adopta con la presente Resolución, los motivos que justifican su desacuerdo con la comunicación emitida.

Las solicitudes de “Objeción a la Auditoria Realizada” deberán presentarse dentro del día 16 y el día 20 calendario de cada mes. Aquellas solicitudes que, transcurrido el término de radicación aquí previsto, se les venza el término de los dos (2) meses, se entenderán

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

presentadas oportunamente, siempre y cuando, su radicación se efectúe dentro del día 16 y el día 20 calendario del siguiente mes.

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

Parágrafo. La solicitud de “Objeción a la Auditoria Realizada” en caso de versar sobre recobros rechazados o devueltos, deberá acompañarse del medio físico que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20 de la presente resolución, previamente ha sido entregado por parte del el Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto.

Artículo 24°. Respuesta a la objeción presentada por la entidad recobrante. El Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, contará con un (1) mes para informarle a la entidad recobrante la respuesta a la objeción presentada. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo.

Artículo 25°. Pago de fallos de tutela en los cuales se autoriza el recobro a la Nación o al Ministerio de la Protección Social. Las solicitudes por concepto de fallos de tutela en los cuales se autorice el recobro a la Nación o al Ministerio de la Protección Social, deberán presentarse ante el Ministerio o la entidad que se defina para tal efecto.

Para tal efecto, deberán cumplir los requisitos, condiciones y trámite previsto en la presente resolución. Una vez se encuentre aprobada para pago se dará traslado, en forma individual, a la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social para el trámite a que hubiere lugar.

Artículo 26°. Monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud. El monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud se determinará sobre el precio de compra al proveedor soportado en la factura de venta o documento equivalente de éste, de la siguiente forma:

a) Medicamentos NO POS autorizados por Comité Técnico Científico El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no incluidos en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, autorizados por Comité Técnico Científico, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el ó los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el FOSYGA.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

b) Servicios médicos y prestaciones de salud NO POS autorizados por Comité Técnico Científico El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (POS), autorizados

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

por Comité Técnico Científico, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

c) Servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico Científico.

El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico Científico, será la diferencia entre el valor facturado del servicio médico y prestación de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del servicio médico y prestación de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas del Manual Único Tarifario para la Facturación de los Servicios de Salud vigente.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos, y este total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

d) Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud POS autorizados por Comité Técnico Científico para afiliados del régimen contributivo que no han cumplido con los periodos mínimos de afiliación.

El valor a reconocer y pagar por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para los cuales el afiliado del régimen contributivo no ha cumplido con los períodos de cotización necesarios para que la entidad administradora de planes de beneficios garantice su total prestación, será el porcentaje equivalente a las semanas faltantes para cumplir el total de las 26 semanas requeridas. Este porcentaje se aplicará al valor facturado por el proveedor.

Al valor resultante se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y éste total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

No habrá lugar al pago de medicamentos POS para servicios médicos y prestación de salud de los planes obligatorios de salud, por aspectos diferentes al contemplado en el

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

presente literal, por encontrarse ya reconocidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la respectiva Unidad de Pago por Capitación (UPC).

e) Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud, no tramitados por el Comité Técnico Científico ordenados por fallos de tutela. El valor a reconocer y pagar por el FOSYGA será del 50% del valor total facturado por el proveedor

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

f) Medicamentos, Servicios médicos y prestaciones de salud NO POS ordenados por fallo de tutela previamente negados por el Comité Técnico Científico. El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (POS), ordenados por fallos de tutela y no autorizados por Comité Técnico Científico y ordenados por fallo de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

g) Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud POS ordenados por fallos de tutela previamente negados por el Comité Técnico Científico, para afiliados del régimen contributivo que no han cumplido con los periodos mínimos de afiliación El valor a reconocer y pagar por concepto de fallos de tutela que correspondan a medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para los cuales el afiliado del régimen contributivo no ha cumplido con los períodos de cotización necesarios para que la entidad administradora de planes de beneficios garantice su total prestación, y negados por el Comité Técnico Científico, será el porcentaje equivalente a las semanas faltantes para cumplir el total de las 26 semanas requeridas. Este porcentaje se aplicará al valor facturado por el proveedor.

Al valor resultante se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y éste total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

No habrá lugar al pago de medicamentos POS para servicios médicos y prestación de salud de los planes obligatorios de salud, por aspectos diferentes al contemplado en el presente literal, por encontrarse ya reconocidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la respectiva Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Artículo 27°. Mecanismos para efectuar el pago de las solicitudes de recobro. El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, efectuará el pago de las solicitudes de recobro ante el FOSYGA por concepto de medicamentos y fallos de tutela mediante cheque o abono en cuentas corrientes o de ahorro que le fueren informadas para tal efecto.

El proceso de recobro es independiente del proceso de compensación por parte de la EPS y demás EOC y en ningún caso podrán efectuarse cruce de cuentas.

Artículo 28°. Control, seguimiento y auditoria. El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud para las investigaciones a que hubiere lugar de acuerdo con sus competencias, cuando el volumen y valor de las solicitudes superen el promedio mensual histórico de recobros de la entidad, cuando se presenten recobros por prestaciones que correspondan al Plan de Beneficios sin que medie causa justificada para el recobro, o cuando el veinte por ciento (20%) del acumulado anual de las solicitudes sean objeto de rechazo o devolución.

El Ministerio de la Protección Social en la realización de los estudios de los Planes de Beneficios y de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación UPC, considerará los medicamentos o procedimientos recobrados, y trasladará a la Comisión Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos el listado de precios de los medicamentos recobrados para la adopción de las medidas propias de su competencia.

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

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

Artículo 29°. Utilización de formatos de las solicitudes de recobro. Los formatos de presentación de las solicitudes de recobro que se adoptan mediante la presente resolución y que forman parte integral de la misma, serán obligatorios para las solicitudes que se radiquen a partir del 1 de octubre de 2008.

Para la presentación de las solicitudes de recobro por concepto de medicamentos servicios o prestaciones de salud No Pos y de fallos de tutela ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, adóptense los formatos e instructivos correspondientes, así:

1. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R)
2. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato anexo 1)

Continuación de la resolución “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por el Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”

3. Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios o prestaciones de salud No Pos–CTC (Formato MYT-01)
4. Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02).
5. Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud No Pos y fallos de tutela con estado de aprobación condicionada (Formato MYT-03).
6. Formato objeción a la auditoria realizada (Formato MYT-04).

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

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

Artículo 30º. Vigencia. La presente Resolución rige a partir de su publicación y el artículo 29 a partir del 1 de octubre de 2008 y deroga la Resolución 2933 de 2006 y demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C., a los



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

**RESOLUCION NUMERO 1918 DE 2009
(JUNIO 5)**

Por la cual se modifican los artículos 11 y 17 de la Resolución 2346 de 2007 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

En uso de sus atribuciones legales, en especial de las que le confieren el artículo 348 del Código Sustantivo del Trabajo, el literal a) del artículo 83 de la Ley 09 de 1979, el numeral 12 del artículo 2 del Decreto 205 de 2003 y el artículo 56 del Decreto 1295 de 1994.

RESUELVE:

ARTICULO 1°. Modificar el artículo 11 de la Resolución 2346 de 2007, el cual quedará así:

"ARTICULO 11. CONTRATACIÓN Y COSTO DE LAS EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS VALORACIONES COMPLEMENTARIAS. El costo de las evaluaciones médicas ocupacionales y de las pruebas o valoraciones complementarias que se requieran, estará a cargo del empleador en su totalidad. En ningún caso pueden ser cobradas ni solicitadas al aspirante o al trabajador.

El empleador podrá contratar la realización de las evaluaciones médicas ocupacionales con prestadores de servicios de salud ocupacional, los cuales deben contar con médicos especialistas en medicina del trabajo o salud ocupacional con licencia vigente en salud ocupacional.

El empleador también puede contratar la realización de dichas valoraciones directamente con médicos especialistas en medicina del trabajo o salud ocupacional, con licencia vigente en salud ocupacional.

Los médicos especialistas en medicina del trabajo o salud ocupacional que formen parte de los servicios médicos de la empresa, podrán realizar las evaluaciones médicas ocupacionales de la población trabajadora a su cargo, siempre y cuando cuenten con licencia vigente en salud ocupacional.

PARÁGRAFO. En todo caso, es responsabilidad del empleador contratar y velar porque las evaluaciones médicas ocupacionales sean realizadas por médicos especialistas en medicina del trabajo o salud ocupacional con licencia vigente en salud ocupacional, so pena de incurrir en las sanciones establecidas en la presente resolución

ARTICULO 2°. Modificar el ARTICULO 17 de la Resolución 2346 de 2007. El cual quedará así:

RESOLUCION NUMERO 1918 DE 2009

Por la cual se modifican los **artículos** 11 y 17 de la Resolución 2346 de 2007 y se dictan otras disposiciones

"ARTICULO 17. CUSTODIA Y ENTREGA DE LAS EVALUACIONES MEDICAS OCUPACIONALES Y DE LAS HISTORIAS CLINICAS OCUPACIONALES. Para la custodia y entrega de las evaluaciones médicas ocupacionales y de las historias clínicas ocupacionales se aplicarán las siguientes reglas:

1. La custodia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.

Los médicos especialistas en medicina del trabajo o salud ocupacional que formen parte de los servicios médicos de la empresa, tendrán la guarda y custodia de la historia clínica ocupacional y son responsables de garantizar su confidencialidad, conforme lo establece el ARTICULO 16 de la Resolución 2346 de 2007 y las demás normas que lo modifiquen adicionen o sustituyan.

En ningún caso, los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador

2. Los responsables de la custodia podrán entregar copia de la historia clínica ocupacional foliada al trabajador, cuando éste lo solicite.
3. En caso de muerte del paciente, la copia de la historia clínica ocupacional será entregada únicamente al cónyuge, compañera (o) permanente, hijos y causahabientes, así como a aquellas personas autorizadas expresamente por la ley.
4. En el evento que los documentos de la historia clínica ocupacional se encuentren en diversas instituciones, la entidad o persona competente que requiera información contenida en ellos, podrá solicitar copia de los mismos a la entidad que los tiene a su cargo, previa autorización del paciente.
5. El responsable de la custodia debe dejar constancia del traslado de la copia de la historia clínica ocupacional entre entidades, mediante acta o registros de entrega y devolución, las cuales deberán ir firmadas por los funcionarios responsables de su custodia

PARÁGRAFO. El archivo, seguridad, producción, recepción, distribución, consulta, organización, recuperación, disposición, conversión a sistemas de información, tiempo de conservación y disposición final de la historia clínica ocupacional, se regirán por las normas legales vigentes para la historia clínica y los parámetros definidos por el Ministerio de la Protección Social.

ARTICULO 3º, SANCIONES, El incumplimiento a lo establecido en la Resolución 2346 de 2007 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, será sancionado en los términos previstos en los literales a) y e) del ARTICULO 91 del Decreto ley 1295 de 1994, previa investigación administrativa por parte de las Direcciones Territoriales del Ministerio de la Protección Social, conforme lo establece el ARTICULO 115 del Decreto Ley 2150 de 1995.

El incumplimiento de las disposiciones relativas a la prestación de los servicios de salud será sancionado por la autoridad competente, de conformidad con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

RESOLUCION NUMERO 1918 DE 2009

Por la cual se modifican los **artículos** 11 y 17 de la Resolución 2346 de 2007 y se dictan otras disposiciones

ARTICULO 4º, La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica los ARTICULOS 11 y 17 de la Resolución 2346 de 2007.

PUBLIQUESE y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 5 días del mes de Junio del año 2009.

(Original firmado por)

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0001822 DE 2012

(- 9 JUL 2012)

Por la cual se definen los términos, requisitos y formatos de que trata el artículo 3º del Decreto 1377 de 2012

EL VICEMINISTRO DE PROTECCION SOCIAL ENCARGADO DE LAS FUNCIONES DEL DESPACHO DE LA MINISTRA DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales y en especial, las conferidas por el artículo 6º del Decreto – ley 4107 de 2011, el artículo 3º del Decreto 1377 de 2012, el Decreto 1465 de 2012 y,

CONSIDERANDO

Que mediante Decreto 1377 de 2012 se reglamentó el parágrafo 1 del artículo 13 del Decreto – Ley 1281 de 2002, adicionado por el artículo 111 del Decreto – ley 19 de 2012, en el sentido de definir las condiciones a las que deberán sujetarse las entidades recobrantes, reclamantes y personas naturales para acogerse por una única vez al mecanismo de reconocimiento y pago dispuesto en dicho parágrafo.

Que al tenor del artículo 3º del Decreto 1377 de 2012 se dispuso que *“El Ministerio de Salud y Protección Social deberá definir los términos, requisitos y formatos que las entidades recobrantes, reclamantes y personas naturales deberán cumplir y diligenciar para la aplicación por una única vez del mecanismo dispuesto en el parágrafo 1 del artículo 13 del Decreto – ley 1281 de 2002, adicionado por el artículo 111 del Decreto – Ley 19 de 2012”*.

Que en cumplimiento de lo anterior, este Ministerio a través de la presente resolución define los términos, requisitos y formatos a que deberán supeditarse los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud a que alude el aparte anterior, para acogerse por una única vez al mecanismo de reconocimiento y pago consagrado en las normas ya citadas.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1º. Término para radicar las solicitudes de recobro. Las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar – EOC, que se acojan al mecanismo dispuesto en el parágrafo 1 del artículo 13 del Decreto - Ley 1281 de 2002, adicionado por el artículo 111 del Decreto - Ley 19 de 2012, deberán presentar las solicitudes de recobro dentro del periodo comprendido entre el 16 y el 30 de julio de 2012.

Parágrafo. En el evento de que el periodo consagrado en el presente artículo no sea suficiente para la radicación de tales solicitudes, este Ministerio podrá establecer periodos adicionales de radicación. En todo caso, para la fijación de dichos periodos se deberá tener en cuenta que las solicitudes habrán de radicarse máximo dentro del año siguiente a la entrada en vigencia del Decreto - Ley 019 de 2012.

[Firma manuscrita]

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los términos, requisitos y formatos de que trata el artículo 3° del Decreto 1377 de 2012"

Artículo 2°. Término para radicar las reclamaciones ECAT. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las personas naturales que se acojan al mecanismo dispuesto en el parágrafo 1 del artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2002, adicionado por el artículo 111 del Decreto -Ley 19 de 2012, deberán presentar las reclamaciones ECAT dentro del periodo comprendido entre el 16 y el 30 de julio de 2012.

Parágrafo. En el evento de que el periodo consagrado en el presente artículo no sea suficiente para la radicación de las citadas reclamaciones, este Ministerio podrá establecer periodos adicionales de radicación. En todo caso, para la fijación de dichos periodos se deberá tener en cuenta que las reclamaciones habrán de radicarse máximo dentro del año siguiente a la entrada en vigencia del Decreto - Ley 019 de 2012.

Artículo 3°. Término para estudiar la procedencia y pago de las solicitudes de recobro y reclamaciones ECAT. Este Ministerio o la entidad que se defina para el efecto, deberá adelantar el estudio de las solicitudes de recobro o reclamaciones ECAT con glosa única de extemporaneidad e informar a la entidad recobrante, reclamante o persona natural el resultado del mismo dentro de los dos (2) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual, se efectuará el pago de las solicitudes que cumplan los requisitos establecidos en el Decreto 1377 de 2012 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, en la presente resolución y los específicos que hayan estado vigentes a la fecha en que se consolidó el hecho generador de la obligación.

Parágrafo. Las entidades recobrantes deberán autorizar el giro directo del valor total que se apruebe mediante el nuevo proceso de auditoría integral a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas, para lo cual, a través de su representante legal, deberán remitir totalmente diligenciado el formato "relación de cuentas por pagar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Habilitadas", que hace parte integral de la presente resolución, en el que se relaciona el nombre y número de NIT del prestador de servicios de salud, así como el número de cuenta al que deberá realizarse dicho giro, que deberá corresponder con la cuenta que tenga registrada la IPS ante el Fosyga.

Artículo 4°. Requisitos generales para la radicación de solicitudes de recobro con glosa única de extemporaneidad. Las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Obligadas a Compensar – EOC, para la radicación de las solicitudes de recobro autorizadas por el Comité Técnico Científico u ordenadas en Fallos de Tutela, deberán diligenciar los formatos establecidos en los numerales 1 y 2 del artículo 8° de la presente resolución y adjuntar los siguientes los documentos:

1. Los documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos que hayan estado vigentes a la fecha en que se consolidó el hecho que generó la obligación.
2. Copia de la comunicación mediante la cual, el Administrador Fiduciario de los recursos del Fosyga informó sobre el rechazo del correspondiente recobro.

Parágrafo. La entidad recobrante deberá garantizar el adecuado embalaje y envío de los recobros, así como la calidad y nitidez de los documentos que los soporten.

Artículo 5°. Requisitos especiales para la radicación de solicitudes de recobro con glosa única de extemporaneidad, autorizados por Comité Técnico Científico. Las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Obligadas a Compensar – EOC, para la radicación de las solicitudes de recobro autorizadas por Comité Técnico Científico, deberán adjuntar los formatos que se relacionan a continuación y que fueron establecidos en la Resolución 3099 de 2008, así:

1. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R).

073

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los términos, requisitos y formatos de que trata el artículo 3° del Decreto 1377 de 2012"

2. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato anexo 1) y su respectivo medio magnético.
3. Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios o prestaciones de salud No POS-CTC (Formato MYT-01), conforme a los instructivos de cada formato, diligenciado para asignación de un nuevo número de radicación.
4. Físicos de los formatos MYT 01 según sea el caso, de las diferentes oportunidades en que se haya radicado el recobro y sus anexos.
5. El formato de que trata el numeral 3, del presente artículo deberá presentarse en medio magnético, conforme a las especificaciones establecidas en el anexo técnico de la Resolución 3099 de 2008, modificado por la Resolución 1089 de 2011, diligenciando los campos requeridos en la resolución que haya estado vigente al momento de la radicación inicial del recobro, así como el campo de número de recobro anterior, el cual debe corresponder al radicado que le fue impuesta la glosa única de extemporaneidad.

Artículo 6°. Requisitos para la radicación de solicitudes de recobro con glosa única de extemporaneidad ordenados por Fallos de Tutela. Las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Obligadas a Compensar – EOC, para la radicación de las solicitudes de recobro ordenadas por Fallos de Tutela, deberán adjuntar los formatos que se relacionan a continuación y que fueron establecidos en la Resolución 3099 de 2008, así:

1. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R).
2. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato anexo 1) y su respectivo medio magnético.
3. Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02), conforme a los instructivos de cada formato, diligenciado para asignación de un nuevo número de radicación.
4. Físicos de los formatos MYT 02 según sea el caso, de las diferentes oportunidades en que se haya radicado el recobro y sus respectivos anexos.
5. El formato de que trata el numeral 3 del presente artículo deberá presentarse en medio magnético, conforme a las especificaciones establecidas en el anexo técnico de la Resolución 3099 de 2008, modificado por la Resolución 1089 de 2011, diligenciando los campos requeridos en la resolución que haya estado vigente al momento de la radicación inicial del recobro, así como el campo de número de recobro anterior, el cual debe corresponder al radicado que le fue impuesta la glosa única de extemporaneidad.

Artículo 7°. Requisitos para la radicación de las reclamaciones ECAT con glosa única de extemporaneidad. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las personas naturales, deberán presentar para la radicación de las reclamaciones ECAT con glosa única de extemporaneidad, los formatos de que trata los numerales 3 y 4 del artículo 8° de la presente resolución, diligenciados acorde con la naturaleza de la persona reclamante, así como la documentación e información que se señala a continuación:

1. Formularios conforme a lo establecido en la Resolución 1915 de 2008, los soportes de las reclamaciones y el medio magnético correspondiente.
2. La presentación del medio magnético debe hacerse conforme a lo establecido en la Circular Externa 179761 de 2008, expedida por el entonces Ministerio de la Protección Social, registrando en todo caso el número de radicación anterior, asignando en el campo RG el número cero (0), y en el campo "Descripción del Otro Evento" el 02 en formato de texto.
3. Comunicación mediante la cual el Administrador Fiduciario de los recursos del Fosyga haya realizado la devolución de la reclamación.

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los términos, requisitos y formatos de que trata el artículo 3° del Decreto 1377 de 2012"

Artículo 8°. Adopción de los formatos para solicitudes de recobros y reclamaciones ECAT. Para efecto de las solicitudes de recobros y reclamaciones ECAT de que trata el artículo 2° del Decreto 1377 de 2012, adóptense las certificaciones y formatos establecidos en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución y que se señalan a continuación, así:

1. Formato de relación de cuentas por pagar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Habilitadas.
2. Certificación de condiciones para pago de recobros con única glosa de extemporaneidad.
3. Certificación de condiciones para pago de reclamaciones ECAT con única glosa de extemporaneidad.
4. Relación de reclamaciones ECAT, presentadas por personas jurídicas o por personas naturales según corresponda

Artículo 9°. Consecuencias de la no aprobación de las solicitudes de recobros y reclamaciones ECAT. Las solicitudes de recobro y reclamaciones ECAT radicadas en virtud de la medida a que refiere el artículo 2° del Decreto 1377 de 2012, que no sean aprobadas en la auditoría integral, no podrán ser presentadas nuevamente ante el Fosyga.

Artículo 10°. Devolución de documentos. Este Ministerio o la entidad que se establezca para el efecto, devolverá la documentación de los recobros y reclamaciones ECAT que no hayan sido objeto de aprobación, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al cierre de la auditoría integral realizada.

Artículo 11°. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a los - 9 JUL 2012



NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ
Viceministro de Protección Social Encargado de las Funciones del Despacho de la
Ministra de Salud y Protección Social



Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los términos, requisitos y formatos de que trata el artículo 3° del Decreto 1377 de 2012"

ANEXO TÉCNICO

FORMATO DE RELACIÓN DE CUENTAS POR PAGAR A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD HABILITADAS



Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia
Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social

Procedimiento

FORMATO DE RELACIÓN DE CUENTAS POR PAGAR A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD HABILITADAS

RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (1)

CODIGO EPS SNE (2)

NIT (3)

DIRECCIÓN DE RADICACIÓN (4)

CANTIDAD DE RECORROS RADICADOS (5)

VALOR APROBADO COMO RESULTADO DEL PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL

Cifras en pesos						
NIT INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (7)	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (8)	NATURALEZA JURÍDICA DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (9)	VALOR A SER GRABADO (10)	CUENTA AUTORIZADA (11)		
				TIPO DE CUENTA (11.1)		ENTIDAD FINANCIERA (11.2)
				CORRIENTE	AHORROS	
TOTAL						

Mediante el presente formato en mi calidad de representante legal autorizo el giro directo del valor total aprobado mediante el nuevo proceso de auditoría integral, a favor de las Instituciones Prestadoras de Salud habilitadas en los montos y cuentas relacionadas.

Representante Legal de la EPS (12)

C.C.

Handwritten signature and initials

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los términos, requisitos y formatos de que trata el artículo 3° del Decreto 1377 de 2012"

Certificación de condiciones para pago de recobros con única glosa de extemporaneidad

En mi calidad de representante legal de la Empresa Promotora de Salud ¹ identificada con el NIT ², manifiesto la voluntad de acogerme a lo previsto en el parágrafo 1° del artículo 111 del Decreto 19 de 2012, que establece: "Por una única vez, el FOSYGA reconocerá y pagará todos aquellos recobros y/o reclamaciones cuya glosa aplicada en el proceso de auditoría haya sido únicamente la de extemporaneidad..."; por lo cual solicito la nueva auditoría integral y el pago correspondiente a los resultados de dicha auditoría conforme a las solicitudes de recobros que radicó el día:

Igualmente, renuncio de manera expresa al cobro de intereses en cualquiera de sus modalidades y de otros gastos, independientemente de su denominación, respecto de los recobros relacionados con la radicación que realice en virtud de lo previsto en el parágrafo 1 del artículo 111 del Decreto – Ley 19 de 2012.

Del valor aprobado en el proceso de auditoría integral autorizo el descuento del costo del proceso de auditoría integral efectuado al total de los recobros objeto de la misma.

Adicionalmente certifico que las reclamaciones presentadas ante el Fosyga no han sido pagadas a nuestra entidad, que corresponden a recobros cuya glosa es únicamente la de extemporaneidad.

Igualmente certifico que los recobros radicados no hacen parte de procesos judiciales en curso o de procesos respecto de los cuales se haya proferido sentencia y ésta se encuentre debidamente ejecutoriada, sea o no favorable a la entidad recobrante, o que no hacen parte de conciliaciones ya aprobadas o que estén en curso.

Dado en _____ ³ a los ____ día (s) del mes de _____ de 20____.

Cordialmente,

Nombre y Firma del Representante Legal⁴
c.c.

¹ Razón social de la Empresa Promotora de Salud

² Número de identificación tributaria

³ Ciudad

⁴ Debe ser consistente con la información presentada para las solicitudes de recobro, en cumplimiento de lo estipulado en el literal a) del artículo 9 de la Resolución 3099 de 2008.

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los términos, requisitos y formatos de que trata el artículo 3° del Decreto 1377 de 2012"

Certificación de condiciones para pago de reclamaciones ECAT con única glosa de extemporaneidad

En mi calidad de representante legal de la Institución Prestadora de Servicios de Salud ⁵ identificada con el NIT ⁶, manifiesto la voluntad de acogerme a lo previsto en el parágrafo 1° del artículo 111 del Decreto - Ley 19 de 2012 que establece: "Por una única vez, el FOSYGA reconocerá y pagará todos aquellos recobros y/o reclamaciones cuya glosa aplicada en el proceso de auditoría haya sido únicamente la de extemporaneidad..."; por lo cual solicito la nueva auditoría integral y el pago correspondiente a los resultados de dicha auditoría, conforme a las reclamaciones que radicó el día:

Igualmente, renuncio de manera expresa al cobro de intereses en cualquiera de sus modalidades y de otros gastos, independientemente de su denominación, respecto de las reclamaciones relacionadas con la radicación que realice en virtud de lo previsto en el parágrafo 1 del artículo 111 del Decreto - Ley 19 de 2012.

Del valor aprobado en el proceso de auditoría integral autorizo el descuento del costo del proceso de auditoría integral efectuado al total de las reclamaciones objeto de la misma.

Adicionalmente certifico que las reclamaciones presentadas ante el Fosyga no han sido pagadas a nuestra entidad, que corresponden a reclamaciones cuya glosa es glosa única de extemporaneidad.

Igualmente certifico que las reclamaciones radicadas no hacen parte de procesos judiciales en curso o de procesos respecto de los cuales se haya proferido sentencia y ésta se encuentre debidamente ejecutoriada, sea o no favorable a la entidad reclamante o a la persona natural, o que no hacen parte de conciliaciones ya aprobadas o que estén en curso.

Dado en _____ ⁷ a los ____ día (s) del mes de _____ de 20____.

Cordialmente,

Nombre y Firma del Representante Legal⁸
c.c.

⁵ Razón social de la Institución Prestadora de Servicio en Salud

⁶ Número de identificación tributaria

⁷ Ciudad

⁸ Debe ser consistente con la información actualizada ante el FOSYGA.

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los términos, requisitos y formatos de que trata el artículo 3° del Decreto 1377 de 2012"

Relación de reclamaciones ECAT presentadas por personas jurídicas

CONSECUTIVO	NUMERO DE RADICADO	NUMERO DE FACTURA

Handwritten signature or initials.

Continuación de la Resolución "Por la cual se definen los términos, requisitos y formatos de que trata el artículo 3° del Decreto 1377 de 2012"

Relación de reclamaciones Ecat presentadas por personas naturales

CONSECUTIVO	No. DE RADICADO	NOMBRE DE LA VICTIMA	TIPO DE DOCUMENTO	NO. DE IDENTIFICACIÓN

ce
107

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL****RESOLUCION NÚMERO 4251 DE 2012****(13 DIC 2012)**

Por la cual se modifica el artículo 4º de la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por el artículo 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011, el artículo 122 del Decreto - Ley 19 de 2012 y el artículo 5 del Decreto 1865 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 122 del Decreto Ley 19 de 2012, facultó al Ministerio de Salud y Protección Social para establecer los lineamientos o procedimientos orientados a la solución de divergencias recurrentes por las glosas aplicadas en la auditoría efectuada a los recobros radicados ante el FOSYGA, para efectos de acogerse al saneamiento de cuentas por recobros y dispuso en su inciso segundo que cuando la glosa se origine en la inclusión en el POS de las tecnologías en salud recobradas al FOSYGA, se aplicará el concepto que para el efecto expida la Comisión de Regulación en Salud, CRES, quien será la competente para determinar en forma definitiva si se encuentran o no incluidas, tanto para lo contenido en las normas expedidas por esa Comisión como para lo previsto en normas anteriores, y que emitido el concepto de la CRES y efectuada la auditoría integral, en caso de ser favorables, se procederá al trámite de pago.

Que la misma norma en su inciso tercero, autorizó el trámite de pago por una sola vez, dentro del año siguiente a su entrada en vigencia, siempre y cuando no hubiera transcurrido el plazo de caducidad establecido en el Código Contencioso Administrativo para la acción de reparación directa, de aquellos recobros que a esa fecha habían surtido la auditoría integral y cuya glosa se aplicó por considerar que la tecnología se encontraba incluida en el POS.

Que el Decreto 2560 de 2012 dispuso en el artículo 1 la supresión de la Comisión de Regulación en Salud –CRES y en el artículo 26, la asunción por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de las funciones que por disposición legal se hayan asignado a esa entidad.

Que para efectos de hacer viable el saneamiento de cuentas por recobros, de que trata el inciso tercero del artículo 122 del Decreto Ley 19 de 2012, se hace necesario adicionar la Resolución 2977 de 2012, para adoptar el concepto sobre tecnologías cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud y establecer el criterio que deben tener en cuenta los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para efectos de acogerse a dicho mecanismo.

Que en mérito de lo expuesto,

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica el artículo 4º de la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el artículo 4 de la Resolución 2977 de 2012, el cual quedará así:

"Artículo 4º. Recobros glosados por considerar que la tecnología se encontraba incluida en el POS. Teniendo en cuenta que el inciso 3º del artículo 122 del Decreto-ley 19 de 2012, dispuso la aplicación por una única vez del trámite de las divergencias recurrentes a los recobros que a su entrada en vigencia, hayan sido glosados por considerar que la tecnología se encontraba incluida en el POS, estos se podrán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o la entidad que se defina para el efecto, en los periodos de radicación que establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, para realizar un nuevo proceso de auditoría integral, cuyo costo será sufragado por la entidad recobrante.

Para efectos de la aplicación del presente artículo adóptese el concepto sobre tecnologías cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud, contenido en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución, el cual deberá ser aplicado por la firma responsable de la auditoría integral, para aclarar la glosa de aquellos recobros respecto de los cuales a la fecha de entrada en vigencia del Decreto Ley 19 de 2012, ya se hubiere surtido auditoría integral y se les hubiere glosado por considerar que la tecnología se encontraba incluida en el POS, siempre y cuando no hubiera transcurrido el término de caducidad para la acción de reparación directa establecido en el Artículo 164 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo."

Artículo 2. El Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, reconocerá y pagará en virtud del saneamiento de cuentas definido en el Artículo 122 del Decreto 019 de 2012, las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos, materiales, equipos y dispositivos biomédicos que no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud definido para las fechas de prestación del servicio, siempre y cuando correspondan a servicios de salud y excepcionalmente, aquellos que no son de salud, pero que se requieren para garantizar la efectividad de acceso a dichas atenciones.

Artículo 3. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C a los 13 DIC 2012


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica el artículo 4º de la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

ANEXO TÉCNICO

CONCEPTO SOBRE TECNOLOGÍAS CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, PARA EFECTOS DEL SANEAMIENTO DE CUENTAS POR RECOBROS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 122 DEL DECRETO LEY 19 DE 2012

De acuerdo con los recobros presentados ante el Fosyga, por medicamentos, procedimientos e insumos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, que han sido objeto de glosa en el proceso de auditoría integral, indicando que los mismos, corresponden a coberturas del Plan Obligatorio de Salud vigente para la fecha de prestación del servicio, se emite el presente concepto, el cual contiene el alcance previsto del principio de integralidad y las precisiones relacionadas con las coberturas de medicamentos, insumos y procedimientos, de conformidad con la casuística encontrada en la mencionada glosa.

A. Principio de Integralidad

Desde la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante el Artículo 153 de la Ley 100 de 1993, se estableció como uno de los principios del servicio público la calidad, descrita como: *"El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las Instituciones Prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia"* (subrayado fuera del texto original), por lo tanto la integralidad de un servicio de salud, se encuentra prevista en el marco de la calidad en la atención, desde ese momento.

El artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 estableció la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, en la organización del aseguramiento: *"Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud."* (subrayado fuera del texto original)

Este principio es ratificado por la Ley 1438 de 2011 dentro de la calidad de los servicios, así: *"Los servicios de salud deberán atender las condiciones del pacientes de acuerdo con la evidencia científica provisto de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada."* (subrayado fuera del texto original)

El 5 de Agosto de 1994, el Ministerio de Salud mediante la Resolución 5261¹, fijó los criterios para determinar la calidad de la prestación de servicios, caracterizando la integralidad, de esta manera:

¹ Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica el artículo 4º de la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

"(...) ARTICULO 22. DEFINICIONES PARA DETERMINAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS. Para determinar la calidad en la prestación de los servicios, se establecen las siguientes definiciones:

- a. Calidad de la atención es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son: oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costoefectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios.(...)" (subrayado fuera del texto original)*

Posteriormente, la Comisión de Regulación en Salud – CRES mediante el Artículo 9 del Acuerdo 008 de 2009², precisó de manera explícita la integralidad como un principio general para la definición, actualización, modificación y provisión del POS, de la siguiente manera:

"(...) Principio y enfoque de integralidad de los Planes Obligatorios de Salud. Principio mediante el cual los medicamentos esenciales, suministros y tecnología en salud, en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes ámbitos de atención, necesarios para ejecutar una actividad, procedimiento o intervención de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad, descritos o incluidos en el presente acuerdo, hacen parte y en consecuencia constituyen la integralidad del POS o del POS-S según el caso. (...)" (subrayado fuera del texto original)

De igual forma, el mencionado principio ha sido reiterado por la CRES, en la promulgación del Acuerdo 029 de 2011³, cuyo Artículo 5 prevé:

"(...) Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, incluye lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante. (...)" (subrayado fuera del texto original)

El Plan Obligatorio de Salud está conformado por tecnologías en salud explícitas a través de listados, e implícitas en cumplimiento del principio de integralidad como componente de la calidad. En este sentido, el alcance previsto en el principio de integralidad de forma general, en lo relacionado con las coberturas del Plan Obligatorio de Salud, hace referencia a:

1. **Cobertura en salud explícita.** El Plan Obligatorio de Salud, obedeciendo a los mandatos de la Ley 100 de 1993, siempre ha estado conformado por un

² Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado

³ Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica el artículo 4º de la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

esquema de racionamiento explícito ⁴, mediante listados y descripciones de tecnologías en salud:

- Actividades
- Intervenciones
- Procedimientos
- Servicios en los ámbitos de urgencia, ambulatorio, hospitalario y domiciliario
- Medicamentos que incluyen medios de contraste.

Por tanto son cobertura del Plan Obligatorio de Salud en el esquema de racionamiento explícito, únicamente aquellas tecnologías en salud que estén descritas en los listados vigentes para la fecha de prestación del servicio.

2. Cobertura en salud implícita. El Plan Obligatorio de Salud también cubre otras tecnologías en salud no listadas:

- Tecnologías duras tales como: insumos, dispositivos, equipos e instrumentales
- Tecnologías blandas como: programas, guías, sistemas de soportes y software

En consecuencia, están incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud las tecnologías en salud duras y blandas, cuando son necesarias e insustituibles para cumplir con calidad la finalidad de una tecnología en salud listada explícitamente en el plan.

3. Consideración general. La prestación debe ser garantizada por las EPS en forma completa y oportuna, en cuanto a que la garantía de acceso efectivo al servicio implica la disposición de todos los recursos necesarios de conformidad con las normas de habilitación vigentes, pues no existe una disposición legal en el SGSSS que señale, o admita, la cobertura parcial o limitada de recursos necesarios para la realización de los contenidos del POS. Teniendo en cuenta lo anterior, los contenidos implícitos y explícitos se cubren independientemente de su costo, marca, forma de producción, tipo de material, composición del mismo, u origen (nacional o importado).

B. Medicamentos

En cuanto a la cobertura de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud se realizan las siguientes precisiones:

1. Definición de cobertura. La cobertura de un medicamento incluido en el POS está determinada por las siguientes tres condiciones: principio activo, concentración y forma farmacéutica. Esto aplica para el Acuerdo 228 y los Acuerdos del CNSSS que lo adicionaban, complementaban, modificaban⁵ o sustituían y el Acuerdo 008 de la CRES.

⁴ "La tecnología sanitaria son los medicamentos, instrumentos y los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención" Office of Technology Assessment (OTA) de EUA. O puede ser : «aplicación de conocimientos y competencias organizados en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema de salud y mejorar la calidad de vida» OMS, EB121/11.

⁵ Acuerdos del CNSSS No 226, 254, 282, 289, 302, 313, 336 y 350.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica el artículo 4º de la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

2. **Indicaciones autorizadas.** Las indicaciones autorizadas por el INVIMA para cada uno de los medicamentos son las únicas cubiertas en el POS, para cualquier caso o patología, excepto para aquellos casos en que el listado normativo describa especificaciones expresas que limiten la cobertura.
3. **Combinaciones de principios activos.** La combinación de dos o más principios activos está cubierta por el POS si dicha combinación está descrita de la misma manera en el listado normativo. Las demás combinaciones no están cubiertas en el POS, aún si estuvieren los principios activos descritos por separado e independientemente de lo descrito para las otras variables o condiciones, forma y concentración farmacéutica.
4. **Producción.** Los medicamentos cuyo principio activo (o combinaciones especificadas), concentración y forma farmacéutica se encuentran descritos en el Plan Obligatorio de Salud están cubiertos independientemente de la forma y mecanismo de producción (extracción, síntesis química o por recombinación genética, entre otras).
5. **Biodisponibilidad.** Las formas farmacéuticas cuya disponibilidad biológica es diferente a las de liberación convencional, como los sistemas de liberación osmótica oral, deben estar descritas en el listado normativo en el campo correspondiente a la "forma farmacéutica" para considerar que el medicamento está cubierto por el Plan Obligatorio de Salud; de lo contrario no se consideran cobertura del mismo. Las demás formas farmacéuticas sólidas orales se consideran contenidas dentro del POS.
6. **Fórmula química.** Si la descripción del principio activo no especifica una fórmula química particular (sal o éster), están cubiertas todas en el Plan Obligatorio de Salud, se exceptúan aquellos casos en que se describa una fórmula química particular del principio activo.
7. **Aplicación y uso.** Los medicamentos cuyo principio activo, concentración y forma farmacéutica se encuentran descritos en el Plan Obligatorio de Salud y requieren para su aplicación un dispositivo específico (kit, estuche, jeringa pre-llenada, cartucho, entre otros) también se consideran cobertura del POS.
8. **Registro sanitario.** La clasificación en el Invima de un producto como medicamento, suplemento o complemento nutricional, o cosmético no establece la cobertura dentro del Plan Obligatorio de Salud. Si alguno de los anteriores cambió de clasificación en el Invima para efectos del registro, tal reclasificación no afecta la cobertura pues la misma se establece a partir de su mención explícita.
9. **Almacenamiento y dispensación.** Las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, disponibilidad o aplicación técnicamente necesarias como balas o recargas, entre otras, no determinan ni limitan coberturas del POS. Por ejemplo, en el caso del oxígeno medicinal su acceso efectivo debe ser garantizado independientemente de su almacenamiento y dispensación, al igual que jeringas, cánulas, balas para almacenamiento, entre otros.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica el artículo 4º de la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

10. **Fórmulas magistrales.** Las formulaciones magistrales preparadas a partir de principios activos incluidos en el POS se consideran cubiertas.

11. **Alimentos.** Las coberturas señaladas de alimentos en el POS son las siguientes:

- **Alimentación enteral.** En relación con la presentación y contenido de la nutrición enteral se entenderá como POS aquellas cuya composición se refiera exclusivamente a aminoácidos esenciales con o sin electrolitos.
- **Alimentación parenteral.** En el caso de las soluciones parenterales solo se consideran coberturas aquellas cuya composición corresponda a: a) micronutrientes inorgánicos esenciales - elementos traza, b) micronutrientes orgánicos esenciales - multivitamínicos, ó c) ácidos grasos.
- **Fórmulas lácteas.** La fórmula láctea está cubierta exclusivamente para los menores de 6 meses hijos de mujeres VIH positiva según posología del médico tratante.

12. **Cobertura en el Régimen Subsidiado.** En el régimen subsidiado antes de la unificación, la cobertura del POSS incluía lo expuesto anteriormente y adicionalmente las variables de edad, patología, procedimiento y nivel de complejidad.

C. Insumos

Las coberturas de los dispositivos, equipos, instrumentales e insumos, no mencionados explícitamente en las normas, están determinadas o supeditadas a las coberturas listadas (actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos y servicios hospitalarios), en tanto sean conexas de manera ineludible con su uso o aplicación. En consonancia con el principio de calidad del SGSSS, particularmente de su componente de integralidad o integridad del servicio⁶, y en concordancia con las recomendaciones médicas en cada caso.

Por lo anterior, si un procedimiento médico, quirúrgico o no quirúrgico, estaba descrito en las normas que definían los beneficios que configuran el referido plan, las EPS no podían negarse a cubrir los recursos materiales o tecnológicos ni de otro tipo, en tanto éstos sean insustituibles y esenciales para tal procedimiento, cualquiera que sea su tipo, marca o costo, con mayor razón si la descripción del procedimiento contiene la mención explícita de ese recurso material o dispositivo con nombre específico o genérico. Si la norma precisa o describe un tipo particular de dispositivo o equipo, éste es la cobertura precisa, por defecto se excluye otro tipo del mismo dispositivo no mencionado.

Si debido a los avances o desarrollos tecnológicos y a la variación en la práctica médica, así como a los ciclos o fenómenos económicos o de mercado, en un momento dado los insumos, equipos, dispositivos o instrumentales sanitarios son más costosos o encarecen los servicios y bienes que componen el POS, tal situación no debía ser soslayada por parte de las EPS por ser ese aspecto precisamente parte de los riesgos financieros que estas entidades como aseguradores se comprometen a asumir y a enfrentar cuando solicitan la autorización para funcionar en el SGSSS y aceptan las afiliaciones de los usuarios

⁶ Artículo 22, Res. 5261 de 1994

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica el artículo 4º de la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

conforme el esquema y principios establecidos en la Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007 y Decreto 1485 de 1994.

A continuación se relacionan algunos insumos y dispositivos que son objeto de la glosa no POS en comento:

1. **Audífonos.** Están cubiertos en razón a que la Resolución 5261 de 1994 establece como prestación del POS la "adaptación de audífono" con código 27108 en el artículo 82, la cual debía entonces ser reconocida o cubierta en forma integral por las EPS, es decir, incluyendo el dispositivo y las acciones (actividades, procedimientos e intervenciones) involucrados en dicha atención.
2. **Radiofármacos.** Estas sustancias son cobertura del POS cuando son necesarias para la realización de algún procedimiento explícito de medicina nuclear, en el listado vigente a la fecha de prestación.
3. **Soluciones.** Algunas soluciones de uso médico a pesar de no estar en el listado de medicamentos, por considerarse insumos insustituibles para la realización de algún procedimiento explícito, se entienden cubiertas de manera implícita, como por ejemplo:

SOLUCIÓN	PROCEDIMIENTO
Cardiopléjica	Que requiera perfusión intracardiaca
Conservantes de órganos	Trasplantes
Visco elásticas	Oftálmicos
Líquido embólico	Embolizaciones

4. **Pañales y otros elementos de aseo personal.** En las normas no existe mención de un procedimiento médico o quirúrgico en que fueran necesarios de manera ineludible; tampoco son necesarios para actividades, procedimientos e intervenciones en salud descritas en los listados. Por tanto no son cobertura del POS.
5. **Prótesis mamarias.** No existe un procedimiento cubierto (es decir descrito en el listado de actividades, procedimientos e intervenciones) en el POS que requiera de las mismas, incluso así fueran implantadas como parte del procedimiento reconstructivo en pacientes sometidas a mastectomía por cáncer. En consecuencia las prótesis mamarias no son cobertura del POS.
6. **Elementos para cuidados de las enterostomías.** El suministro para pacientes ambulatorios de elementos tipo "bolsa para colostomía" y "barreras protectoras" o elementos semejantes necesarios para cuidados de enterostomías, no hacían parte del POS en el período anterior al 2012, pues tal servicio (Cuidados de enterostomías o semejante) no estaba mencionado en ninguna de las normas. Solo se consideraban cubiertos los usados en el momento quirúrgico durante la realización de los procedimientos de colostomías mencionados en la Resolución 5261 de 1994 para el Régimen Contributivo y en algunos casos del Régimen Subsidiado como procedimientos quirúrgicos relacionados con el cáncer. Sin embargo, en ninguno de estos regímenes las normas mencionan la cobertura de servicios e insumos necesarios para recambios o sustituciones de estos elementos en los pacientes ambulatorios con colostomía. Por tanto no son cobertura del POS en este ámbito.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica el artículo 4º de la Resolución 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones"

7. **Elementos para la atención domiciliaria.** La atención domiciliaria como alternativa de la atención ambulatoria u hospitalaria institucional, debe garantizarse cumpliendo las normas de habilitación vigentes y lo recomendado por el médico tratante. Es decir, la recomendación de una atención domiciliaria no exime a las EPS de gasto alguno sino que las obliga a garantizar un servicio alternativo a la atención ambulatoria y hospitalaria convencional, pero entendiéndose que si ello implica la necesidad de enseres como camas especiales, o adecuaciones del domicilio como barandas o rampas, se considera cobertura del POS.
8. **Glucometría.** El suministro de glucómetro y los elementos necesarios para su realización no eran cobertura del POS hasta la vigencia del Acuerdo 008 de 2009.
9. **CPAP y BPAP.** Los ventiladores estaban cubiertos en el POS para uso hospitalario hasta antes de la vigencia del Acuerdo 008 de 2009. El suministro de dichos ventiladores para el ámbito domiciliario o ambulatorio no eran cobertura del POS antes del mencionado acuerdo.
10. **Banco de sangre.** La cobertura del procedimiento de banco de sangre incluye todos los insumos, equipos e instrumentales necesarios para su efectiva prestación.
11. **Stent.** Es cobertura del POS el stent convencional o no medicado o no recubierto, teniendo en cuenta que este es el tipo mencionado en su inclusión al POS.
12. **Materiales.** El POS incluye todo el material necesario para realizar todas las actividades, intervenciones, procedimientos, servicios o aplicación de medicamentos listados. Esto incluye material de curación, cuidado de heridas, asepsia y antisepsia, retiro de sutura, entre otras.
13. **Marcapasos, cardiodesfibrilador y neuroestimulador.** Estos dispositivos de implantación son cobertura del POS siempre que el procedimiento así lo describa.

D. Procedimientos

1. **Terapia ABA.** Es un programa para pacientes con diagnóstico de autismo, el cual contiene intervenciones, actividades y procedimientos de salud y educación. En consecuencia, el POS cubre la parte del programa correspondiente a salud. Lo relacionado con el sector de educación no se cubre.
2. **Variación de la nomenclatura.** Los casos de variación de la nomenclatura de las intervenciones, actividades y procedimientos no cambia la cobertura establecida en el POS.
3. **Nomenclatura SOD.** En los casos en que se registre nomenclatura SOD que significa SIN OTRA DESAGREGACIÓN, debe entenderse que cualquier prestación descrita con dicho término abarca toda variación desde el punto de vista técnico, por lo tanto no modifica las coberturas del POS.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

005521

RESOLUCIÓN NÚMERO DE

(
27 DIC. 2013

Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, los numerales 32 y 33 del artículo 2º del Decreto 4107 de 2011, modificado por el artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, y el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que por lo establecido en los numerales 32 y 33 del artículo 2º del Decreto 4107 de 2011, modificado por el artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social es la entidad competente para definir y modificar el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Que el artículo 25º de la Ley 1438 de 2011 estableció que *"El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios. (...)".*

Que en armonía con el párrafo 2º del artículo 162 de la Ley 100 de 1993, la Corte Constitucional en la Sentencia T- 760 de 2008 indicó que la actualización integral del POS supone su revisión sistemática conforme a (i) los cambios en la estructura demográfica, (ii) el perfil epidemiológico nacional, (iii) la tecnología apropiada disponible en el país y (iv) las condiciones financieras del sistema.

Que el ordinal décimo séptimo de la parte resolutive de la mencionada Sentencia T-760 de 2008, impone a la entidad competente para realizar la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, el deber de garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud.

Que en virtud de lo dispuesto en el artículo 25º de la Ley 1438 de 2011, ya citado, la metodología utilizada para la definición y actualización del Plan de Obligatorio de Salud, fue publicada el 27 de julio de 2013.

Que la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, tuvo en cuenta la evaluación de tecnologías en salud realizada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y consideró las tecnologías evaluadas en forma grupal de conformidad con la mencionada evaluación.

Que acatando el mandato de la Corte Constitucional, contenido en la sentencia ya citada y en el marco de lo dispuesto en los artículos 1, 2, 49 y 78 de la Constitución Política; los artículos 3, 17 y 32 de la Ley 489 de 1998; los artículos 2 y 153, de la Ley 100 de 1993; el numeral 8 del artículo 8 de la Ley 1437 de 2011 y el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud contenido en la presente resolución, agotó el mecanismo de participación ciudadana, como quiera que el Ministerio de Salud y Protección Social abrió espacios de discusión y análisis a nivel nacional, presenciales y virtuales con la comunidad médica y científica, las asociaciones de usuarios y pacientes, Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), veedurías ciudadanas, las cuales participaron como asociaciones legalmente constituidas y con la comunidad en general, cuya participación se surtió en forma individual.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

Que dicha estrategia de participación ciudadana se ajusta a los mandatos legales y lineamientos jurisprudenciales de ejecución de la política de participación ciudadana, la cual, en el marco de este proceso se concibe como un derecho - deber de carácter dinámico, democrático, pluralista, encaminado a garantizar la intervención directa y efectiva de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, considerados en forma individual, colectiva y de la comunidad médica, para la expresión de sus preferencias, opiniones, recomendaciones frente a la actualización integral del POS.

Que la garantía de la participación ciudadana directa y efectiva durante 2013, comprendió 4 estrategias a saber: I) consulta virtual dirigida a la ciudadanía en general; II) encuentros regionales de manera directa con las Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Veedurías Ciudadanas, COPACOS y la comunidad médica; III) consensos, encuestas y consultas a expertos de diferentes especialidades médicas y; IV) divulgación del proyecto de acto regulatorio el cual se publicó en el sitio WEB institucional www.minsalud.gov.co, durante el término comprendido entre el 17 y el 24 de diciembre de 2013.

Que como resultado de los procesos de participación y consulta del proyecto de acto administrativo regulatorio, se recibieron aportes que sirvieron de insumo para la actualización integral del POS en los términos contenidos en la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional.

Que en sesión de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, del 20 de diciembre de 2013, se recomendó al Ministerio de Salud y Protección Social adoptar la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud, contenido en la presente resolución, actualización que se ajusta a la metodología recomendada por la misma Comisión en sesión de 23 de mayo de 2013.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN. El presente acto administrativo tiene como objeto la definición, aclaración y actualización integral del Plan Obligatorio de Salud -POS-, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, que deberá ser garantizado por las Entidades Promotoras de Salud a sus afiliados en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

ARTÍCULO 2. ESTRUCTURA Y NATURALEZA DEL POS. El Plan Obligatorio de Salud es el conjunto de tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, que determina a qué tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-. Se constituye en un instrumento para que las Entidades Promotoras de Salud -EPS- garanticen el acceso a las tecnologías en salud en las condiciones previstas en este acto administrativo.

El POS se articula con otros Planes de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS-; así como con los programas, planes y acciones de otros sectores, que deben garantizar los demás aspectos que inciden en la salud y el bienestar.

ARTÍCULO 3. PRINCIPIOS GENERALES PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. Los principios generales para la aplicación del POS son:

1. **Integralidad.** Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, debe incluir lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

2. **Territorialidad.** Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud está cubierta para ser realizada dentro del territorio nacional.
3. **Complementariedad.** Las acciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud deben proveerse de manera articulada con las acciones individuales o colectivas de otros Planes de Beneficios o programas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sectores distintos al de salud.
4. **Transparencia.** Los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que participan en la aplicación, seguimiento y evaluación del Plan Obligatorio de Salud, deben actuar de manera proba e íntegra, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente de acuerdo con la normatividad vigente y dando a conocer a los usuarios los contenidos del Plan Obligatorio de Salud, conforme a lo previsto en el presente acto administrativo.
5. **Competencia.** Para la aplicación del POS, el profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita un afiliado al SGSSS en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la evidencia científica.
6. **Corresponsabilidad.** El usuario debe ser responsable de seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional tratante y demás miembros del equipo de salud, incluyendo el autocuidado de su salud, para coadyuvar en los beneficios obtenidos del Plan Obligatorio de Salud. De cualquier manera, la inobservancia de las recomendaciones del tratamiento prescrito no será condicionante del acceso posterior a los servicios.
7. **Calidad.** La provisión de las tecnologías en salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad de conformidad con la normatividad vigente. Sus características son: oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, integralidad e integridad, pertinencia, costo-efectividad, respeto por la dignidad humana y el derecho a la intimidad, información, transparencia, consentimiento y satisfacción de los usuarios.

PARÁGRAFO. Los principios enunciados en el presente artículo se entienden como complementarios a los definidos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los del Sistema Integral de Seguridad Social –SISS–, y a los contenidos en la Constitución Política y la ley.

ARTÍCULO 4. REFERENTES DE INCLUSIÓN. Las tecnologías en salud que se incluyen en el POS, requieren de un proceso de evaluación de tecnologías –ETES– o de estudio y de la toma de decisión por parte de la autoridad competente. Por lo tanto, la mención de tecnologías en Guías de Práctica Clínica –GPC–, Guías de Atención Integral –GAI–, Normas Técnicas y protocolos no implica cobertura en el POS hasta tanto se surta el respectivo proceso de evaluación y su inclusión realizada por la autoridad competente.

ARTÍCULO 5. ANEXOS. El presente acto administrativo contiene tres anexos que hacen parte integral del mismo, cuya aplicación es de carácter obligatorio, así: Anexo 1 "Listado de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud"; Anexo 02 "Listado de Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud", el cual se encuentra descrito en las categorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS–; Anexo 03 "Listado de Laboratorio Clínico del Plan Obligatorio de Salud", expresado en términos de Subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS–.

ARTÍCULO 6. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DE LOS PROCEDIMIENTOS. El Plan Obligatorio de Salud se describe en las Categorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS–, según corresponda, y se consideran cubiertas todas las subcategorías (procedimientos) que conforman cada una de las categorías descritas en el

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

presente acto administrativo (Anexo 02), salvo aquellas en las cuales se presenten notas aclaratorias de cobertura de la categoría. Lo anterior no restringe o limita que la información se solicite con un mayor detalle según lo determinen las autoridades competentes.

PARÁGRAFO. La cobertura de procedimientos de laboratorio clínico en el Plan Obligatorio de Salud se describe en las subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-. Las subcategorías cubiertas son las que están indicadas en la lista del Anexo 03 del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 7. TERMINOLOGÍA. Para efectos de facilitar la operación del presente acto administrativo y conforme a los lineamientos de la interoperabilidad semántica, se toman como referencia los siguientes estándares de terminología para identificar las tecnologías en salud, sin que los mismos se constituyan en coberturas o ampliación de las coberturas dentro del Plan Obligatorio de Salud, así:

1. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de acuerdo con lo dispuesto por la Resolución 1896 de 2001 y las demás normas que la modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.

Por consiguiente, para establecer coberturas en el Plan Obligatorio de Salud, los servicios descritos con otra nomenclatura como "programas", "clínicas" o "paquetes" y "conjuntos de atención", entre otros, deben ser discriminados de acuerdo con la codificación CUPS para compararlos con los contenidos de los Anexos 02 y 03 del presente acto administrativo, incluyendo los códigos temporales establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social según el párrafo de este artículo.

2. El Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química, ATC, de la Organización Mundial de la Salud para medicamentos.

3. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y sus respectivas modificaciones o actualizaciones.

PARÁGRAFO. Para los procedimientos no incluidos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, se mantendrá la siguiente codificación: La letra C seguida de 5 dígitos que corresponden al orden de este listado a partir del 00001 y organizadas alfabéticamente.

ARTÍCULO 8. GLOSARIO: Para efectos de facilitar la aplicación y dar claridad al presente acto administrativo, se toman como referencia las siguientes definiciones, sin que éstas se constituyan en coberturas o ampliación de las mismas dentro del Plan Obligatorio de Salud -POS-:

1. **Actividad de salud:** Conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos.

2. **Aparato ortopédico:** Es un dispositivo médico fabricado específicamente siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.

3. **Atención ambulatoria:** Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

4. Atención con internación: Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

5. Atención de urgencias: Modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

6. Atención domiciliaria: Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.

7. Atención inicial de urgencias: Modalidad de prestación de servicios de salud que implica acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica en un servicio de urgencias, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud y comprende:

- a. La estabilización de sus signos vitales que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no conlleva necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.
- b. La realización de un diagnóstico de impresión.
- c. La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.

8. Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento: Procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos.

9. Cirugía plástica reparadora o funcional: Procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.

10. Complicación: Alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.

11. Concentración: Cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).

12. Consulta médica: Es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad, general o especializada, según la complejidad.

13. Consulta odontológica: Valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis,

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, general o especializada.

14. Consulta psicológica: Es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: Anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo de ser necesario la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la determinación de un plan de tratamiento.

15. Dispositivo médico para uso humano: Cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:

- a. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
- b. Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
- c. Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
- d. Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
- e. Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
- f. Productos para desinfección o esterilización de dispositivos médicos.

16. Equipo biomédico: Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. No constituyen equipo biomédico aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un sólo uso.

17. Forma farmacéutica: Preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado, para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: Jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

18. Hospital Día: Modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural o institucional por un plazo inferior a doce (12) horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar.

19. Interconsulta: Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.

20. Intervención en salud: Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.

21. Margen terapéutico: Intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.

22. Material de curación: Dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.

23. Medicamento: Es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

24. Órtesis: Dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.

25. Paciente con enfermedad en fase terminal: Es la persona que presumiblemente fallecerá en un futuro cercano, como consecuencia de una enfermedad o lesión grave con diagnóstico cierto y sin posibilidad de tratamiento curativo. Tal circunstancia puede presentarse en pacientes de cualquier edad.

26. Principio activo: Cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.

27. Procedimiento: Acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.

28. Prótesis: Dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.

29. Psicoterapia: De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud – OMS-, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.

30. Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica; considera el nivel de resolución y se realiza con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

31. Tecnología en salud: Concepto que incluye todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

32. Telemedicina: Es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso a la población de los servicios de salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

PARÁGRAFO. Algunas de las definiciones contenidas en el glosario corresponden a las consagradas en otras normas vigentes que rigen para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

TÍTULO II

CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 9. GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo, a través de su red de prestadores de servicios de salud.

En caso de atención inicial de urgencias, las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizarla también por fuera de su red, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 25 de este acto administrativo.

ARTÍCULO 10. PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA. El acceso primario a los servicios del POS se hará en forma directa a través de urgencias o la consulta médica y odontológica no especializada. Los menores de 18 años o mujeres en estado de embarazo podrán acceder en forma directa a la consulta especializada pediátrica, obstétrica o por medicina familiar sin requerir remisión por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita.

ARTÍCULO 11. ADSCRIPCIÓN A UNA IPS. Toda persona después de la afiliación a una EPS deberá adscribirse según su elección, para la atención ambulatoria en alguna de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- de la red de prestadores conformada por la EPS, para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción de la enfermedad, prevención de riesgos y recuperación de la salud, sin perjuicio de lo dispuesto en las normas que regulan la Portabilidad Nacional. El afiliado podrá solicitar cambio de adscripción a la IPS cuando lo requiera y la Entidad Promotora de Salud deberá darle trámite y atender su solicitud dentro de su red de prestadores.

PARÁGRAFO En el momento de la adscripción las personas deberán suministrar la información necesaria sobre su estado de salud y los riesgos a que estén expuestos, con el objeto de que la IPS y la EPS puedan organizar programas y acciones que garanticen su mejor atención. Tales datos estarán sujetos a la confidencialidad establecida para la historia clínica y no podrán ser utilizados para selección de riesgo por parte de las EPS.

ARTÍCULO 12. ACCESO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD. El POS cubre la atención de todas las especialidades médico quirúrgicas aprobadas para su prestación en el país, incluida la medicina familiar.

Para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de esta resolución, conforme a la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en pretexto para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Si el caso amerita interconsulta al especialista, el usuario debe continuar siendo atendido por el profesional general, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta. Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados, puede acceder directamente a dicha consulta especializada sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano que cuente con él.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 13. TELEMEDICINA. Con el fin de facilitar el acceso oportuno a los beneficios definidos en el presente acto administrativo y de conformidad con las normas de calidad vigentes en el país, el POS incluye la modalidad de telemedicina cuando esta se encuentre disponible, permita la finalidad de la prestación del servicio o garantice mayor oportunidad, en caso de que la atención presencial esté limitada por barreras de acceso geográfico o baja disponibilidad de oferta.

ARTÍCULO 14. GARANTÍA DE SERVICIOS EN EL MUNICIPIO DE RESIDENCIA. Para permitir el acceso efectivo a los beneficios en salud incluidos en el POS, las EPS deberán procurar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a, por lo menos, los servicios señalados como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 del presente acto administrativo, así como a los procedimientos que pueden ser ejecutados en servicios de baja complejidad por personal no especializado, de acuerdo con la oferta disponible, las normas de calidad vigentes y las relacionadas con integración vertical.

TÍTULO III

COBERTURA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

ARTÍCULO 15. BENEFICIOS. Los beneficios en salud descritos en el presente acto administrativo, deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud con cargo a los recursos que reciben para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas.

CAPÍTULO I

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

ARTÍCULO 16. COBERTURA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Las EPS deberán identificar los riesgos en salud de su población de afiliados para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud -APS-, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las EPS podrán usar la información generada durante la adscripción a una IPS de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del presente acto administrativo, así como estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico cubiertas en el POS o encuestas específicas por tipo de riesgo y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales.

ARTÍCULO 17. PROMOCIÓN DE LA SALUD. En el Plan Obligatorio de Salud está cubierta toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles.

ARTÍCULO 18. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan Obligatorio de Salud cubre todas las actividades o tecnologías descritas en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género para tales efectos.

ARTÍCULO 19. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. El POS cubre las acciones y tecnologías para prevención de la enfermedad incluidas en el presente acto administrativo. Las EPS deben apoyar en la vigilancia a través de los indicadores de protección específica y detección temprana definidos con ese propósito.

ARTÍCULO 20. CONDÓN MASCULINO. El Plan Obligatorio de Salud cubre el condón masculino de látex para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-, VIH/SIDA y planificación familiar, de conformidad con las normas que reglamentan la materia.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 21. APLICACIÓN DE VACUNAS. El Plan Obligatorio de Salud cubre los procedimientos de aplicación de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones -PAI-, así como aquellos descritos en el presente acto administrativo para casos especiales. Es responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud garantizar el acceso y la administración de los biológicos del PAI, suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social y según las normas técnicas aplicables.

ARTÍCULO 22. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH/SIDA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la fórmula láctea para niños lactantes menores de seis (6) meses, hijos de mujeres VIH positivas, según el criterio del médico o nutricionista tratante.

CAPÍTULO II

RECUPERACIÓN DE LA SALUD

ARTÍCULO 23. ACCIONES PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud contempladas en el presente acto administrativo para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad.

ARTÍCULO 24. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud contenidas en el presente acto administrativo, necesarias para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, teniendo en cuenta el resultado del Sistema de Selección y Clasificación de Pacientes en Urgencias, "triage", según la normatividad vigente.

ARTÍCULO 25. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. La cobertura de atención inicial de urgencias es obligatoria y su pago está a cargo de la Entidad Promotora de Salud cuando se trata de sus afiliados, aunque no exista contrato o convenio con el prestador de servicios de salud. La prestación oportuna es responsabilidad de la IPS a la que el paciente demande el servicio; incluyendo la apropiada remisión, cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

PARÁGRAFO 1. La cobertura de la atención inicial de urgencias se garantizará en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesaria autorización previa de la EPS o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras.

PARÁGRAFO 2. La atención subsiguiente, que pueda ser diferida, postergada o programada, será cubierta por la Entidad Promotora de Salud en su red adscrita, conforme a lo establecido en el presente acto administrativo y a la definición y contenidos del Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 26. GARANTÍA DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS. Cuando la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS no pertenezca a la red de prestadores de la EPS, informará la atención inicial de urgencias de los afiliados dentro de las 24 horas siguientes al ingreso del paciente. Las EPS garantizarán la infraestructura necesaria para el reporte oportuno de las IPS. La EPS deberá instruir a la IPS conforme a lo definido en la normatividad vigente; en caso de no dar respuesta en ese término, la IPS podrá seguir atendiendo al paciente hasta finalizar el evento de urgencias con cargo a la EPS.

ARTÍCULO 27. ATENCIÓN AMBULATORIA. Las tecnologías en salud cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud según lo dispuesto en el presente acto administrativo, serán prestadas en la modalidad ambulatoria cuando el profesional tratante lo considere pertinente, de conformidad con las normas de calidad vigentes y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 28. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención en salud con internación en los servicios y unidades habilitadas para tal fin, según la normatividad vigente.

PARÁGRAFO 1. El Plan Obligatorio de Salud cubre a los afiliados la internación en habitación compartida, salvo que por criterio del profesional tratante esté indicado el aislamiento.

PARÁGRAFO 2. Para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al periodo de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante, salvo lo establecido en la cobertura de internación para salud mental.

PARÁGRAFO 3. El Plan Obligatorio de Salud cubre la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de quemados, de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante.

ARTÍCULO 29. ATENCIÓN DOMICILIARIA. La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Dicha cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud.

PARÁGRAFO. En sustitución de la hospitalización institucional, conforme a la recomendación médica, las EPS serán responsables de garantizar que las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención, sean las adecuadas según lo dispuesto en las normas vigentes. Por lo tanto, si esto implica la necesidad de enseres, camas especiales o adecuaciones del domicilio, su financiación será con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, si el costo es igual o menor a la atención con internación hospitalaria y de conformidad con lo establecido en el artículo 132 del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 30. ATENCIÓN INTEGRAL DEL PROCESO DE GESTACIÓN, PARTO Y PUERPERIO. En el Plan Obligatorio de Salud para la atención integral de la gestación, parto y puerperio se encuentran cubiertas todas las tecnologías descritas en el presente acto administrativo para las atenciones en salud ambulatorias y con internación, por la especialidad médica que sea necesaria.

ARTÍCULO 31. MEDICINA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS. Las EPS podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas y complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando éstas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTOS

ARTÍCULO 32. ANALGESIA, ANESTESIA y SEDACIÓN. El Plan Obligatorio de Salud cubre procedimientos de analgesia, anestesia y sedación, cuando se requieran para la realización de los procedimientos descritos en el presente acto administrativo, incluida la atención del parto.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 33. COMBINACIONES DE PROCEDIMIENTOS. El Plan Obligatorio de Salud cubre los procedimientos descritos en el presente acto administrativo cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellos.

PARÁGRAFO 1. El Plan Obligatorio de Salud cubre los medicamentos que se requieran para la realización de un procedimiento, siempre y cuando ambos estén descritos dentro del presente acto administrativo, y aunque dicha combinación no tenga un código específico dentro de la nomenclatura del POS. Si dentro de la combinación se requiere una tecnología no cubierta en el POS la EPS garantizará lo cubierto en el POS según lo definido en el presente acto administrativo.

PARÁGRAFO 2. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante internación total o parcial comprende además de los servicios básicos, la psicoterapia y atención médica especializada, así como las demás terapias y tecnologías incluidas en el POS, de acuerdo con la prescripción del profesional tratante. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en las coberturas para el ámbito ambulatorio.

ARTÍCULO 34. TRASPLANTES. Para la realización de los trasplantes cubiertos en el POS la cobertura incluye las tecnologías complementarias necesarias descritas en el presente acto administrativo y la prestación comprende:

1. Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células del donante identificado como efectivo.
2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.
3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Preparación del paciente y atención o control post trasplante.
6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante.
7. Los medicamentos serán cubiertos conforme a lo dispuesto en el presente título.

PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud no están obligadas a asumir el valor de los estudios realizados en donantes no efectivos.

ARTÍCULO 35. INJERTOS. El Plan Obligatorio de Salud cubre los injertos necesarios para los procedimientos descritos en el presente acto administrativo, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos. Se cubren también los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

ARTÍCULO 36. SUMINISTRO DE SANGRE TOTAL O DE PRODUCTOS HEMODERIVADOS. El Plan Obligatorio de Salud cubre los productos de banco de sangre listados en el presente acto administrativo y de conformidad con las normas que regulan la materia.

PARÁGRAFO. Cuando el usuario requiera cualquiera de las tecnologías en salud correspondientes al banco de sangre listadas en el presente acto administrativo, los prestadores de servicios de salud y las entidades promotoras de salud no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de productos hemoderivados, como contraprestación a una atención en salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 37. ATENCIÓN EN SALUD ORAL. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud oral como están descritas en el presente acto administrativo. Para el caso de operatoria dental, cubre las obturaciones definitivas que sean necesarias a criterio del odontólogo tratante.

PARÁGRAFO 1. Las obturaciones temporales que el profesional considere necesarias antes de las definitivas, son actividades que forman parte integral del procedimiento de operatoria dental.

PARÁGRAFO 2. Cuando se trate de procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general o sedación asistida, de acuerdo con el criterio del odontólogo tratante, esta se encuentra incluida en el Plan Obligatorio de Salud.

PARÁGRAFO 3. Para el caso de operatoria dental, el POS cubre los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.

ARTÍCULO 38. PRÓTESIS DENTALES. El Plan Obligatorio de Salud cubre las prótesis dentales mucosoportadas totales, de acuerdo con la indicación clínica determinada por el odontólogo tratante.

PARÁGRAFO. Para obtener la cobertura descrita en el presente artículo, los afiliados cotizantes al Régimen Contributivo deben tener un ingreso base de cotización igual o inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Esta cobertura se extiende a los beneficiarios debidamente registrados de estos cotizantes. En el Régimen Subsidiado están cubiertas para todos los afiliados.

ARTÍCULO 39. TRATAMIENTOS RECONSTRUCTIVOS. En el POS están cubiertos los tratamientos reconstructivos definidos en el Anexo 02 que hace parte integral de este acto administrativo, en tanto tengan una finalidad funcional de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

ARTÍCULO 40. REINTERVENCIONES. El Plan Obligatorio de Salud cubre la realización de una segunda intervención que esté relacionada con la primera, conforme a la prescripción del profesional tratante, sin trámites adicionales, en las siguientes condiciones:

- a. Que el procedimiento inicial o primario haga parte del Plan Obligatorio de Salud, y
- b. Que la segunda intervención esté incluida en el Plan Obligatorio de Salud.

CAPÍTULO IV

MEDICAMENTOS

ARTÍCULO 41. COBERTURA DE MEDICAMENTOS. La cobertura de un medicamento en el Plan Obligatorio de Salud está determinada por las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico en los casos en que se encuentre descrito en el listado de medicamentos del Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo. Para la cobertura deben coincidir todas estas condiciones según como se encuentren descritas en el listado.

Los medicamentos descritos en el Anexo 01 hacen parte del Plan Obligatorio de Salud y por lo tanto, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por la Entidad Promotora de Salud.

PARÁGRAFO 1. Los medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, están cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, cualquiera que sea el origen, la forma de fabricación o el mecanismo de producción del principio activo, salvo especificaciones descritas en el mismo anexo.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

PARÁGRAFO 2. En los casos en que la descripción del medicamento incluido en el listado del Plan Obligatorio de Salud, contenga una sal o un éster determinados, la cobertura es específica para dicha composición y no otras que existan en el mercado.

ARTÍCULO 42. DENOMINACIÓN. La prescripción se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos), autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, que cumplan las condiciones descritas en este acto administrativo.

PARÁGRAFO. En el caso de los medicamentos anticonvulsivantes, anticoagulantes orales y otros de estrecho margen terapéutico definidos de forma periódica por el INVIMA, no deberá cambiarse el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración con el monitoreo clínico y paracĺnico necesarios.

ARTÍCULO 43. INDICACIONES AUTORIZADAS. La cobertura en el Plan Obligatorio de Salud de los medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, es para las indicaciones autorizadas por el INVIMA, excepto para aquellos casos en que este anexo describa especificaciones expresas que limiten la cobertura.

ARTÍCULO 44. COMBINACIONES DE PRINCIPIOS ACTIVOS. Únicamente se consideran cubiertas por el POS las combinaciones de principios activos que se encuentren explícitamente descritas en el listado de medicamentos del Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo y que cumplan con los demás criterios como concentración, forma farmacéutica y uso (si es específico).

ARTÍCULO 45. PRESENTACIONES COMERCIALES Y EQUIVALENCIAS. La cobertura de los medicamentos del POS es independiente de la forma de comercialización, empaque, envase o presentación comercial del medicamento (jeringa prellenada, cartucho, entre otras) y no debe confundirse con la misma. En cuanto a concentraciones de jarabes, suspensiones y soluciones (orales, inyectables, entre otras), se consideran cubiertas las concentraciones descritas en el listado de medicamentos del POS y todas aquellas que sean equivalentes a la cantidad de principio activo por mínima unidad de medida (principio activo por cada mililitro), con las descritas en el precitado anexo.

En cuanto a formas farmacéuticas que se comercializan como polvos estériles para reconstituir una solución inyectable, se consideran cubiertos tanto el polvo estéril para reconstituir, como las presentaciones comerciales de solución inyectable ya reconstituida, siempre y cuando coincidan con las condiciones descritas en el artículo 41 del presente acto administrativo.

PARÁGRAFO. Para efectos de la cobertura de lo señalado en el Anexo 01 que hace parte integral del presente acto administrativo, en la forma farmacéutica "Tableta con o sin recubrimiento que no modifique la liberación del fármaco", entiéndase que incluye: tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta (con película), gragea y comprimido.

ARTÍCULO 46. REGISTRO SANITARIO. El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un producto no establece por sí mismo la cobertura dentro del Plan Obligatorio de Salud, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

ARTÍCULO 47. ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN. Las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro de medicamentos no determinan ni limitan las coberturas del POS.

PARÁGRAFO. El Plan Obligatorio de Salud incluye el suministro del oxígeno gas, independientemente de las formas de almacenamiento, producción, transporte, dispensación o aplicación, tales como balas, concentrador o recargas, entre otras.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 48. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS. Para el acceso efectivo a los medicamentos cubiertos en el POS, está incluida toda forma de administración de los mismos conforme con la prescripción del médico tratante.

PARÁGRAFO. El Plan Obligatorio de Salud cubre todo equipo o dispositivo médico para toda forma de administración, como infusión, parenteral o enteral, controlada o regulada, entre otras, de medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral del presente acto administrativo, por ejemplo, las bombas de insulina, jeringas prellenadas, cartuchos o plumas precargadas, de acuerdo con la prescripción médica, ejemplos que no son taxativos, sino enunciativos.

ARTÍCULO 49. FÓRMULAS MAGISTRALES. Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos incluidos en el Anexo 01 que hace parte integral del presente acto administrativo, se consideran cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 50. GARANTÍA DE CONTINUIDAD EN EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los medicamentos cubiertos en el POS de forma ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional tratante y las normas vigentes.

ARTÍCULO 51. MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ESPECIALES. Es responsabilidad de las EPS garantizar el acceso y la administración de los medicamentos de Programas Especiales descritos en el Anexo 01 que hace parte integral del presente acto administrativo y suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

ARTÍCULO 52. RADIOFÁRMACOS. Estos medicamentos se consideran cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud cuando son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear cubiertos en el POS y no requieren estar descritos explícitamente en el listado de medicamentos de dicho plan.

ARTÍCULO 53. MEDIOS DE CONTRASTE. La cobertura de medios de contraste corresponde a los descritos explícitamente en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo.

ARTÍCULO 54. MEDIOS DIAGNÓSTICOS. Los medicamentos y soluciones o sustancias diferentes a medios de contraste que se encuentren descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, también están cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, cuando son usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos incluidos en el citado plan.

ARTÍCULO 55. SOLUCIONES Y DILUYENTES. El Plan Obligatorio de Salud cubre las soluciones de uso médico, aunque no estén descritas en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, por considerarse insustituibles para la realización de algún procedimiento incluido en el POS, en los siguientes casos:

SOLUCIÓN	PROCEDIMIENTO
Cardiopléjica	<i>Perfusión intracardiaca</i>
Conservantes de órganos	<i>Perfusión y lavado de órganos en Trasplantes</i>
Viscoelástica	<i>Oftalmológicos</i>
Líquido embólico	<i>Embolizaciones</i>
Líquidos de gran volumen	<i>Procedimientos que requieren líquidos para el arrastre o lavado (Irrigación) de las diferentes cavidades y estructuras del organismo (vejiga, peritoneo, articulaciones, entre otras)</i>

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

Igualmente el POS cubre los diluyentes necesarios, sin importar el volumen, para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

ARTÍCULO 56. SERVICIOS FARMACÉUTICOS. Las EPS son responsables de garantizar que el manejo, conservación y dispensación de medicamentos cubiertos en el POS se realice en servicios debidamente habilitados o autorizados y vigilados por la autoridad competente para tal fin.

ARTÍCULO 57. SUSTANCIAS Y MEDICAMENTOS PARA NUTRICIÓN. Las coberturas de sustancias nutricionales en el Plan Obligatorio de Salud son las siguientes:

- a. Aminoácidos esenciales con o sin electrolitos utilizados para alimentación enteral.
- b. Medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, utilizados para los preparados de alimentación parenteral.
- c. La fórmula láctea está cubierta exclusivamente para las personas menores de 6 meses, hijos de mujeres VIH positivo según posología del médico tratante.

CAPÍTULO V

DISPOSITIVOS MÉDICOS

ARTÍCULO 58. DISPOSITIVOS MÉDICOS. En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación, y en general, los dispositivos médicos o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo.

ARTÍCULO 59. LENTES EXTERNOS. En el Plan Obligatorio de Salud se cubren los lentes correctores externos en vidrio o plástico en las siguientes condiciones:

1. En Régimen Contributivo: Se cubren una (1) vez cada año en las personas de doce (12) años o menos y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años y siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura, cuyo valor corre a cargo del usuario.

2. En Régimen Subsidiado:

- a. Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años, se cubren una vez al año, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.
- b. Para las personas mayores de 21 y menores de 60 años se cubren los lentes externos una vez cada cinco años por prescripción médica o por optometría para defectos que disminuyan la agudeza visual. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado a la montura, cuyo valor corre a cargo del usuario.

PARÁGRAFO. No se cubren materiales diferentes a los mencionados previamente, así como tampoco filtros o colores, ni películas especiales.

ARTÍCULO 60. KIT DE GLUCOMETRÍA. En el Plan Obligatorio de Salud se cubre el kit de glucometría según la indicación del médico tratante, en las siguientes condiciones:

1. Para los pacientes diabéticos tipo I que se encuentren en manejo con insulina se entregarán cada año un (1) glucómetro, hasta 100 tirillas y 100 lancetas mensuales.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

2. Para los pacientes diabéticos tipo II que se encuentren en manejo con insulina, se entregarán cada año un (1) glucómetro, hasta 50 tirillas y 50 lancetas mensuales.

ARTÍCULO 61. KIT DE OSTOMÍA. El Plan Obligatorio de Salud cubre hasta ciento cuatro (104) kits de ostomía anuales para los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto y según la indicación del médico tratante. Cada kit está constituido por: barrera (galleta o caralla), bolsa, cemento (pegante) y gancho (pinza).

ARTÍCULO 62. AYUDAS TÉCNICAS. En el Plan Obligatorio de Salud se encuentran cubiertas las siguientes ayudas técnicas:

- a. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas) para los procedimientos quirúrgicos incluidos en el POS.
- b. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis) para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
- c. Prótesis de otros tipos para los procedimientos incluidos en el POS (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros).
- d. Órtesis ortopédicas

Están cubiertas únicamente las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales se darán en calidad de préstamo en los casos en que aplique, con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

ARTÍCULO 63: COBERTURA DE STENT CORONARIO. El Plan Obligatorio de Salud cubre tanto el stent coronario convencional o no recubierto para todos los casos según recomendación del médico tratante, como el stent coronario recubierto o medicado para los casos de pacientes con vasos pequeños (menor a 3 mm de diámetro) y en lesiones largas (mayor a 15 mm).

CAPÍTULO VI

SALUD MENTAL

ARTÍCULO 64. ATENCIÓN DE URGENCIAS EN SALUD MENTAL. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de urgencias en servicios debidamente habilitados, del paciente con trastorno o enfermedad mental, incluyendo la observación en urgencias.

ARTÍCULO 65. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente del tipo, etiología o la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el título IV del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 66. PSICOTERAPIA AMBULATORIA PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA. Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 65, la cobertura del POS será así:

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 67. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad.

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

PARÁGRAFO. Las coberturas especiales para personas menores de 18 años están descritas en el título IV del presente acto administrativo.

ARTÍCULO 68. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA. Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 67 de este acto administrativo, la cobertura del POS será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

CAPÍTULO VII

ATENCIÓN PALIATIVA

ARTÍCULO 69. ATENCIÓN PALIATIVA. En el Plan Obligatorio de Salud se cubre la atención ambulatoria o con internación de toda enfermedad en su fase terminal o cuando no haya posibilidades de recuperación, mediante terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, terapia de mantenimiento y soporte psicológico, durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante, siempre y cuando las tecnologías en salud estén contempladas en el presente acto administrativo.

TÍTULO IV

COBERTURAS PREFERENTES Y DIFERENCIALES AGRUPADAS POR CICLOS VITALES PARA PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 70. COBERTURA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Las EPS deberán identificar los riesgos de salud de su población afiliada menor de 18 años, para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las EPS podrán usar la información generada durante la adscripción a una IPS, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 del presente acto administrativo. Igualmente, podrán utilizar estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico cubiertas en el POS o encuestas específicas por tipo de riesgo y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales.

ARTÍCULO 71. PROMOCIÓN DE LA SALUD. En el Plan Obligatorio de Salud está cubierta toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados infantes y adolescentes, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles.

ARTÍCULO 72. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan Obligatorio de Salud cubre todas las actividades o tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas menores de 18 años para tales efectos.

ARTÍCULO 73. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. El POS cubre las acciones y tecnologías incluidas en el presente acto administrativo para prevención de la enfermedad en población infantil y adolescentes. Las EPS deben apoyar en la vigilancia a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito.

ARTÍCULO 74. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud contiene las coberturas preferentes y diferenciales descritas en el presente acto administrativo, necesarias para la recuperación de la salud de las personas menores de dieciocho (18) años de edad, además de las previstas para la población en general.

ARTÍCULO 75. RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS, CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS. De conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011, las tecnologías en salud cubiertas en el POS, utilizadas para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, serán totalmente gratuitas para las víctimas. Las EPS deberán diseñar e implementar programas para garantizar la atención integral en cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

CAPÍTULO I

ATENCIÓN A PERSONAS DESDE LA ETAPA PRENATAL A MENORES DE 6 AÑOS

ARTÍCULO 76. ATENCIÓN PRENATAL. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, que se requieran para cualquier atención en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, durante el proceso de gestación, parto y puerperio en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Ello incluye las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación y parto, o que signifiquen un riesgo para la viabilidad del producto o la supervivencia y salud del recién nacido.

ARTÍCULO 77. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención mediante programas para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de favorecer la

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente.

ARTÍCULO 78. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación del biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor.

ARTÍCULO 79. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de las enfermedades de interés en salud pública, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública y las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 80. ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD NEONATAL. El recién nacido tiene derecho a la cobertura de todas las tecnologías definidas en el Plan Obligatorio de Salud, desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud, incluyendo lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio y según el criterio del médico tratante. Incluye las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, establecidas en las normas técnicas de protección específica para la atención del parto (adaptación neonatal y complicaciones del recién nacido) y la atención del recién nacido, de acuerdo con lo definido por la normatividad vigente.

ARTÍCULO 81. ATENCIÓN A HIJOS DE MADRES VIH POSITIVAS. Los hijos de madres VIH positivas tienen derecho a las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 82. COMPLEMENTOS NUTRICIONALES. El Plan Obligatorio de Salud cubre en este ciclo vital lo siguiente:

1. Fórmula láctea para niños lactantes menores de seis (6) meses, hijos de mujeres VIH positivas, según el criterio del médico o nutricionista tratante.
2. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía OMS para menores entre (6) y veinticuatro (24) meses, según el criterio del médico o nutricionista tratante.

ARTÍCULO 83. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías necesarias para la atención de urgencias, siendo obligatoria la cobertura de la atención inicial de urgencias por parte de las Entidades Promotoras de Salud al paciente que haya demandado los servicios, incluyendo la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

ARTÍCULO 84. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACION DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante.

Así mismo, tienen acceso a los servicios de pediatría y medicina familiar cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud vigente, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

ARTÍCULO 85. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL O CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Para la atención de personas menores de 6 años víctimas de violencia intrafamiliar, o abuso sexual presuntivo o confirmado, o con trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 86. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD. La atención a las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años con discapacidad física, sensorial o cognitiva, conlleva el derecho a las evaluaciones y atenciones pertinentes realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

ARTÍCULO 87. COBERTURA DE IMPLANTE COCLEAR. En este ciclo vital se cubre el implante coclear, la sustitución de la prótesis coclear y la rehabilitación postimplante, para las personas menores de tres (3) años, con sordera prelocutoria o poslocutoria profunda bilateral.

ARTÍCULO 88. COBERTURA DE LENTES EXTERNOS Y MONTURAS. Los lentes externos se cubren una (1) vez cada año, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico o vidrio, sin filtros ni películas.

En el Régimen Subsidiado se cubre además la montura, hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

ARTÍCULO 89. ATENCIÓN EN CÁNCER. Para la atención del cáncer, las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. Incluye además de las tecnologías para la promoción, prevención, diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido clínico o procedimental, tratamiento y rehabilitación, la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Las EPS deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en el POS, para atender los casos de niños con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

ARTÍCULO 90. CARIOTIPO. El Plan Obligatorio de Salud cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas desde la etapa prenatal a menores de 6 años con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

ARTÍCULO 91. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. Para la atención de personas menores de 6 años con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo o etiología, se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud, incluyendo la internación total o parcial (hospital día).

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Adicionalmente se cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales y familiares en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 92. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas menores de 6 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 91, la cobertura del POS será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total, por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 93. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. Para personas menores de 6 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios de anorexia y bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 91, la cobertura del POS será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

CAPÍTULO II

ATENCIÓN A PERSONAS DE 6 AÑOS A MENORES DE 14 AÑOS

ARTÍCULO 94. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención en programas para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo hasta los 10 años, de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente.

ARTÍCULO 95. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación de biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

inmunoprevenibles y disminuir el embarazo adolescente, los factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor.

ARTÍCULO 96. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de las enfermedades de interés en salud pública, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública y las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 97. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías necesarias para la atención de urgencias, siendo obligatoria la cobertura de la atención inicial de urgencias por parte de la Entidad Promotora de Salud al paciente que haya demandado los servicios, incluyendo la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

ARTÍCULO 98. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante.

Así mismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

ARTÍCULO 99. ATENCIÓN DEL EMBARAZO. En el Plan Obligatorio de Salud se encuentra cubierta la atención integral con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo, de la gestación, parto y puerperio con las atenciones en salud ambulatorias y con internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Así mismo, las niñas embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías descritas en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde a las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se cubre el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

ARTÍCULO 100. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON VIH POSITIVO. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de los pacientes de 6 años a menores de 14 años con diagnóstico de VIH positivo, las tecnologías descritas en el presente acto administrativo en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 101. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL O CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Para la atención de personas de 6 años a menores de 14 años víctimas de violencia intrafamiliar, o abuso sexual presuntivo o confirmado, o trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, se cubren las evaluaciones y

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

atenciones interdisciplinarias pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 102. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD. Las personas de 6 años a menores de 14 años con discapacidad física, sensorial o cognitiva, tienen derecho a las evaluaciones y atenciones pertinentes realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

ARTÍCULO 103. COBERTURA DE LENTES Y MONTURAS. Los lentes externos se cubren siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico o vidrio, sin filtros ni películas, así:

- Para el Régimen Contributivo una (1) vez cada año para las personas de 12 años o menos y una vez cada cinco años para mayores de 12 años.

- Para los afiliados al Régimen Subsidiado en este ciclo vital, se cubre una (1) vez cada año. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

ARTÍCULO 104. ATENCIÓN EN CÁNCER. Las personas de 6 años a menores de 14 años tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer de todas las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. La cobertura incluye además de las tecnologías para la promoción, prevención, diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido clínico o procedimental, tratamiento y rehabilitación, la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Las EPS deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en el POS, para atender los casos de niños con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

ARTÍCULO 105. CARIOTIPO. El Plan Obligatorio de Salud cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas de 6 años a menores de 14 años con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

ARTÍCULO 106. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. Para la atención de personas de 6 años a menores de 14 años con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo o etiología, se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud, incluyendo la internación total o parcial (hospital día).

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Adicionalmente, se cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 107. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas de 6 años a menores de 14 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 106 del presente acto administrativo, la cobertura del POS será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 108. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. Para las personas de 6 años a menores de 14 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y personas menores con discapacidad sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 106 de esta resolución, la cobertura del POS será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

CAPÍTULO III

ATENCIÓN PARA PERSONAS DE 14 AÑOS A MENORES DE 18 AÑOS

ARTÍCULO 109. PROGRAMAS DE DETECCIÓN TEMPRANA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención mediante programas para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente.

ARTÍCULO 110. PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención preventiva en salud bucal y la aplicación de biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, embarazo adolescente y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor.

ARTÍCULO 111. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención de las enfermedades de interés en salud pública, con las tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación y de acuerdo con las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública y las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 112. ATENCIÓN DE URGENCIAS. El Plan Obligatorio de Salud vigente cubre las tecnologías necesarias para la atención de urgencias, siendo obligatoria la cobertura de la atención inicial de urgencias por parte de la Entidad Promotora de Salud al paciente que haya demandado los servicios, incluyendo la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

ARTÍCULO 113. ATENCIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD. El Plan Obligatorio de Salud cubre las tecnologías en salud para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, y requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante.

Así mismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

ARTÍCULO 114. ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. En el Plan Obligatorio de Salud se encuentra cubierta la atención integral con las tecnologías descritas en el presente acto administrativo, de la gestación, parto y puerperio con las atenciones en salud ambulatorias y con internación, por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Así mismo, las adolescentes embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías descritas en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se cubre el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

ARTÍCULO 115. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON VIH POSITIVO. El Plan Obligatorio de Salud cubre, la atención de los pacientes de 14 años a menores de 18 años con diagnóstico de VIH positivo, las tecnologías descritas en el presente acto administrativo en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aun si el diagnóstico de VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía para el manejo del VIH/SIDA adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 116. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABUSO SEXUAL O CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Para la atención de personas de 14 años a menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar, o abuso sexual presuntivo o confirmado, o trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, se cubren las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes y todas las tecnologías en salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud.

ARTÍCULO 117. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES CON DISCAPACIDAD. Las personas de 14 años a menores de 18 años con discapacidad física, sensorial o cognitiva, tienen derecho a las evaluaciones y atenciones pertinentes realizadas por profesionales de la salud y a todas las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ARTÍCULO 118. COBERTURA DE LENTES Y MONTURAS. Los lentes externos se cubren siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico o vidrio, sin filtros ni películas, así:

- Para el Régimen Contributivo una (1) vez cada cinco años.
- Para los afiliados al Régimen Subsidiado en este ciclo vital, se cubre una (1) vez cada año. La cobertura incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

ARTÍCULO 119. ATENCIÓN EN CÁNCER. Las personas de 14 años a menores de 18 años tienen derecho a la cobertura para la atención del cáncer, de todas las tecnologías contenidas en el Plan Obligatorio de Salud. La cobertura incluye además de las tecnologías para la promoción, prevención, diagnóstico por cualquier medio médicamente reconocido clínico o procedimental, tratamiento y rehabilitación, la terapia paliativa para el dolor y la disfuncionalidad, así como la terapia de mantenimiento y soporte psicológico, de ser requeridas durante el tiempo que sea necesario a juicio del profesional tratante y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Las EPS deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a tecnologías en salud cubiertas en el POS, para atender los casos de adolescentes con cáncer o con presunción de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010.

ARTÍCULO 120. CARIOTIPO. El Plan Obligatorio de Salud cubre el cariotipo con fragilidad cromosómica para las personas de 14 años a menores de 18 años con diagnóstico de anemia aplásica congénita pediátrica.

ARTÍCULO 121. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. Para la atención de personas de 14 años a menores de 18 años con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo o etiología, se cubren todos los procedimientos y medicamentos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud, incluyendo la internación total o parcial (hospital día).

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Adicionalmente se cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 122. PSICOTERAPIA AMBULATORIA. Para las personas de 14 años a menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas, y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 121, la cobertura del POS será así:

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja, en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

ARTÍCULO 123. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. Para las personas de 14 años a menores de 18 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas, y personas menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 121, la cobertura del POS será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

TÍTULO V

TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES

ARTÍCULO 124. TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

- Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.
- Entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Así mismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

ARTÍCULO 125. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

PARÁGRAFO. Las EPS igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de esta resolución, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS recibe o no una UPC diferencial.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

TÍTULO VI

EVENTOS Y SERVICIOS DE ALTO COSTO

ARTÍCULO 126. ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan Obligatorio de Salud, entiéndase para efectos del cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo.

A. ALTO COSTO REGIMEN CONTRIBUTIVO:

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis.
3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.
4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.
5. Reemplazos articulares.
6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado.
7. Manejo del trauma mayor.
8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.
9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

B. ALTO COSTO RÉGIMEN SUBSIDIADO:

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
2. Manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.
3. Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.
4. Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.
5. Atención de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.
6. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física.
7. Pacientes infectados por VIH/SIDA.
8. Pacientes con cáncer.
9. Reemplazos articulares.
10. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos.
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.
12. Manejo del trauma mayor.

ARTÍCULO 127. GRAN QUEMADO. Para efectos del presente título, se entiende como gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

1. Quemaduras de 2º y 3º grado en más del 20% de la superficie corporal.
2. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital.
3. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
4. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas.
5. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

6. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo.

ARTÍCULO 128. TRAUMA MAYOR. Para efectos del presente título, se entiende por trauma mayor, el caso de paciente con lesión o lesiones graves provocadas por violencia exterior, que para su manejo médico - quirúrgico requiera la realización de procedimientos o intervenciones terapéuticas múltiples y que cualquiera de ellos se efectúe en un servicio de alta complejidad.

TÍTULO VII

EXCLUSIONES DE COBERTURA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

ARTÍCULO 129. EXCLUSIONES GENERALES. Las exclusiones generales del Plan Obligatorio de Salud son las siguientes:

1. Tecnologías en salud consideradas como cosméticas, estéticas, suntuarias o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones, salvo la atención inicial de urgencias.
2. Tecnologías en salud de carácter experimental o sobre las cuales no exista evidencia científica, de seguridad o efectividad, o que no hayan sido reconocidas por las autoridades nacionales competentes.
3. Tecnologías en salud que se utilicen con fines educativos, instructivos o de capacitación durante el proceso de rehabilitación social o laboral.
4. Tecnologías en salud que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
5. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
6. Bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.

ARTÍCULO 130. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS. Para el contexto del Plan Obligatorio de Salud debe entenderse como exclusiones de cobertura aquellas prestaciones que no serán financiadas con la Unidad de Pago por Capitación -UPC- y son las siguientes:

1. Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética, o suntuaria.
2. Cirugías para corrección de vicios de refracción por razones estéticas.
3. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
4. Tratamientos para la infertilidad.
5. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
6. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales.
7. Dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para tecnologías en salud no cubiertas en el POS según el presente acto administrativo.
8. Medicamentos y dispositivos médicos cuyas indicaciones y usos respectivamente no se encuentren autorizados por la autoridad competente.
9. Tecnologías o tratamientos experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
10. Tecnologías en salud (medicamentos y dispositivos) sobre las cuales el INVIMA como autoridad competente haya recomendado su retiro del mercado o no haya sido reconocida por las autoridades competentes. Tecnologías en salud sobre la cual no exista evidencia

005521

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

científica, de seguridad o costo efectividad o que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.

11. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad

12. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.

13. Tratamiento con psicoanálisis.

14. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el presente acto administrativo.

15. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.

16. Tecnologías en salud para la atención de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación, salvo lo dispuesto para la atención paliativa en el presente acto administrativo.

17. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral y no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.

18. Pañales para niños y adultos.

19. Toallas higiénicas.

20. Artículos cosméticos.

21. Suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos, salvo excepciones expresas en la norma.

22. Líquidos para lentes de contacto.

23. Tratamientos capilares.

24. Champús de cualquier tipo.

25. Jabones.

26. Cremas hidratantes o humectantes.

27. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.

28. Medicamentos para la memoria.

29. Edulcorantes o sustitutos de la sal.

30. Cubrimiento de cualquier tipo de dieta en ámbitos no hospitalarios, salvo lo señalado expresamente en el presente acto administrativo.

31. Enjuagues bucales y cremas dentales.

32. Cepillo y seda dental.

33. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.

34. Los procedimientos conexos y las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos expresamente excluidos.

35. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de la salud tratante.

36. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor.

37. La atención financiada con recursos diferentes a los del POS y bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.

38. Traslados y cambios de lugar de residencia por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.

39. Prestaciones de salud en instituciones no habilitadas para tal fin dentro del sistema de salud.

40. Atenciones de balneoterapia.

41. Atención que corresponda a un interés particular sin indicación médica previa (chequeos ejecutivos).

42. Tratamientos realizados fuera del territorio colombiano.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

- 43. Necropsias y peritajes forenses y aquellas que no tengan una finalidad clínica.
- 44. Servicios funerarios, incluyendo el traslado de cadáver.

PARÁGRAFO. Todo lo relacionado con la financiación y prestación de servicios contenidos en el presente artículo no son financiados con cargo a la UPC.

TÍTULO VIII

DISPOSICIONES VARIAS

ARTÍCULO 131. COBERTURAS ESPECIALES PARA COMUNIDADES INDÍGENAS. La población indígena afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá cobertura con los contenidos previstos en el presente acto administrativo, incluyendo los hogares de paso y guías bilingües. Una vez se defina el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI, éste será utilizado como uno de los insumos de referencia para determinar los beneficios que les serán proporcionados.

ARTÍCULO 132. RECONOCIMIENTO DE TECNOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL POS. En el evento en que se prescriban tecnologías en salud, tratamientos, o servicios que sean alternativas a las cubiertas en el POS, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo incluido en el POS, dichas tecnologías, tratamientos o servicios serán suministrados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, siempre y cuando cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificadas por el INVIMA o la respectiva autoridad competente.

ARTÍCULO 133. COBERTURA DE SERVICIOS POS ORDENADOS POR FUERA DE LA RED. Cuando un paciente solicite la cobertura de alguna tecnología en salud incluida en el POS prescrita por un profesional que no haga parte de la red de la EPS, esta entidad podrá someter el caso a una evaluación médico científica por personal de su red para efectos de establecer la pertinencia del servicio y la viabilidad de la cobertura sin perjuicio de la debida oportunidad y efectividad en la atención.

ARTÍCULO 134. CONCURRENCIA DE OTROS PLANES DE BENEFICIOS. Cuando el prestador del servicio identifique casos de cobertura parcial o total, por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, Plan de Salud de Intervenciones Colectivas y en general, con los contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otros planes, la tecnología en salud deberá ser asumida por éstos, en los términos de la cobertura del plan y la normatividad vigente.

ARTÍCULO 135. TECNOLOGÍAS EN SALUD OBSOLETAS. Los procedimientos considerados obsoletos en el proceso de actualización integral del Plan Obligatorio de Salud de 2013, se publicarán en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de los medicamentos el Ministerio de Salud y Protección Social publicará en su página web, los considerados potencialmente obsoletos con el propósito de que los actores y agentes del sistema se informen y pronuncien sobre el contenido publicado. En todo caso, la publicación de obsolescencia, no implica su supresión de la cobertura contenida en el POS, hasta tanto sean suprimidos del acto administrativo que corresponda. Los actores y agentes del sistema podrán remitir sus observaciones solamente dentro del plazo que defina la publicación y deberán estar dirigidas a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. En todo caso, el plazo definido en la publicación no podrá ser inferior a 15 días.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

TÍTULO IX

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 136. DEBER DE INFORMACIÓN. Para efectos de monitoreo, actualización del Plan Obligatorio de Salud, análisis o cálculos de la Unidad de Pago por Capitación, las Entidades Promotoras de Salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán suministrar la información veraz, completa, con la estructura, nivel de detalle, calidad y oportunidad que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud requiera.

Para el caso específico de medicamentos la información podrá ser solicitada incluyendo el Código Único de Medicamentos -CUM-, de conformidad con la normatividad vigente.

ARTÍCULO 137. VIGENCIA Y DEROGATORIA. El presente acto administrativo rige a partir del 1º de enero de 2014, deroga los artículos 16 y 117 de la Resolución 5261 de 1994, y en su integridad los Acuerdo 029 de 2011, 031 y 034 de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES y demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a los **27 DIC. 2013**


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social



Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ANEXO 01

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014						
Nº	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
1	J05AF0601	ABACAVIR	ABACAVIR	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
2	J05AF0602	ABACAVIR	ABACAVIR	20 mg/mL (2%)	SOLUCIÓN ORAL	
3	L04AA2401	ABATACEPT	ABATACEPT	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS.
4	A06AB0501	ACEITE DE CASTOR	ACEITE DE RICINO	Sustancia pura USP	SOLUCIÓN ORAL	
5	N02BE0103	PARACETAMOL	ACETAMINOFÉN	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
6	N02BE0101	PARACETAMOL	ACETAMINOFÉN	150 mg/5 mL (3%)	JARABE	
7	N02BE0102	PARACETAMOL	ACETAMINOFÉN	100 mg/mL (10%)	SOLUCIÓN ORAL	
8	S01EC0101	ACETAZOLAMIDA	ACETAZOLAMIDA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
9	B01AC0601	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	ACETIL SALICÍLICO ÁCIDO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
10	N02BA0101	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	ACETIL SALICÍLICO ÁCIDO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
11	R05CB0101	ACETILCISTEÍNA	ACETILCISTEÍNA	10%	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN O INHALACIÓN	
12	V03AB2301	ACETILCISTEÍNA	ACETILCISTEÍNA	100 mg/mL (10%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
13	J05AB0102	ACICLOVIR	ACICLOVIR	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
14	J05AB0101	ACICLOVIR	ACICLOVIR	250 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
15	S01AD0301	ACICLOVIR	ACICLOVIR	3%	UNGÜENTO OFTÁLMICO	
16	B05BA0201	EMULSIONES GRASAS	ÁCIDOS GRASOS	10%, 20% y 30%	EMULSIÓN INYECTABLE	
17	L04AB0401	ADALIMUMAB	ADALIMUMAB	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS.
18	V07AB9901	AGENTES SOLVENTES Y DILUYENTES, INCL. SOLUCIONES PARA IRRIGACIÓN	AGUA ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	Todos los volúmenes	SOLUCIÓN INYECTABLE	
19	P02CA0302	ALBENDAZOL	ALBENDAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
20	P02CA0301	ALBENDAZOL	ALBENDAZOL	100 mg/5 mL (2%)	SUSPENSIÓN ORAL	
21	B05AA0101	ALBÚMINA	ALBÚMINA HUMANA NORMAL	20% - 25%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
22	V03AB1601	ETANOL	ALCOHOL ETÍLICO	96%	SOLUCIÓN INYECTABLE	PREPARACIÓN MAGISTRAL
23	M06BA0401	ÁCIDO ALENDRÓNICO	ALENDRÓNICO ÁCIDO.	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	USO EXCLUSIVO PACIENTES POST MENOPÁUSICAS PARA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS
24	C02AB0101	METILDOPA (LEVOGIRA)	ALFAMETILDOPA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
25	M04AA0101	ALOPURINOL	ALOPURINOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
26	N05BA1201	ALPRAZOLAM	ALPRAZOLAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
					LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
27	B01AD02D1	ALTEPLASA	ALTEPLASA	50 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	USO EN TROMBOLISIS ENDOVENOSA DE EVENTO CEREBROVASCULAR
28	D02AX9901	OTROS EMOLIENTES Y PROTECTORES	ALUMINIO ACETATO	Incluye todas las concentraciones	POLVO	
29	A02AB0101	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO	ALUMINIO HIDRÓXIDO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
30	A02AB0102	HIDRÓXIDO DE ALUMINIO	ALUMINIO HIDRÓXIDO	6%	SUSPENSIÓN ORAL	
31	A02AB1001	COMPUESTOS DE ALUMINIO COMBINACIONES	ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO HIDRÓXIDO CON O SIN SIMETICONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
32	A02AB1002	COMPUESTOS DE ALUMINIO COMBINACIONES	ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO HIDRÓXIDO CON O SIN SIMETICONA	2 - 6% + 1 - 4%	SUSPENSIÓN ORAL	
33	N04BB0101	AMANTADINA	AMANTADINA SULFATO O CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
34	J01GB0601	AMIKACINA	AMIKACINA (SULFATO)	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
35	J01GB0602	AMIKACINA	AMIKACINA (SULFATO)	250 mg/mL (25%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
36	B05BA0101	AMINOÁCIDOS	AMINOÁCIDOS ESENCIALES CON O SIN ELECTROLITOS	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	
37	B05BA1001	AMINOÁCIDOS COMBINACIONES	AMINOÁCIDOS ESENCIALES CON O SIN ELECTROLITOS	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN ORAL	
38	R03DA0501	AMINOFILINA	AMINOFILINA	24 mg / 1 mL (2,4%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
39	R03DA0502	AMINOFILINA	AMINOFILINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
40	C01BD0101	AMIODARONA	AMIODARONA CLORHIDRATO	50 mg/ mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
41	C01BD0102	AMIODARONA	AMIODARONA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
42	N08AA0901	AMITRIPTILINA	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
43	C08CA0101	AMLODIPINA	AMLODIPINO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
44	J01CA0403	AMOXICILINA	AMOXICILINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
45	J01CA0401	AMOXICILINA	AMOXICILINA	125 mg/5 mL de base (2,5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
46	J01CA0402	AMOXICILINA	AMOXICILINA	250 mg/5 mL de base (5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
47	J01CR02D1	AMOXICILINA E INHIBIDORES DE LA ENZIMA	AMOXICILINA - CLAVULANATO	0.5 g + 0.1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE NEUMONÍA
48	J01CR0202	AMOXICILINA E INHIBIDORES DE LA ENZIMA	AMOXICILINA - CLAVULANATO	1 g + 0.2 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE NEUMONÍA
49	J01CR0203	AMOXICILINA E INHIBIDORES DE LA ENZIMA	AMOXICILINA - CLAVULANATO	(125 mg-400 mg + 26,5-62,5 mg) /5mL	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE NEUMONÍA
50	J01CR0204	AMOXICILINA E INHIBIDORES DE LA ENZIMA	AMOXICILINA - CLAVULANATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE NEUMONÍA
51	J01CA0101	AMPICILINA	AMPICILINA (SAL SÓDICA)	1 g de base	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
52	J01CA0102	AMPICILINA	AMPICILINA (SAL SÓDICA)	500 mg de base	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
53	J01CA0105	AMPICILINA	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
54	J01CA0103	AMPICILINA	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO	125 mg/5 mL (2,5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
55	J01CA0104	AMPICILINA	AMPICILINA ANHIDRA O TRIHIDRATO	250 mg/5 mL (5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
56	J01CA5101	AMPICILINA, COMBINACIONES	AMPICILINA SÓDICA + SULBACTAM SÓDICO	1 g + 0.5 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
57	L02BG0301	ANASTROZOL	ANASTROZOL	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO, RECEPTOR HORMONAL POSITIVO.
58	J02AA0101	AMFOTERICINA B	ANFOTERICINA B	50 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
59	N05AX1201	ARIPIRAZOL	ARIPIRAZOL	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
60	A11GA0101	ÁCIDO ASCÓRBICO (VIT C)	ASCÓRBICO ÁCIDO	100 mg/ mL (10%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
61	A11GA0102	ÁCIDO ASCÓRBICO (VIT C)	ASCÓRBICO ÁCIDO	100 mg/ mL (10%)	SOLUCIÓN ORAL	
62	A11GA0103	ÁCIDO ASCÓRBICO (VIT C)	ASCÓRBICO ÁCIDO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
63	L01XX0201	ASPARAGINASA	ASPARAGINASA	10.000 UI	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
64	J05AE0801	ATAZANAVIR	ATAZANAVIR	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	SEGÚN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA.
65	C10AA0501	ATORVASTATINA	ATORVASTATINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
66	A03BA0101	ATROPINA	ATROPINA SULFATO	1 mg/mL (0,1 %)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
67	S01FA0101	ATROPINA	ATROPINA SULFATO	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
68	L04AX0101	AZATIOPRINA	AZATIOPRINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
69	J01FA1001	AZITROMICINA	AZITROMICINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	COBERTURA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA
70	J01FA1002	AZITROMICINA	AZITROMICINA	200 mg/5 mL (4%)	PÓLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	COBERTURA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA
71	J01DF0101	AZTREONAM	AZTREONAM	1 g	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
72	V03AB1701	CLÓRURO DE METILTIONINO	AZUL DE METILENO	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	PREPARACIÓN MAGISTRAL
73	V08BA0101	SULFATO DE BARIO CON AGENTES EN SUSPENSIÓN	BARIO SULFATO	Incluye todas las concentraciones	PÓLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL O SUSPENSIÓN ORAL	
74	R01AD0101	BECLOMETASONA	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	250 mcg/dosis	SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL) NASAL O BUCAL	
75	R01AD0102	BECLOMETASONA	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	50 mcg/dosis	SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL) NASAL O BUCAL	
76	R03BA0101	BECLOMETASONA	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	250 mcg/dosis	SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL) NASAL O BUCAL	
77	R03BA0102	BECLOMETASONA	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	50 mcg/dosis	SOLUCIÓN O SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL) NASAL O BUCAL	
78	P03AX0101	BENZOATO DE BENCILO	BENCILO BENZOATO	25%	LOCIÓN	
79	D07AC0101	BETAMETASONA	BETAMETASONA	0,05%	CREMA	
80	D07AC0102	BETAMETASONA	BETAMETASONA	0,05%	UNGÜENTO	
81	H02AB0101	BETAMETASONA	BETAMETASONA (FOSFATO DISÓDICO)	4 mg/mL de base (0,4%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
82	H02AB0102	BETAMETASONA	BETAMETASONA FOSFATO + BETAMETASONA ACETATO	(3 mg de base + 3 mg)/mL	SUSPENSIÓN INYECTABLE	
83	C01AA0801	METILDIGOXINA	BETAMETIL DIGOXINA	0,1 mg/mL (0,01%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
84	C01AA0802	METILDIGOXINA	BETAMETIL DIGOXINA	0,60 mg/mL (0,060%)	SOLUCIÓN ORAL	
85	C01AA0803	METILDIGOXINA	BETAMETIL DIGOXINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
86	L01XY0701	BEVACIZUMAB	BEVACIZUMAB	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN TRATAMIENTO DE PRIMERA Y SEGUNDA LINEA DE CÁNCER COLORECTAL

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	AGLARACIÓN
87	L02BB0301	BICALUTAMIDA	BICALUTAMIDA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN TERAPIA HORMONAL ADYUVANTE EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCAL Y LOCALMENTE AVANZADO
88	N04AA0201	BIPERIDENO	BIPERIDENO CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
89	N04AA0202	BIPERIDENO	BIPERIDENO LACTATO	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
90	A06AB0201	BISACODILO	BISACODILO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
91	L01DC0101	BLEOMICINA	BLEOMICINA (SULFATO)	15 UI de base	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
92	C02KX0101	BOSENTÁN	BOSENTÁN	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
93	S01EA0501	BRIMONIDINA TARTRATO	BRIMONIDINA TARTRATO	2 mg/mL (0,2%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
94	G02CB0101	BROMOCRIPTINA	BROMOCRIPTINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
95	N04BC0101	BROMOCRIPTINA	BROMOCRIPTINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
96	N01BB5101	BUPIVACAÍNA, COMBINACIONES	BUPIVACAÍNA CLORHIDRATO CON O SIN EPINEFRINA	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
97	N01BB0101	BUPIVACAÍNA	BUPIVACAÍNA CLORHIDRATO SIN PRESERVATIVOS	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
98	L01AB0101	BUSULFANO	BUSULFAN	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
99	A12AA0401	CARBONATO DE CALCIO	CALCIO CARBONATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
100	A12AA2001	CALCIO (DIFERENTES SALES EN COMBINACIÓN)	CALCIO CARBONATO + VITAMINA D	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
101	A12AA0301	GLUCONATO DE CALCIO	CALCIO GLUCONATO	10%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
102	A11CC0401	CALCITRIOL	CALCITRIOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
103	L01BC0601	CAPECITABINA	CAPECITABINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO
104	L01BC0602	CAPECITABINA	CAPECITABINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO RECURRENTE
105	C09AA0101	CAPTÓPRIL	CAPTÓPRIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
106	N03AF0102	CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
107	N03AF0101	CARBAMAZEPINA	CARBAMAZEPINA	100 mg/5 mL (2%)	SUSPENSIÓN ORAL	
108	A07BA0101	CARBÓN MEDICINAL	CARBÓN ACTIVADO	Incluye todas las concentraciones	POLVO	
109	L01XA0201	CARBOPLATINO	CARBOPLATINO	450 mg, 450 mg/45 mL	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE, SUSPENSIÓN INYECTABLE	
110	C07AG0201	CARVEDILOL	CARVEDILOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL E INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA
111	J02AX0401	CASPOFUNGINA	CASPOFUNGINA	50 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
112	J02AX0402	CASPOFUNGINA	CASPOFUNGINA	70 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
113	J01DB0101	CEFALEXINA	CEFALEXINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA	

27 DIC. 2013

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
					LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
114	J01DB0102	CEFALEXINA	CEFALEXINA	125 mg/5 mL (2,5%)	PÓLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
115	J01DB0103	CEFALEXINA	CEFALEXINA	250 mg/5 mL (5%)	PÓLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
116	J01DB0301	CEFALOTINA	CEFALOTINA	1 g	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
117	J01DB0401	CEFAZOLINA	CEFAZOLINA	1 g	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
118	J01DE0101	CEFEPIMA	CEFEPIMA	1 g	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
119	J01DE0102	CEFEPIMA	CEFEPIMA	2 g	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
120	J01DB0901	CEFRADINA	CEFRADINA	1 g	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
121	J01DB0902	CEFRADINA	CEFRADINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
122	J01DD0401	CEFTRIAXONA	CEFTRIAXONA (SAL SÓDICA)	1 g	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
123	J01DD0402	CEFTRIAXONA	CEFTRIAXONA (SAL SÓDICA)	500 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
124	J01DC0201	CEFUROXIMA	CEFUROXIMA	750 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA.
125	J01DC0202	CEFUROXIMA	CEFUROXIMA	250 mg/5mL (5%)	SUSPENSIÓN ORAL	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA.
126	J01DC0203	CEFUROXIMA	CEFUROXIMA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA.
127	L04AB05	CERTOLIZUMAB PEGOL	CERTOLIZUMAB PEGOL	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS.
128	B03BA0101	CIANOCOBALAMINA	CIANOCOBALAMINA	1 mg/mL (0,1 %)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
129	L01AA0101	CICLOFOSFAMIDA	CICLOFOSFAMIDA	1 g	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
130	L01AA0102	CICLOFOSFAMIDA	CICLOFOSFAMIDA	500 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
131	L01AA0103	CICLOFOSFAMIDA	CICLOFOSFAMIDA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
132	L04AD0101	CICLOSPORINA	CICLOSPORINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
133	L04AD0102	CICLOSPORINA	CICLOSPORINA	500 mg/5 mL (10%)	EMULSIÓN ORAL	
134	L04AD0103	CICLOSPORINA	CICLOSPORINA	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
135	C09AA0801	CILAZAPRIL	CILAZAPRIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
136	J01MA0202	CIPROFLOXACINO	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
137	J01MA0201	CIPROFLOXACINO	CIPROFLOXACINA (CLORHIDRATO)	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
138	G03HA0101	CIPROTERONA	CIPROTERONA ACETATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
139	L01XA0101	CISPLATINO	CISPLATINO	50 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
140	L01BC0101	CITARABINA	CITARABINA	100 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
141	L01BC0102	CITARABINA	CITARABINA	500 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
142	J01FA0902	CLARITROMICINA	CLARITROMICINA	125 mg/5mL (2.5%)	PÓLVO O GRÁNULOS PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA.
143	J01FA0903	CLARITROMICINA	CLARITROMICINA	250 mg/5mL (5%)	PÓLVO O GRÁNULOS PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA.
144	J01FA0901	CLARITROMICINA	CLARITROMICINA	500 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
145	J01FA0904	CLARITROMICINA	CLARITROMICINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA.
146	D10AF0101	CLINDAMICINA	CLINDAMICINA (FOSFATO)	15%	SOLUCIÓN INYECTABLE	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
147	J01FF0101	CLINDAMICINA	CLINDAMICINA (FOSFATO)	15%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
148	M05BA0201	ÁCIDO CLODRÓNICO	CLODRONATO DISÓDICO	60 mg/mL (6%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
149	N03AE0101	CLONAZEPAM	CLONAZEPAM	7.5 mg/5 mL (0.25%)	SOLUCIÓN ORAL	
150	N03AE0102	CLONAZEPAM	CLONAZEPAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
151	C02AC0101	CLONIDINA	CLONIDINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
152	B01AC0401	CLOPIDOGREL	CLOPIDOGREL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	CUBIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CORONARIA, EN TERAPIA COMBINADA CON ASA.
153	L01AA0201	CLORAMBUCILO	CLORAMBUCILO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
154	J01BA0101	CLORANFENICOL	CLORANFENICOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
155	J01BA0102	CLORANFENICOL	CLORANFENICOL (ESTEARATO O PALMITATO)	158 mg/5 mL (3,12%)	SUSPENSIÓN ORAL	
156	J01BA0103	CLORANFENICOL	CLORANFENICOL (SUCCINATO SÓDICO)	1 g de base	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
157	S01AA0101	CLORANFENICOL	CLORANFENICOL SUCCINATO SÓDICO	0,50%	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
158	R06AB0401	CLORFENAMINA	CLORFENIRAMINA	2 mg/5 mL (0,04%)	JARABE	
159	R06AB0402	CLORFENAMINA	CLORFENIRAMINA MALEATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
160	V03AE0201	SEVELÁMERO	CLORHIDRATO DE SEVELAMER	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	SEGUN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.
161	D01AC0101	CLOTRIMAZOL	CLOTRIMAZOL	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN TÓPICA	
162	D01AC0102	CLOTRIMAZOL	CLOTRIMAZOL	1%	CREMA	
163	G01AF0203	CLOTRIMAZOL	CLOTRIMAZOL	100 mg	OVULO O TABLETA VAGINAL	
164	G01AF0204	CLOTRIMAZOL	CLOTRIMAZOL	1%	CREMA VAGINAL	
165	N05AH0201	CLOZAPINA	CLOZAPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
166	M04AC0101	COLCHICINA	COLCHICINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
167	C10AC0101	COLESTIRAMINA	COLESTIRAMINA	4 g	POLVO/SOBRE	
168	S02CA0301	HIDROCORTISONA Y ANTIINFECCIOSOS	COLISTINA + CORTICOIDE + NEOMICINA	0,15% + 0,05% + 0,5%	SOLUCIÓN ÓTICA	
169	S01BA0001	CORTICOSTEROIDES, MONODROGAS	CORTICOIDE	0,1 - 1%	SUSPENSIÓN OFTÁLMICA O SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
170	S03CA0101	DEXAMETASONA Y ANTIINFECCIOSOS	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA	0,1% + 0,35% + 8.000 UI/mL	SUSPENSIÓN OFTÁLMICA O SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
171	C05AA0101	HIDROCORTISONA	CORTICOIDE CON O SIN ANESTÉSICO	Incluye todas las concentraciones	SUPOSITORIO	
172	C05AA0102	HIDROCORTISONA	CORTICOIDE CON O SIN ANESTÉSICO	Incluye todas las concentraciones	UNGÜENTO PROCTOLÓGICO	
173	R01AC0101	ÁCIDO CROMOGLÍCICO	CROMOGLICATO DE SODIO	20 mg/mL (2%)	SOLUCIÓN NASAL	
174	S01GX0101	ÁCIDO CROMOGLÍCICO	CROMOGLICATO DE SODIO	20 mg/mL (2%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
175	S01GX0102	ÁCIDO CROMOGLÍCICO	CROMOGLICATO DE SODIO	40 mg/mL (4%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
176	R01AC0102	ÁCIDO CROMOGLÍCICO	CROMOGLICATO DE SODIO	40 mg/mL (4%)	SOLUCIÓN NASAL	
177	D04AX9901	OTROS ANTIPRURIGINOSOS	CROTAMITÓN	10%	LOCIÓN	
178	L01AX0401	DACARBAZINA	DACARBAZINA	200 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
179	G03XA0101	DANAZOL	DANAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
180	V03AC0101	DEFEROXAMINA	DEFEROXAMINA MESILATO	500 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
181	H01BA0201	DESMOPRESINA	DESMOPRESINA ACETATO	15 mcg/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
182	H02AB0201	DEXAMETASONA	DEXAMETASONA (ACETATO)	6 mg/mL de base (0,8%)	SUSPENSIÓN INYECTABLE	
183	H02AB0202	DEXAMETASONA	DEXAMETASONA (FOSFATO)	4 mg/mL de base (0,4%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
184	B05BB0201	ELECTROLITOS CON CARBOHIDRATOS	DEXTROSA + SODIO CLORURO	5% + 0,9%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
185	B05BA0301	CARBOHIDRATOS	DEXTROSA 10% EN AGUA DESTILADA	10%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
186	B05BA0302	CARBOHIDRATOS	DEXTROSA 33% EN AGUA DESTILADA	33%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
187	B05BA0303	CARBOHIDRATOS	DEXTROSA 5% EN AGUA DESTILADA	5%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
188	B05BA0304	CARBOHIDRATOS	DEXTROSA 50% EN AGUA DESTILADA	55 g/100 ml o al 50%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
189	N05BA0102	DIAZEPAM	DIAZEPAM	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
190	N05BA0101	DIAZEPAM	DIAZEPAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
191	C02DA0101	DIAZÓXIDO	DIAZÓXIDO	15 mg/mL (1,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
192	M01AB0501	DICLOFENACO	DICLOFENACO SÓDICO	25 mg/mL de base (2,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
193	M01AB0502	DICLOFENACO	DICLOFENACO SÓDICO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
194	J01CF0102	DICLOXACILINA	DICLOXACILINA	125 mg/5 mL (2,5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
195	J01CF0103	DICLOXACILINA	DICLOXACILINA	250 mg/5 mL (5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
196	J01CF0101	DICLOXACILINA	DICLOXACILINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
197	J05AF0202	DIDANOSINA	DIDANOSINA	250 mg	CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA	
198	J05AF0201	DIDANOSINA	DIDANOSINA	400 mg	CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA	SEGÚN LAS 'GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA'.
199	J05AF0203	DIDANOSINA	DIDANOSINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
200	J05AF0204	DIDANOSINA	DIDANOSINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA MASTICABLE	
201	R06AA0202	DIFENHIDRAMINA	DIFENHIDRAMINA	12,5 mg/5 mL (0,25%)	JARABE	
202	R06AA0203	DIFENHIDRAMINA	DIFENHIDRAMINA	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
203	R06AA0201	DIFENHIDRAMINA	DIFENHIDRAMINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
204	N02AAD001	DIHIDROCODEINA	DIHIDROCODEINA BITARTRATO	12,1 mg/mL (0,242%)	JARABE	
205	N02AAD002	DIHIDROCODEINA	DIHIDROCODEINA BITARTRATO	68 mg/5 mL (1,36%)	SOLUCIÓN ORAL	
206	N02CA0101	DIHIDROERGOTAMINA	DIHIDROERGOTOXINA MESILATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
207	C08DB0101	DILTIAZEM	DILTIAZEM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
208	N07CA9101	PREPARADOS CONTRA EL VÉRTIGO	DIMENHIDRINATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
209	G02AD0201	DINOPROSTONA	DINOPROSTONA	10 mg	OVULO	CUBIERTO PARA INICIAR O CONTINUAR LA MADURACIÓN DEL CUELLO UTERINO EN PACIENTES CON EMBARAZO A TÉRMINO
210	N02BB0201	METAMIZOL SÓDICO (DIPIRONA)	DIPIRONA	40 - 50%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
211	C01CA0701	DOBUTAMINA	DOBUTAMINA	12,5 mg/mL (1,25%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
212	L01CD0201	DOCETAXEL	DOCETAXEL	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO HORMONO-REFRACTARIO.
213	C01CA0401	DOPAMINA	DOPAMINA CLORHIDRATO	40 mg/mL (4%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
214	C02CA0401	DOXAZOSINA	DOXAZOSINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014						
No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
215	J01AA0201	DOXICICLINA	DOXICICLINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
216	L01DB0101	DOXORUBICINA	DOXORRUBICINA	50 mg	SOLUCIÓN INYECTABLE, POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	NO CUBRE LA FORMA LIPOSOMAL
217	L01DB0102	DOXORUBICINA	DOXORRUBICINA CLORHIDRATO	10 mg	SOLUCIÓN INYECTABLE, POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	NO CUBRE LA FORMA LIPOSOMAL
218	V03AB0301	EDETATOS	EDETATO DE SODIO Y CALCIO	20%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
219	J05AG0301	EFAVIRENZ	EFAVIRENZ	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	SEGÚN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA*
220	C09AA0201	ENALAPRIL	ENALAPRIL MALEATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
221	N01AB0401	ENFLURANO	ENFLURANO	Sustancia pura	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	
222	N04BA0301	LEVODOPA, INHIBIDOR DE LA DECARBOXILASA E INHIBIDOR DE LA COMT	ENTACAPONA / CARBIDOPA / LEVODOPA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON MODERADA O SEVERA SIN RESPUESTA A TRATAMIENTOS EN FASES INICIALES O CON SÍNTOMAS DE FIN DE DOSIS.
223	C01CA2401	EPINEFRINA	EPINEFRINA (TARTRATO O CLORHIDRATO)	1 mg/mL (0,1 %)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
224	L01DB0301	EPIRUBICINA	EPIRUBICINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO RESECANBLE
225	N02CA5201	ERGOTAMINA, COMBINACIONES EXCL. PSICOLÉPTICOS	ERGOTAMINA + CAFÉINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
226	J01FA0102	ERITROMICINA	ERITROMICINA (ETILSUCCINATO O ESTEARATO)	250 mg/5 mL de base (5%)	POLVO RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
227	J01FA0101	ERITROMICINA	ERITROMICINA (ETILSUCCINATO O ESTEARATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
228	B03XA0101	ERITROPOYETINA	ERITROPOYETINA	1 000 U.I	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE	
229	B03XA0102	ERITROPOYETINA	ERITROPOYETINA	2 000 U.I	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE	
230	B03XA0103	ERITROPOYETINA	ERITROPOYETINA	4 000 U.I	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE	
231	N06AB1001	ESCITALOPRAM	ESCITALOPRAM	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN DEPRESIÓN MODERADA Y SEVERA
232	A02BC0501	ESOMEPAZOL	ESOMEPAZOL	40 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
233	A02BC0502	ESOMEPAZOL	ESOMEPAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
234	J01FA0201	ESPIRAMICINA	ESPIRAMICINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA TOXOPLASMOSIS
235	C03DA0101	ESPIRONOLACTONA	ESPIRONOLACTONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
236	J05AF0401	ESTAVUDINA	ESTAVUDINA	1 mg/mL (0,1 %)	SOLUCIÓN ORAL	
237	J05AF0402	ESTAVUDINA	ESTAVUDINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
238	G03CA0301	ESTRADIOL	ESTRADIOL	25-50 mcg/día	SISTEMA TRANSDÉRMICO	CUBIERTO PARA PACIENTES QUE NO TOLERAN EL ESTRADIOL VÍA ORAL
239	G03CA0302	ESTRADIOL	ESTRADIOL VALERATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
240	B01AD0101	ESTREPTOQUINASA	ESTREPTOQUINASA	1 500 000 UI	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
241	B01AD0102	ESTREPTOQUINASA	ESTREPTOQUINASA	750 000 UI	POLVO ESTÉRIL PARA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014						
No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
					INYECCIÓN	
242	G03CA5701	ESTRÓGENOS CONJUGADOS	ESTRÓGENOS CONJUGADOS	0.625 mg/g (0.0625%)	CREMA VAGINAL	
243	G03CA5702	ESTRÓGENOS CONJUGADOS	ESTRÓGENOS CONJUGADOS	25 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
244	G03CA5703	ESTRÓGENOS CONJUGADOS	ESTRÓGENOS CONJUGADOS O ASOCIADOS	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
245	L04AB0101	ETANERCEPT	ETANERCEPT	25 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN O SOLUCIÓN INYECTABLE	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA.
246	L04AB0102	ETANERCEPT	ETANERCEPT	50 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN O SOLUCIÓN INYECTABLE	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA.
247	L01CB0101	ETOPÓSIDO	ETOPÓSIDO	20 mg/mL (2%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
248	N03AD0101	ETOSUXIMIDA	ETOSUXIMIDA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
249	L02BG0601	EXEMESTANO	EXEMESTANO	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO, RECEPTOR HORMONAL POSITIVO.
250	B02BD0201	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	FACTOR ANTIHEMOFÍLICO	No menos de 100 UI de factor VIII	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
251	B02BD0401	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN	FACTOR ANTIHEMOFÍLICO	No menos de 100 U.I. de factor IX	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
252	A02BA0301	FAMOTIDINA	FAMOTIDINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, TABLETA MASTICABLE, CÁPSULA	
253	N03AB0201	FENITOÍNA	FENITOÍNA	125 mg/5 mL (2.5%)	SUSPENSIÓN ORAL	
254	N03AB0203	FENITOÍNA	FENITOÍNA SÓDICA	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
255	N03AB0202	FENITOÍNA	FENITOÍNA SÓDICA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
256	N03AA0201	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL	20 mg/5 mL (0.4%)	ELIXIR	
257	N03AA0202	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
258	N03AA0203	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL SÓDICO	200 mg/ mL (20%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
259	N03AA0204	FENOBARBITAL	FENOBARBITAL SÓDICO	40 mg/mL (4%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
260	N01AH0101	FENTANILO	FENTANILO CITRATO	0.05 mg/mL (0.005%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
261	N02AB0301	FENTANILO	FENTANILO CITRATO	0.05 mg/mL (0.005%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
262	C04AB0101	FENTOLAMINA	FENTOLAMINA	5 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
263	L04AA2701	FINGOLIMOD	FINGOLIMOD	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE TIPO RECALDA-REMISIÓN O SECUNDARIA PROGRESIVA
264	V03AB1901	FISOSTIGMINA SALICILATO	FISOSTIGMINA SALICILATO	1 mg/mL (0.1 %)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
265	B02BA0101	FITOMENADIONA	FITOMENADIONA (VITAMINA K1)	0,2% - 1%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
266	J02AC0102	FLUCONAZOL	FLUCONAZOL	1%- 4%	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
267	J02AC0103	FLUCONAZOL	FLUCONAZOL	2 mg/mL (0.2%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
268	J02AC0101	FLUCONAZOL	FLUCONAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
269	S01JA0101	FLUORESCEÍNA	FLUORESCEÍNA SÓDICA	2%	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
270	S01BA0701	FLUOROMETOLONA	FLUOROMETOLONA	0.10%	SOLUCIÓN OFTÁLMICA O SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	
271	L01BC0201	FLUOROURACILO	FLUOROURACILO	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
272	L01BC0201	FLUOROURACILO	FLUOROURACILO	5%	UNGUENTO O CREMA O GEL	
273	N06AB0301	FLUOXETINA	FLUOXETINA	20 mg/5 mL (como base) (0.4%)	SOLUCIÓN ORAL	
274	N06AB0302	FLUOXETINA	FLUOXETINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
275	N06AB0801	FLUVOXAMINA	FLUVOXAMINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN DEPRESIÓN MODERADA Y SEVERA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
276	B03BB0101	ÁCIDO FÓLICO	FÓLICO ÁCIDO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
277	V03AF0301	FOLINATO DE CALCIO	FOLINATO DE CALCIO	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE O POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
278	V03AF0302	FOLINATO DE CALCIO	FOLINATO DE CALCIO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
279	B01AX0501	FONDAPARINUX	FONDAPARINUX	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)
280	J05AE0701	FOSAMPRENAVIR	FOSAMPRENAVIR	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA".
281	C09AA0901	FOSINOPRIL	FOSINOPRIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
282	B05AA0201	OTRAS FRACCIONES PROTEICAS DEL PLASMA	FRACCIÓN PROTEICA DEL PLASMA HUMANO	No menos del 4%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
283	L02BA0301	FULVESTRANT	FULVESTRANT	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO O RECURRENTE, RECEPTOR HORMONAL POSITIVO, CON FALLA A LA TERAPIA HORMONAL CON INHIBIDORES DE AROMATASA.
284	G01AX0601	FURAZOLIDONA	FURAZOLIDONA	50 mg/5mL (0,33%)	SUSPENSIÓN ORAL	
285	G01AX0602	FURAZOLIDONA	FURAZOLIDONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
286	C03CA0101	FUROSEMIDA	FUROSEMIDA	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
287	C03CA0102	FUROSEMIDA	FUROSEMIDA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
288	B02BC0101	GELATINA ABSORBENTE, ESPONJA CON	GELATINA ABSORBIBLE ESTÉRIL		ESPONJA	
289	L01BC0501	GEMCITABINA	GEMCITABINA	1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN.
290	L01BC0502	GEMCITABINA	GEMCITABINA	200 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN.
291	C10AB0401	GENFIBROZIL	GEMFIBROZIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
292	J01GB0301	GENTAMICINA	GENTAMICINA (SULFATO)	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
293	J01GB0302	GENTAMICINA	GENTAMICINA (SULFATO)	40 mg/mL (4%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
294	J01GB0303	GENTAMICINA	GENTAMICINA (SULFATO)	80 mg/mL (8%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
295	S01AA1101	GENTAMICINA	GENTAMICINA (SULFATO)	3 mg/mL de base (0,3%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
296	S01AA1102	GENTAMICINA	GENTAMICINA (SULFATO)	0,30%	UNGUENTO OFTÁLMICO	
297	V08AA0501	GLATIRAMERO, ACETATO DE	GLATIRAMERO ACETATO	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE TIPO RECAÍDA-REMISIÓN O SECUNDARIA PROGRESIVA
298	A10BB0101	GLIBENCLAMIDA	GLIBENCLAMIDA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO . CÁPSULA	
299	A06AX0101	GLICEROL	GLICERINA		SUPOSITORIO	ADULTO Y NIÑO
300	H04AA0101	GLUCAGÓN	GLUCAGÓN	1 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS CRISIS HIPOGLICÉMICAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO I.
301	A12BA0501	GLUCONATO DE POTASIO	GLUCONATO DE POTASIO	31%	ELIXIR	
302	L04AB0601	GOLIMUMAB	GOLIMUMAB	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
						TRATAMIENTO CON FARMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS.
303	G03GA0101	GONADOTROPINA CORIÓNIC	GONADOTROPINA CORIÓNIC	5.000 U.I	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
304	N05AD0101	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	5 mg/mL (0.5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
305	N05AD0102	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	2 mg/mL (0.2%)	SOLUCIÓN ORAL	
306	N05AD0103	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
307	N01AB0101	HALOTANO	HALOTANO	Sustancia pura	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	
308	B01AB0001	GRUPO DE LAS HEPARINAS	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR	UI o mg	SOLUCIÓN INYECTABLE	
309	B01AB0101	HEPARINA	HEPARINA SÓDICA	5.000 UI/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
310	C02DB0201	HIDRALAZINA	HIDRALAZINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
311	C03AA0301	HIDROCLOROTIAZIDA	HIDROCLOROTIAZIDA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
312	D07AA0201	HIDROCORTISONA	HIDROCORTISONA (ACETATO)	1%	CREMA	
313	D07AA0202	HIDROCORTISONA	HIDROCORTISONA (ACETATO)	0.50%	LOCIÓN	
314	H02AB0903	HIDROCORTISONA	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SÓDICO)	100 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
315	N02AA0301	HIDROMORFONA	HIDROMORFONA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
316	N02AA0302	HIDROMORFONA	HIDROMORFONA CLORHIDRATO	2 mg/mL (0.2%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
317	N05BB0101	HIDROXIZINA	HIDROXICINA	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
318	B03BA0301	HIDROXICOBALAMINA	HIDROXICOBALAMINA	1 mg/mL (0.1 %)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
319	G03DA0301	HIDROXIPIROGESTERONA	HIDROXIPIROGESTERONA CAPROATO	250 mg/mL (25%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
320	B03AA0701	FERRUGO SULFATO	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO	20 - 25 mg de Hierro/mL (2- 2.5%)	SOLUCIÓN ORAL	
321	B03AA0702	FERROSO SULFATO	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANHIDRO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
322	B03AC0203	HIERRO SACARATADO, ÓXIDO DE	HIERRO PARENTERAL	Mínimo 20 mg de hierro/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
323	A03BB0101	BUTILESCOPOLAMINA	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO	20 mg/mL (2%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
324	A03BB0102	BUTILESCOPOLAMINA	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
325	A03DB0401	BUTILESCOPOLAMINA Y ANALGÉSICOS	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO + DIFIRONA	(3.020 + 2.5)g/5 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
326	M05BA0601	ACIDO IBANDRÓNICO	IBANDRÓNICO ÁCIDO	1 mg/mL (0.1 %)	SOLUCIÓN INYECTABLE	DE CONFORMIDAD CON LA "GUÍA PARA LA PRESCRIPCIÓN DE BIFOSFONATOS".
327	C01CA16	IBOPAMINA	IBOPAMINA CLORHIDRATO.	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
328	M01AE01	IBUPROFENO	IBUPROFENO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
329	L01XE01	IMATINIB	IMATINIB	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (PH+)
330	J01DH51	IMPENEM E ENZIMA INHIBIDORA	IMPENEM + CILASTATINA	500 mg + 500 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
331	N06AA0201	IMIPRAMINA	IMIPRAMINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
332	J05AE0201	INDINAVIR	INDINAVIR	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
333	L04AB0201	INFLIXIMAB	INFLIXIMAB	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS
334	J06BB0101	INMUNOGLOBULINA ANTI-D (RH)	INMUNOGLOBULINA ANTI RH	250 a 300 mcg/2 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
335	A10AB0501	INSULINA ASPARTA	INSULINA ASPARTA	100 U.I./mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
336	A10AE0501	INSULINA DETEMIR	INSULINA DETEMIR	100 U.I./mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
337	A10AE0401	INSULINA GLARGINA	INSULINA GLARGINA	100 U.I./mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
338	A10AB0601	INSULINA GLULISINA	INSULINA GLULISINA	100 U.I./mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
339	A10AE0101	INSULINA (HUMANA)	INSULINA HUMANA	80 - 100 UI/mL	SUSPENSIÓN INYECTABLE	
340	A10AB0401	INSULINA LISPRO	INSULINA LISPRO	100 U.I./mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
341	A10AB0101	INSULINA (HUMANA)	INSULINA ZINC HUMANA, INSULINA HUMANA	80 - 100 UI/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE, SUSPENSIÓN INYECTABLE	
342	A10AD0101	INSULINA (HUMANA)	INSULINA ZINC HUMANA, INSULINA HUMANA, INSULINA ISOFA	80 - 100 UI/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE, SUSPENSIÓN INYECTABLE	
343	A10AC0101	INSULINA (HUMANA)	INSULINA ZINC HUMANA, INSULINA HUMANA, INSULINA NPH	80 - 100 UI/mL	SUSPENSIÓN INYECTABLE	
344	L03AB0401	INTERFERON ALFA-2A	INTERFERON ALFA-2A	(millones de UI)	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE	
345	L03AB0501	INTERFERON ALFA-2B	INTERFERON ALFA-2B	(millones de UI)	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE	
346	L03AB0701	INTERFERON BETA-1A	INTERFERON BETA-1A	TODAS LAS CONCENTRACIONES EXCEPTO 30 MCG (POLVO ESTÉRIL) Y 30 MCG/0,5 ML (SOLUCIÓN INYECTABLE)	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE TIPO RECAÍDA-REMISIÓN O SECUNDARIA PROGRESIVA
347	L03AB0801	INTERFERON BETA-1B	INTERFERON BETA-1B	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE TIPO RECAÍDA-REMISIÓN O SECUNDARIA PROGRESIVA
348	D08AG0201	iodo povidona	iodopovidona	10%	SOLUCIÓN TÓPICA	
349	V08AB0201	IOHEXOL	IOHEXOL	180 mg de yodo/mL (iohexol)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
350	V08AB0202	IOHEXOL	IOHEXOL O IOPAMIDOL	No menos de 300 mg de yodo/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
351	V08AB0401	IOPAMIDOL	IOPAMIDOL	200 mg de yodo/mL (iopamidol)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
352	V08AB0501	IOPROMIDA	IOPROMIDA	No menos de 240 mg de yodo/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
353	V08AA0401	ácido iotalámico	iotalamato de meglumina	80%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
354	V08AB0701	IOVERSOL	IOVERSOL	320 mg de iodo/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
355	R01AX0301	IPRATROPIO, BROMURO DE	IPRATROPIO BROMURO	0,02 mg/dosis	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL)	
356	N01AB0601	ISOFLURANO	ISOFLURANO	Sustancia pura	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	
357	C01DA0801	DINITRATO DE ISOSORBIDA	ISOSORBIDE DINITRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
358	C01DA0802	DINITRATO DE ISOSORBIDA	ISOSORBIDE DINITRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA SUBLINGUAL	
359	N01AX0301	KETAMINA	KETAMINA (CLORHIDRATO)	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
360	J02AB0201	KETOCONAZOL	KETOCONAZOL	100 mg/5 mL (2%)	SUSPENSIÓN ORAL	
361	J02AB0202	KETOCONAZOL	KETOCONAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
362	R06AX1701	KETOTIFENO	KETOTIFENO	1 mg/5 mL (0,02%)	JARABE	
363	R06AX1702	KETOTIFENO	KETOTIFENO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
364	C07AG0101	LABETALOL	LABETALOL	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EMBARAZO.
365	N03AX1801	LACOSAMIDA	LACOSAMIDA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIÉPILEPTICOS

005521

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
366	B05XA3001	COMBINACIONES DE ELECTROLITOS	LACTATO RINGER (SOLUCIÓN HARTMAN)	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	
367	J05AF0501	LAMIVUDINA	LAMIVUDINA	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN ORAL	
368	J05AF0501	LAMIVUDINA	LAMIVUDINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
369	J05AD101	ZIDOVUDINE Y LAMIVUDINE	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
370	N03AX0901	LAMOTRIGINA	LAMOTRIGINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA REFRACTARIA
371	A02BC0301	LANSOPRAZOL	LANSOPRAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
372	S01EE0101	LATANOPROST	LATANOPROST	0.05mg/mL (0.05%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
373	L04AA1301	LEFLUNOMIDA	LEFLUNOMIDA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA
374	L02BG0401	LETROZOL	LETROZOL	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS CON CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO. RECEPTOR HORMONAL POSITIVO.
375	N03AX1401	LEVETIRACETAM	LEVETIRACETAM	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIEPILÉPTICOS
376	N04BA0201	LEVODOPA CON INHIBIDOR DE LA DECARBOXILASA	LEVODOPA + CARBIDOPA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
377	J01MA1201	LEVOFLOXACINO	LEVOFLOXACINO	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN NEUMONÍA EN ADULTOS ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
378	N05AA0201	LEVOMEPRIMAZINA	LEVOMEPRIMAZINA	25 mg/mL (2.5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
379	N05AA0202	LEVOMEPRIMAZINA	LEVOMEPRIMAZINA	40 mg/mL (4%)	SOLUCIÓN ORAL	
380	N05AA0203	LEVOMEPRIMAZINA	LEVOMEPRIMAZINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
381	G03AC0301	LEVONORGESTREL	LEVONORGESTREL	75 mg	IMPLANTE SUBDÉRMICO	
382	G03AC0302	LEVONORGESTREL	LEVONORGESTREL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
383	G03AC0303	LEVONORGESTREL	LEVONORGESTREL	52 mg	DISPOSITIVO INTRAUTERINO	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORRAGIA IDIOPÁTICA AJUSTADA A LOS CRITERIOS DEFINIDOS POR LA FIGO (FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA). ES DECIR, DONDE EL AUMENTO DEL SANGRADO MENSTRUAL SEA SUPERIOR A 80 ML POR CICLO EN UN PERIODO NO INFERIOR A 6 MESES Y EN EL QUE SE DESCARTE EMBARAZO Y LESIONES FÍSICAS COMO PÓLIPO, ADENOMIOSIS, LEIOMIOMAS, HIPERPLASIA Y SOBRE TODO CÁNCER.
384	G03AA0701	LEVONORGESTREL Y ESTRÓGENO	LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
385	H03AA0101	LEVOTIROXINA SÓDICA	LEVOTIROXINA SÓDICA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
386	H03AA0301	LEVOTIROXINA Y LIOTIRONINA COMBINACIONES DE	LEVOTIROXINA SÓDICA + LIOTIRONINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
387	N01BB0201	LIDOCAÍNA	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO	10%	AEROSOL	
388	N01BB0202	LIDOCAÍNA	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO	2%	JALEA	
389	N01BB0203	LIDOCAÍNA	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO	5%	UNGÜENTO	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
390	N01BB5201	LIDOCAÍNA, COMBINACIONES	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO + DEXTROSA (PESADA)	5% + 7,5%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
391	N01BB5202	LIDOCAÍNA, COMBINACIONES	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO CON O SIN EPINEFRINA	1%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
392	N01BB5203	LIDOCAÍNA, COMBINACIONES	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO CON O SIN EPINEFRINA	2%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
393	N01BB5204	LIDOCAÍNA, COMBINACIONES	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO CON O SIN EPINEFRINA	2%	SOLUCIÓN INYECTABLE EN CÁPSULA	
394	C09AA0301	LISINÓPRIL	LIŞINOPRIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
395	N05AN0101	LITIO	LITIO CARBONATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
396	A07DA0301	LOPERAMIDA	LOPERAMIDA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
397	J05AE1102	LOPINAVIR + RITONAVIR	LOPINAVIR + RITONAVIR	(400 mg+ 100 mg)/ 5 mL	JARABE	
398	J05AE1101	LOPINAVIR + RITONAVIR	LOPINAVIR + RITONAVIR	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
399	R06AX1301	LORATADINA	LORATADINA	5 mg/5 mL (0,1%)	JARABE	
400	R06AX1302	LORATADINA	LORATADINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
401	N05BA0601	LORAZEPAM	LÓRAZEPAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
402	C09CA0101	LOSARTAN	LOSARTÁN POTÁSICO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
403	C09DA0101	LOSARTÁN Y DIURÉTICOS	LOSARTÁN POTÁSICO - HIDROCLOROTIAZIDA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
404	C10AA0201	LOVASTATINA	LOVASTATINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
405	B05XA0501	SULFATO DE MAGNESIO	MAGNESIO SULFATO	20%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
406	B05BCD101	MANITOL	MANITOL	10%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
407	B05BCD102	MANITOL	MANITOL	20%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
408	P02CA0101	MEBENDAZOL	MEBENDAZOL	100 mg/5 mL (2%)	SUSPENSIÓN ORAL	
409	P02CA0102	MEBENDAZOL	MEBENDAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
410	G03AA0801	MEDROXIPROGESTERONA Y ESTRÓGENO	MEDROXIPROGESTERONA + ESTRADIOL	25 mg + 5 mg	SOLUCIÓN INYECTABLE	
411	G03AC0601	MEDROXIPROGESTERONA	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	50 mg/mL (5%)	SUSPENSIÓN INYECTABLE	
412	G03AC0602	MEDROXIPROGESTERONA	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
413	V08AA0101	ÁCIDO DIATRIZOICO	MEGLUMINA DIATRIZOATO	60%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
414	L01AA03D1	MELFALAN	MELFALAN	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
415	N02AB0201	PETIDINA (MEPERIDINA)	MEPERIDINA CLORHIDRATO	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
416	L01BB0201	MERCAPTOPURINA	MERCAPTOPURINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
417	J01DH0201	MEROPENEM	MEROPENEM	1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
418	J01DH0202	MEROPENEM	MEROPENEM	500 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
419	A07EC0201	MESALAZINA	MESALAZINA	4 g	ENEMA	
420	A07EC0202	MESALAZINA	MESALAZINA	500 mg	SUPOSITORIO	
421	A07EC0203	MESALAZINA	MESALAZINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

Nº	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
422	N02AC5201	METADONA COMBINACIONES EXCL. PSICOLÉPTICOS	METADONA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
423	A10BA0201	METFORMINA	METFORMINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
424	G02AB0101	METILERGOMETRINA	METILERGOMETRINA MALEATO	0.2 mg/mL (0.02%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
425	N06BA0401	METILFENIDATO	METILFENIDATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
426	H02AB0401	METILPREDNISOLONA	METILPREDNISOLONA (SUCCINATO SÓDICO)	500 mg de base	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
427	H03BB0201	TIAMAZOL	METIMAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
428	M03BA0301	METOCARBAMOL	METOCARBAMOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
429	A03FA0101	METOCLOPRAMIDA	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	5 mg/mL de base (0.5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
430	A03FA0102	METOCLOPRAMIDA	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	4 mg/mL de base (0.4%)	SOLUCIÓN ORAL	
431	A03FA0103	METOCLOPRAMIDA	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
432	C07AB0201	METOPROLOL	METOPROLOL SUCCINATO	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO
433	C07AB0202	METOPROLOL	METOPROLOL TARTRATO	1 mg/mL (0.1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
434	C07AB0201	METOPROLOL	METOPROLOL TARTRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
435	L01BA0101	METOTREXATO	METOTREXATO SÓDICO	50 mg, 10mg/mL (1%); 25mg/mL (2.5%)	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. SOLUCIÓN INYECTABLE	
436	L01BA0102	METOTREXATO	METOTREXATO SÓDICO	500 mg, 100mg/mL (10%)	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN. SOLUCIÓN INYECTABLE	
437	L01BA0103	METOTREXATO	METOTREXATO SÓDICO	2.5 mg/mL (0.25%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
438	L01BA0104	METOTREXATO	METOTREXATO SÓDICO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
439	D05BA0201	METOXSALENO	METOXALENO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
440	G01AF0101	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL	500 mg	OVULO O TABLETA VAGINAL	
441	P01AB0101	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
442	J01XD0101	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL	5 mg/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
443	P01AB0102	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL (BENZOÍLO)	125 mg/5 mL de base (2.5%)	SUSPENSIÓN ORAL	
444	P01AB0103	METRONIDAZOL	METRONIDAZOL (BENZOÍLO)	250 mg/5 mL de base (5%)	SUSPENSIÓN ORAL	
445	L04AA0601	ÁCIDO MICOFENÓLICO	MICOFENOLATO	500 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO EN EL TRASPLANTE DE HÍGADO, CORAZÓN Y RIÑÓN.
446	L04AA0602	ÁCIDO MICOFENÓLICO	MICOFENOLATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	CUBIERTO EN EL TRASPLANTE DE HÍGADO, CORAZÓN Y RIÑÓN.
447	B05BA1002	COMBINACIONES	MICRONUTRIENTES INORGÁNICOS ESENCIALES - ELEMENTOS TRAZA	Entre 4 y 9 elementos	SOLUCIÓN INYECTABLE	
448	B05BA1003	COMBINACIONES	MICRONUTRIENTES ORGÁNICOS ESENCIALES - MULTIVITAMINAS	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	
449	N05CD0801	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM	1 mg/mL (0.1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
450	N05CD0802	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM	5 mg/mL (0.5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
451	N05CD0803	MIDAZOLAM	MIDAZOLAM	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
452	C01CE0201	MILRINONA	MILRINONA	1 mg/mL (0.1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
453	C02DC0101	MINOXIDIL	MINOXIDIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	SEGUN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.
454	G02AD0601	MISOPROSTOL	MISOPROSTOL	200 mcg	TABLETA VAGINAL CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	CUBIERTO EN CASOS DE FETO MUERTO SI ESTE SE PRESENTA EN EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO; EN CASOS DE EVACUACIÓN DE CAVIDAD UTERINA POR FALLO TEMPRANO DEL EMBARAZO CON EDAD GESTACIONAL MENOR DE 22 SEMANAS; PARA EVACUACIÓN DE CAVIDAD UTERINA EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO CUANDO A) LA CONTINUACIÓN CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADO POR UN MÉDICO, B) EXISTA GRAVE MALFORMACIÓN DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA CERTIFICADA POR UN MÉDICO, C) EL EMBARAZO SEA RESULTADO DE UNA CONDUCTA DEBIDAMENTE DENUNCIADA CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O DE TRANSFERENCIA DE ÓVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS O DE INCESTO.
455	N02AA0101	MORFINA	MORFINA	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
456	N02AA0102	MORFINA	MORFINA	30 mg/mL (3%)	SOLUCIÓN ORAL	
457	N02AA0103	MORFINA	MORFINA CLORHIDRATO	30 mg/mL (3%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
458	J01MA1401	MOXIFLOXACINO	MOXIFLOXACINO	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN NEUMONÍA EN ADULTOS ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
459	V03AB1501	NALOXONA	NALOXONA CLORHIDRATO	0.4 mg/mL (0.04%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
460	M01AE0201	NAPROXENO	NAPROXENO	150 mg/ 5mL (3%)	SUSPENSIÓN ORAL	
461	M01AE0202	NAPROXENO	NAPROXENO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
462	L04AA2301	NATALIZUMAB	NATALIZUMAB	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN PREVENCIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE TIPO RECAÍDA-REMISIÓN O SECUNDARIA PROGRESIVA
463	J05AE0401	NELFINAVIR	NELFINAVIR	250 mg/5mL (5%)	SUSPENSIÓN ORAL	
464	J05AE0402	NELFINAVIR	NELFINAVIR	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
465	N07AA0101	NEOSTIGMINA	NEOSTIGMINA METILSULFATO	0.5 mg/mL (0.05%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
466	J05AG0101	NEVIRAPINA	NEVIRAPINA	50 mg/5 mL (1%)	SUSPENSIÓN ORAL	
467	J05AG0102	NEVIRAPINA	NEVIRAPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
468	C08CA0501	NIFEDIPINA	NIFEDIPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA O CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA	
469	C08CA0501	NIMODIPINA	NIMODIPINA	10 mg/50 mL (0.2mg/mL)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
470	C08CA0502	NIMODIPINA	NIMODIPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
471	D01AA0101	NISTATINA	NISTATINA	100.000 UI/g	CREMA	
472	G01AA0101	NISTATINA	NISTATINA	100.000 UI	OVULO O TABLETA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
					VAGINAL	
473	A07AA0201	NISTATINA	NISTATINA	100.000 UI/mL	SUSPENSIÓN ORAL	
474	A07AA0202	NISTATINA	NISTATINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
475	J01XE0101	NITROFURANTOÍNA	NITROFURANTOÍNA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
476	C01DA0201	TRINITRATO DE GLICERILO	NITROGLICERINA	5 mg/mL (0.5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
477	C01CA0301	NOREPINEFRINA	NOREPINEFRINA	1 mg/mL (0.1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
478	G03FA0101	NORETISTERONA Y ESTRÓGENO	NORETINDRONA + ETINILESTRADIOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
479	J01MA0601	NORFLOXACINO	NORFLOXACINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
480	H01CB0201	OCTREOTIDA	OCTREOTIDE	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN CONTROL DE LA HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS EN ADULTOS CON VÁRICES ESOFÁGICAS.
481	N05AH0302	OLANZAPINA	OLANZAPINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO
482	N05AH0301	OLANZAPINA	OLANZAPINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
483	A02BC0101	OMEPRAZOL	OMEPRAZOL	40 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
484	A02BC0102	OMEPRAZOL	OMEPRAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
485	A04AA0101	ONDANSETRÓN	ONDANSETRON	2 mg/mL (0.2%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	CUBIERTO EN QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA
486	A04AA0102	ONDANSETRÓN	ONDANSETRON	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	CUBIERTO EN QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA
487	J01CF0401	OXACILINA	OXACILINA (SAL SÓDICA)	1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
488	N03AF0201	OXCARBAZEPINA	OXCARBAZEPINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIEPILÉPTICOS
489	N02AA0501	OXICODONA	OXICODONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA	
490	V03AN0101	OXÍGENO	OXÍGENO	Gas	GAS	
491	R01AA0501	OXIMETAZOLINA	OXIMETAZOLINA	0.25 mg/mL (0.025%)	SOLUCIÓN NASAL	
492	R01AA0502	OXIMETAZOLINA	OXIMETAZOLINA	0.5 mg/mL (0.05%)	SOLUCIÓN NASAL	
493	H01BB0201	OXITOCINA	OXITOCINA	10 UI/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
494	H01BB0202	OXITOCINA	OXITOCINA	5 UI/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
495	L01CD0101	PACLITAXEL	PACLITAXEL	5.96 - 6 mg/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
496	J06BB1801	PALIVIZUMAB	PALIVIZUMAB	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN REDUCCIÓN DE RIESGO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA POR VIRUS SINICIAL RESPIRATORIO (VSR) EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO
497	M05BA0301	ÁCIDO PAMIDRÓNICO	PAMIDRONATO DISÓDICO	90 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN.	USO DE CONFORMIDAD CON LA "GUÍA PARA LA PRESCRIPCIÓN DE BIFOSFONATOS".
498	M03AC0101	PANCURONIO	PANCURONIO BROMURO	2 mg/mL (0.2%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
499	A02BC0201	PANTOPRAZOL	PANTOPRAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
500	N06AB0501	PAROXETINA	PAROXETINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN DEPRESIÓN MODERADA Y SEVERA
501	L03AA1301	PEGFILGRASTIM	PEGFILGRASTIM	1 mg/0.1 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	CUBIERTO PARA LA PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LA NEUTROPENIA FEBRIL PARA PACIENTES QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA CITOTÓXICA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER (TUMORES

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
						SÓLIDOS Y LÍQUIDOS)
502	M01CC0101	PENICILAMINA	PENICILAMINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
503	J01CE0201	FENOXIMETILPENICILINA	PENICILINA FENOXIMETILICA (Y SALES)	250 mg/5 mL (5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	
504	J01CE0202	FENOXIMETILPENICILINA	PENICILINA FENOXIMETILICA (Y SALES)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
505	J01CE0801	BENCILPENICILINA BENZATÍNICA	PENICILINA G BENZATÍNICA	1.200.000 U.I.	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
506	J01CE0802	BENCILPENICILINA BENZATÍNICA	PENICILINA G BENZATÍNICA	2.400.000 U.I.	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
507	J01CE0901	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA	PENICILINA G PROCAÍNICA	400.000 U.I.	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
508	J01CE0902	BENCILPENICILINA PROCAÍNICA	PENICILINA G PROCAÍNICA	800.000 U.I.	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
509	J01CE0101	BENCILPENICILINA	PENICILINA G SÓDICA O POTÁSICA CRISTALINA	1.000.000 U.I.	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
510	J01CE0102	BENCILPENICILINA	PENICILINA G SÓDICA O POTÁSICA CRISTALINA	5.000.000 U.I.	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
511	S01EB0101	PILOCARPINA	PILOCARPINA CLORHIDRATO O NITRATO	20 mg/mL (2%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
512	J01CR0501	PIPERACILINA E INHIBIDORES DE LA ENZIMA	PIPERACILINATAZOBACTAM	4,5 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
513	P02CB0101	PIPERAZINA	PIPERAZINA	1 g/5 mL (20%)	JARABE	
514	N05AC0401	PIROTIAZINA	PIROTIAZINA PALMITATO	25 mg/mL (2,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
515	P02CC0102	PIRANTEL	PIRANTEL (EMBOATO O PAMOATO)	250 mg/5 mL como base (5%)	SUSPENSIÓN ORAL	
516	P02CC0101	PIRANTEL	PIRANTEL (EMBOATO O PAMOATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
517	N07AA0201	PIRIDOSTIGMINA	PIRIDOSTIGMINA BROMURO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
518	A11HA0201	PIRIDOXINA (VIT B ₆)	PIRIDOXINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
519	B05AX0301	PLASMA SANGUÍNEO	PLASMA HUMANO		SUSTANCIA PURA	
520	D06BA0101	PLATA	PLATA SULFADIAZINA	1%	CREMA	
521	D10AX9501	PODOFILOTOXINA	PODOFILINA	20%	SOLUCIÓN TÓPICA	
522	B05XA0101	CLORURO DE POTASIO	POTASIO CLORURO	2 mEq/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
523	B05XA0601	ELECTROLITOS	POTASIO FOSFATO	Fosfato 3 mEq/ml Potasio 4 mEq/ml	SOLUCIÓN INYECTABLE	
524	V03AB0401	PRALIDOXIMA	PRALIDOXIMA	2%	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
525	B01AC2201	PRASUGREL	PRASUGREL	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)
526	C10AA0301	PRAVASTATINA	PRAVASTATINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
527	P02BA0101	PRAZICUANTEL	PRAZICUANTEL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
528	C02CA0101	PRazosina	PRazosina	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
529	H02AB0601	PREDNISOLONA	PREDNISOLONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
530	S01CA0201	PREDNISOLONA Y MIDRIÁTICOS	PREDNISOLONA + FENILEFRINA	1% + 0,12%	SUSPENSIÓN OFTÁLMICA	
531	H02AB0701	PREDNISONA	PREDNISONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
532	N03AA0301	PRIMIDONA	PRIMIDONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
533	L01XB0101	PROCARBAZINA	PROCARBAZINA (CLORHIDRATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
534	S01HA0401	PROXIMETACAÍNA	PROPARACAÍNA CLORHIDRATO	5 mg/mL (0,5%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
535	H03BA0201	PROPILOTIURACILO	PROPILOTIURACILO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
536	C07AA0501	PROPRANOLOL	PROPRANOLOL CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
537	V03AB1401	PROTAMINA	PROTAMINA SULFATO	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
538	N05AH0401	QUETIAPINA	QUETIAPINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO
539	C09AA0601	QUINAPRIL	QUINAPRIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
540	A02BC0401	RABEPRAZOL	RABEPRAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
541	C09AA0501	RAMIPRIL	RAMIPRIL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
542	A02BA0201	RANITIDINA	RANITIDINA (CLORHIDRATO)	25 mg/mL (2,5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
543	A02BA0202	RANITIDINA	RANITIDINA (CLORHIDRATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
544	V03AE0101	POLUESTIRENO, SULFONATO DE	POLUESTIRENO, SULFONATO DE	100 g	POLVO Y SUSPENSIÓN ORAL (ENEMA)	
545	D10AD0201	RETINOL	RETINOICO ÁCIDO	0,05%	CREMA	
546	D10AD0202	RETINOL	RETINOICO ÁCIDO	0,05%	LOCIÓN	
547	B05XA3002	COMBINACIONES DE ELECTROLITOS	RINGER	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	
548	N05AX0805	RISPERIDONA	RISPERIDONA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TERAPIA COMBINADA CON ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO
549	N05AX0801	RISPERIDONA	RISPERIDONA	25 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
550	N05AX0802	RISPERIDONA	RISPERIDONA	37,5 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
551	N05AX0803	RISPERIDONA	RISPERIDONA	50 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
552	N05AX0804	RISPERIDONA	RISPERIDONA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA
553	J05AE0301	RITONAVIR	RITONAVIR	80 mg / mL (8%)	SOLUCIÓN ORAL	
554	J05AE0302	RITONAVIR	RITONAVIR	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA.	
555	L01XC0201	RITUXIMAB	RITUXIMAB	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	CUBIERTO PARA EL TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDEA MODERADA A SEVERA Y EN TRATAMIENTO DE LINFOMA NO HODKING
556	N06DA0305	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA	18 mg	PARCHE	CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA.
557	N06DA0306	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA	27 mg	PARCHE	CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA.
558	N06DA0307	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA	9 mg	PARCHE	CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
559	N06DA0304	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA.
560	C10AA0701	ROSUVASTATINA	ROSUVASTATINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
561	R03CC0203	SALBUTAMOL	SALBUTAMOL (SULFATO)	2 mg/5 mL (0,04%)	JARABE	
562	R03CC0204	SALBUTAMOL	SALBUTAMOL (SULFATO)	0,5 mg/mL (0,05%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
563	R03AC0201	SALBUTAMOL	SALBUTAMOL (SULFATO)	100 mcg/dosis	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN (AEROSOL)	
564	R03AC0202	SALBUTAMOL	SALBUTAMOL (SULFATO)	0,50%	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	
565	R03CC0205	SALBUTAMOL	SALBUTAMOL (SULFATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
566	A07CA9901	ELECTROLITOS CON CARBOHIDRATOS REHIDRATACIÓN ORAL	SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL	Componentes expresados en g/L	POLVO PARA DISOLVER EN UN LITRO DE AGUA.	FÓRMULA OMS
567	J05AE0101	SAQUINAVIR	SAQUINAVIR	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA"
568	N06AB0601	SERTRALINA	SERTRALINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
569	C10AA0101	SIMVASTATINA	SIMVASTATINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
570	B05XA0201	BICARBONATO DE SODIO	SODIO BICARBONATO	1 mEq/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
571	B05BB0101	ELECTROLITOS	SODIO CLORURO	0,90%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
572	B05XA0301	CLORURO DE SODIO	SODIO CLORURO	2 mEq/mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
573	V08AA0102	ÁCIDO DIATRIZOICO	SODIO DIATRIZOATO + MEGLUMINA DIATRIZOATO	10% + 66%	SOLUCIÓN INYECTABLE	
574	V08AA0103	ÁCIDO DIATRIZOICO	SODIO DIATRIZOATO + MEGLUMINA DIATRIZOATO	10% + 66%	SOLUCIÓN ORAL	
575	A01AA0101	FLUORURO DE SODIO	SODIO FLUORURO ACIDULADO	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN TÓPICA	
576	V03AB0601	TIOSULFATO	SODIO HIPOSULFITO	0,5 g/mL (50%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
577	V03AB0801	NITRATO DE SODIO	SODIO NITRITO	30 mg/mL (3%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
578	C02DD0101	NITROPRUSIATO	SODIO NITROPRUSIATO	50 mg ; 25 mg/mL (2,5%)	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN Y SOLUCIÓN INYECTABLE	
579	B05DA9901	SOLUCIONES ISOTÓNICAS	SOLUCIONES PARA DIÁLISIS PERITONEAL	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN ESTÉRIL	
580	B05ZA9901	CONCENTRADOS PARA HEMODIÁLISIS	SOLUCIONES PARA HEMODIÁLISIS	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE. SOLUCIÓN PARA IRRIGACIÓN, GRÁNULOS/ POLVOS PARA RECONSTITUIR	
581	V08CA0101	ÁCIDO GADOPENTÉTICO	SOLUCIONES QUE LIBEREN GADOLINIO	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	
582	H01CB0101	SOMATOSTATINA	SOMATOSTATINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN CONTROL DE LA HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS EN ADULTOS CON VÁRCES ESOFÁGICAS.
583	H01AC0101	SOMATOTROPINA	SOMATROPINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN RETARDO DEL CRECIMIENTO EN MENORES DE 18 AÑOS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)
584	M03AB0101	SUXAMETONIO	SUCCINILCOLINA	100 mg/ mL (10%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
585	A02BX0201	SUCRALFATO	SUCRALFATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
586	J06AA0301	SUERO ANTIOFIDICO	SUERO ANTIOFIDICO MONOVALENTE (BOTHROPS)	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
587	J06AA0302	SUERO ANTIOFIDICO	SUERO ANTIOFIDICO POLIVALENTE	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
588	J06AA0601	ANTIRRÁBICO. SUERO	SUERO ANTIRRÁBICO	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
589	S01AB0401	SULFACETAMIDA	SULFACETAMIDA SÓDICA	100 mg/mL (10%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
590	S01AB0402	SULFACETAMIDA	SULFACETAMIDA SÓDICA	300 mg/mL (30%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
591	A07EC0101	SULFASALAZINA	SULFASALAZINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

Nº	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
592	R07AA0201	FOSFOLÍPIDOS NATURALES	SURFACTANTE PULMONAR (FOSFOLÍPIDOS)	25-80 mg/mL (2.5-8%)	SUSPENSIÓN INYECTABLE	
593	L04AD0201	TACROLIMO	TACROLIMUS	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN INMUNOSUPRESIÓN PRIMARIA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL
594	L02BA0101	TAMOXIFENO	TAMOXIFENO (CITRATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
595	P01ACD401	TECLOZÁN	TECLOZÁN	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
596	J05AR0301	TENOFOVIR+EMTRICITABINA	TENOFOVIR+EMTRICITABINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA".
597	R03DA0401	TEOFILINA	TEOFILINA	125 mg	CÁPSULA O TABLETA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA	
598	R03DA0402	TEOFILINA	TEOFILINA	300 mg	CÁPSULA O TABLETA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA	
599	R03DA0403	TEOFILINA	TEOFILINA	80 mg/15 mL	ELIXIR	
600	R03CC0302	TERBUTALINA	TERBUTALINA SULFATO	1.5 mg/5 mL (0.03%)	JARABE	
601	R03CC0303	TERBUTALINA	TERBUTALINA SULFATO	0.5 mg/mL (0.05%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
602	R03AC0301	TERBUTALINA	TERBUTALINA SULFATO	1%	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	
603	R03CC0304	TERBUTALINA	TERBUTALINA SULFATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
604	H01BA0401	TERLIPRESINA	TERLIPRESINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN CONTROL DE LA HEMORRAGIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS EN ADULTOS CON VÁRICES ESOFÁGICAS.
605	G03BA0301	TESTOSTERONA	TESTOSTERONA ÉSTER	250 mg/mL (25%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
606	S01HA0301	TETRACAÍNA	TETRACAÍNA CLORHIDRATO	5 mg/mL (0.5%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
607	J01AA0701	TETRACICLINA	TETRACICLINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
608	A11DA0101	TIAMINA (VIT B1)	TIAMINA	100 mg/mL (10%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
609	A11DA0102	TIAMINA (VIT B1)	TIAMINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
610	S01ED0101	TIMOLOL	TIMOLOL MALEATO	2.5 mg/mL (0.25%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
611	S01ED0102	TIMOLOL	TIMOLOL MALEATO	5 mg/mL (0.5%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
612	P01AB0202	TINIDAZOL	TINIDAZOL	1 g/5 mL (20%)	SUSPENSIÓN ORAL	
613	P01AB0201	TINIDAZOL	TINIDAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
614	L01BB0301	TIOGUANINA	TIOGUANINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
615	N01AF0301	TIOPENTAL	TIOPENTAL SÓDICO	1 g	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
616	N05AC0201	TIORIDAZINA	TIORIDAZINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
617	N05AC0202	TIORIDAZINA	TIORIDAZINA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA DE LIBERACIÓN PROGRAMADA	
618	B01AC1701	TIROFIBÁN	TIROFIBÁN	0.25mg/mL (0.025%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DEL EVENTO CORONARIO AGUDO
619	L04AC0701	TOCILIZUMAB	TOCILIZUMAB	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-REUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
						ENFERMEDAD (FARME) NO BIOLÓGICOS
620	N03AX1101	TOPIRAMATO	TOPIRAMATO	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIEPILEPTICOS
621	J07AM0101	TETÁNICO, TOXOIDE	TOXOIDE TETÁNICO	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
622	N02AX0203	TRAMADOL	TRAMADOL CLORHIDRATO	100 mg/mL (10%)	SOLUCIÓN ORAL	
623	N02AX0202	TRAMADOL	TRAMADOL CLORHIDRATO	50 mg/mL (5%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
624	B02AA0201	ÁCIDO TRANEXÁMICO	TRANEXÁMICO ÁCIDO	100 mg/mL (10%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
625	B02AA0202	ÁCIDO TRANEXÁMICO	TRANEXÁMICO ÁCIDO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
626	L01XC0301	TRASTUZUMAB	TRASTUZUMAB	440 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA TEMPRANO CON SOBRE EXPRESIÓN DE HER2+ Y CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO CON SOBREENEXPRESIÓN DE HER2+, PREVIA CONFIRMACIÓN DEL ESTADO HER 2+
627	N06AX0501	TRAZODONA	TRAZODONA CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
628	J01EE0101	SULFAMETOXAZOL Y TRIMETOPRIMA	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL	(80mg+400mg) / 5 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
629	J01EE0102	SULFAMETOXAZOL Y TRIMETOPRIMA	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL	(40 + 200) mg/5 mL (0.8% + 4%)	SUSPENSIÓN ORAL	
630	J01EE0103	SULFAMETOXAZOL Y TRIMETOPRIMA	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
631	S01FA5601	TROPICAMIDA	TROPICAMIDA	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA	
632	J07BG0101	RABIA, VIRUS ENTERO INACTIVADO	VACUNA ANTIRRÁBICA	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
633	J07BC0101	HEPATITIS B, ANTIGENO PURIFICADO DE	VACUNA CONTRA HEPATITIS B	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA"
634	J07AL0102	SUERO / INMUNOGLOBULINA ANTINEUMOCOCO	VACUNA CONTRA NEUMOCOCO	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	SEGÚN LAS "GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA"
635	J05AB1101	VALACICLOVIR	VALACICLOVIR	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR HERPES VIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
636	N03AG0101	ÁCIDO VALPROICO	VALPROICO ÁCIDO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
637	N03AG0102	ÁCIDO VALPROICO	VALPROICO SÓDICO	250 mg/5 mL como ácido (5%)	JARABE	
638	J01XA0101	VANCOMICINA	VANCOMICINA (CLORHIDRATO)	500 mg de base	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
639	M03AC0301	VECURONIO	VECURONIO BROMURO	10 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
640	D09AB0101	ZINC, VENDAJES CON, SIN SUPLEMENTOS	VENDAJE CON GELATINA DE ZINC	No inferior al 10% de zinc	PREPARACIÓN MAGISTRAL	
641	C08DA0101	VERAPAMILLO	VERAPAMILLO CLORHIDRATO	2,5 mg/ mL (0,25%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
642	C08DA0102	VERAPAMILLO	VERAPAMILLO CLORHIDRATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	
643	N03AG0401	VIGABATRINA	VIGABATRINA	Incluye todas las concentraciones	INCLUYE TODAS LAS FORMAS FARMACÉUTICAS	CUBIERTO PARA USO EN EPILEPSIA REFRACTARIA A OTROS ANTIEPILEPTICOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

A. LISTADO GENERAL DE MEDICAMENTOS POS 2014

No	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
644	L01CA0101	VINBLASTINA	VINBLASTINA SULFATO	10 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
645	L01CA0202	VINCISTINA	VINCISTINA SULFATO	1 mg/mL (0,1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
646	A11CA0101	RETINOL (VIT A)	VITAMINA A (ACETATO O PALMITATO)	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA.	
647	B01AA0301	WARFARINA	WARFARINA SÓDICA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA.	
648	J05AF0102	ZIDOVUDINA	ZIDOVUDINA	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN ORAL	
649	J05AF0101	ZIDOVUDINA	ZIDOVUDINA	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA.	
650	J05AF0103	ZIDOVUDINA	ZIDOVUDINA	10 mg/mL (1%)	SOLUCIÓN INYECTABLE	
651	A12CB0101	SULFATO DE ZINC	ZINC SULFATO	Incluye todas las concentraciones	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA.	PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA Y PERSISTENTE EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS
652	A12CB0102	SULFATO DE ZINC	ZINC SULFATO	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN ORAL, JARABE	PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA Y PERSISTENTE EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS
653	M05BA0801	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO	ZOLEDRÓNICO ÁCIDO	4 mg; 4 mg/5mL (0,08%) y 4 mg/10mL (0,04%)	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN, SOLUCIÓN INYECTABLE, SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN O PERFUSIÓN	CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DE HIPERCALCEMIA DE MALIGNIDAD (EXCLUYENDO LOS CASOS ASOCIADOS A HIPERPARATIROIDISMO Y LOS NO RELACIONADOS CON TUMORES) Y MIELOMA MÚLTIPLE Y METASTASIS ÓSEA DOCUMENTADA DE TUMORES SÓLIDOS COMO COADYUVANTE DE LA TERAPIA ANTINEOPLÁSICA CONVENCIONAL (PARA USO EN CÁNCER DE PRÓSTATA, SÓLO ESTÁ INDICADO SI ESTE HA AVANZADO DESPUÉS DE SU MANEJO CON POR LO MENOS UNA TERAPIA HORMONAL). TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA.
654	M05BA0802	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO	ZOLEDRÓNICO ÁCIDO	5 mg/100 mL (0,005%)	SOLUCIÓN INYECTABLE Y/O SOLUCIÓN PARA INFUSIÓN	CUBIERTO EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET. TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES POSTMENOPAUSICAS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA A FRACTURAS VERTEBRALES, DE LA CADERA Y OTRAS FRACTURAS NO VERTEBRALES, Y PARA INCREMENTAR LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA. TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN VARONES. PREVENCIÓN DE FRACTURAS CLÍNICAS TRAS UNA FRACTURA DE CADERA EN VARONES Y MUJERES.

B. LISTADO DE MEDICAMENTOS PARA PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA - POS 2014

No.	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
655	P01BE5201	ARTEMETER COMBINACIONES	ARTEMETER + LUMENFANTRINE	20 + 120 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA.	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

B. LISTADO DE MEDICAMENTOS PARA PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA - POS 2014

No.	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
656	P01BE0301	ARTESUNATO	ARTESUNATO	60 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
657	P01BE0302	ARTESUNATO	ARTESUNATO	Incluye todas las concentraciones	SUPOSITORIOS	
658	P01CA0201	BENZONIDAZOL	BENZONIDAZOL	100mg/ mL	SUSPENSIÓN ORAL	
659	P01CA0202	BENZONIDAZOL	BENZONIDAZOL	100 mg	TABLETA	
660	J04BA0101	CLOFAZIMINA	CLOFAZIMINA	100 mg	CÁPSULA	
661	P01BA0101	CLOROQUINA	CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	25 mg/5 mL de base (0,5%)	JARABE	
662	P01BA0102	CLOROQUINA	CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	80 mg/2 mL de base	SOLUCIÓN INYECTABLE	
663	P01BA0103	CLOROQUINA	CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	420 mg/5 mL de base	SOLUCIÓN INYECTABLE	
664	P01BA0104	CLOROQUINA	CLOROQUINA (DIFOSFATO O SULFATO)	150 mg de base	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
665	J04BA0201	DAPSONA	DAPSONA	100 mg	TABLETA	
666	P01CB0201	ESTIBOGLUCONATO DE SODIO	ESTIBOGLUCONATO DE SODIO	100mg/ml	SOLUCIÓN INYECTABLE	
667	J01GA0101	ESTREPTOMICINA	ESTREPTOMICINA (SULFATO)	1 g de base	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
668	J04AK0201	ETAMBUTOL	ETAMBUTOL CLORHIDRATO	400 mg	TABLETA	
669	J04AD0301	ETIONAMIDA	ETIONAMIDA	250 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
670	J04AC0101	ISONIAZIDA	ISONIAZIDA	100 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
671	J04AC0102	ISONIAZIDA	ISONIAZIDA	300 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
672	P01BC0201	MEFLOQUINA	MEFLOQUINA	250 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
673	P01CB0101	MEGLUMINA, ANTIMONIATO DE	MEGLUMINA ANTIMONIATO	1.5 g/5 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
674	L01XX0902	MILTEFOSINA	MILTEFOSINA	50 mg	CÁPSULA	
675	L01XX0901	MILTEFOSINA	MILTEFOSINA	8g/100ml	SUSPENSIÓN ORAL	
676	P01CC0101	NIFURTIMOX	NIFURTIMOX	120 mg	TABLETA	
677	P01CX0101	PENTAMIDINA	PENTAMIDINA	200 mg	PÓLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	
678	P01CX0102	PENTAMIDINA	PENTAMIDINA	5 -10 %	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	
679	J04AK0101	PIRAZINAMIDA	PIRAZINAMIDA	500 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
680	J04AK0102	PIRAZINAMIDA	PIRAZINAMIDA	400 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
681	P01BD0101	PIRIMETAMINA	PIRIMETAMINA	25 mg	TABLETA O CÁPSULA	
682	P01BD5101	PIRIMETAMINA COMBINACIONES	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA	(25 + 500) mg/5 mL (0,5% + 10%)	SUSPENSIÓN ORAL	
683	P01BD5102	PIRIMETAMINA COMBINACIONES	PIRIMETAMINA + SULFADOXINA	(25 + 500) mg	TABLETA O CÁPSULA	
684	P01BA0301	PRIMAQUINA	PRIMAQUINA (FOSFATO)	5 mg de base	TABLETA O CÁPSULA	
685	P01BA0302	PRIMAQUINA	PRIMAQUINA (FOSFATO)	15 mg de base	TABLETA O CÁPSULA	
686	P01BC0101	QUININA	QUININA DICLORHIDRATO	100 mg/2 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	
687	P01BC0102	QUININA	QUININA SULFATO	200 mg	CÁPSULA	
688	P01BC0103	QUININA	QUININA SULFATO	300 mg	CÁPSULA	
689	P01BC0104	QUININA	QUININA SULFATO	600 mg	CÁPSULA	
690	J04AB0401	RIFABUTINA	RIFABUTINA	250 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
691	J04AB0201	RIFAMPICINA	RIFAMPICINA	100 mg/5 mL (2%)	JARABE	
692	J04AB0202	RIFAMPICINA	RIFAMPICINA	300 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
693	J04AM0201	RIFAMPICINA E ISONIAZIDA	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA	(150 + 150) mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
694	J04AM0202	RIFAMPICINA E ISONIAZIDA	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA	(80 + 60) mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

B. LISTADO DE MEDICAMENTOS PARA PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA - POS 2014

No.	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
					LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
695	J04AM0203	RIFAMPICINA E ISONIAZIDA	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA	(300 + 150) mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO. CÁPSULA	
696	J04AM0501	RIFAMPICINA, PIRAZINAMIDA E ISONIAZIDA	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA	(60 + 30 + 150) mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
697	J04AM0601	RIFAMPICINA, PIRAZINAMIDA, ETAMBUTOL E ISONIAZIDA	RIFAMPICINA + ISONIAZIDA + PIRAZINAMIDA + ETAMBUTOL	(150 + 75 + 400 + 275) mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
698	J07BD5201	SARAMPiÓN, VIRUS VIVO ATENUADO COMBINADO CON LA VACUNA CONTRA LA PAROTIDITIS Y LA RUBÉOLA	SARAMPiÓN, RUBÉOLA, PAPERAS (SRP)	Incluye todas las concentraciones	SOLUCIÓN INYECTABLE	
699	L04AX0201	TALIDOMIDA	TALIDOMIDA	100 mg	TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	
700	J04AM0401	TIOACETAZONA E ISONIAZIDA	TIOACETAZONA + ISONIAZIDA	(150 + 300) mg tableta	TABLETA	
701	J07AM5101	TETÁNICO, TOXOIDE, COMBINACIONES CON TOXOIDE DIFTÉRICO	TOXOIDE DIFTÉRICO-TETÁNICO	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
702	J07BL0101	FIEBRE AMARILLA, VIRUS VIVO ATENUADO	VACUNA ANTIAMARILICA	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
703	J07BF0201	POLIOMIELITIS, VACUNA ORAL, VIRUS VIVO ATENUADO, MONOVALENTE	VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA	Incluye todas las concentraciones	ORAL	
704	J07AL0102	NEUMOCOCCO, ANTIGENO DE POLISACÁRIDO PURIFICADO	VACUNA CONTRA STREPTOCOCCO PNEUMONIAE	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	USO EN POBLACIÓN MENOR DE 2 AÑOS DE ALTO RIESGO
705	J07AG0101	HAEMOPHILUS INFLUENZAE B, ANTIGENO PURIFICADO CONJUGADO	VACUNA CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
706	J07CA9901	DIFTERIA-POLIOMIELITIS-TÉTANOS	VACUNA CONTRA LA DIFTERIA, TÉTANO Y TOS FERINA (D.P.T.)	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
707	L03AX0301	TUBERCULOSIS, MICOBACTERIA VIVA ATENUADA	VACUNA CONTRA LA TUBERCULOSIS (B.C.G.)	Incluye todas las concentraciones	INYECTABLE	
708	J07BH0101	ROTAVIRUS, VIRUS VIVO ATENUADO	VACUNA CONTRA ROTAVIRUS	Incluye todas las concentraciones	SUSPENSIÓN ORAL	

C. VARIOS

No.	Código (ATC)	DESCRIPCIÓN CÓDIGO ATC	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN
709	V06CL001251	FÓRMULA PARA INFANTES	FÓRMULA LÁCTEA PARA NIÑOS LACTANTES MENORES DE SEIS (6) MESES		POLVO	CUBIERTO PARA HIJOS DE MUJERES VIH POSITIVAS, SEGÚN EL CRITERIO DEL MÉDICO O NUTRICIONISTA TRATANTE.
710	V06DX01	OTRAS COMBINACIONES DE NUTRIENTES	ALIMENTO EN POLVO CON VITAMINAS, HIERRO Y ZINC	Composición por gramo: Hierro: 12.5 como Hierro elemental, preferiblemente encapsulado como fumarato ferroso; Vitamina A (Retinol): 300 mcg; Zinc: 5 mg preferiblemente como Gluconato de Zinc. Adicionalmente puede contener otras vitaminas y minerales.	POLVO	SEGÚN GUÍA OMS PARA MENORES ENTRE (6) Y VEINTICUATRO (24) MESES.

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

Anexo 02

Listado de Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1	01.0.1	PUNCIÓN CISTERNAL
2	01.0.2	PUNCIÓN [ASPIRACION DE LÍQUIDO] VENTRICULAR
3	01.0.9	OTRA PUNCIÓN CRANEAL
4	01.1.1	BIOPSIA DE CRANEO
5	01.1.2	BIOPSIA DE MENINGE CEREBRAL
6	01.1.3	BIOPSIA DE CEREBRO
7	01.2.1	INCISIÓN Y DRENAJE DE SENO FRONTAL
8	01.2.2	EXTRACCIÓN DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL
9	01.2.3	REAPERTURA DE CRANEOTOMIA
10	01.2.4	OTRAS CRANEOTOMIAS (DESCOMPRESIVAS/EXPLORATORIAS)
11	01.2.5	OTRAS CRANIECTOMIAS
12	01.3.1	INCISIÓN DE MENINGES CEREBRALES
13	01.3.2	LOBOTOMIA Y TRACTOTOMIA (LESIONES PARA CIRUGIA FUNCIONAL)
14	01.4.1	PROCEDIMIENTOS EN TALAMO
15	01.4.2	PROCEDIMIENTOS EN GLOBO PALIDO
16	01.5.1	ESCISIÓN DE LESIÓN CRANEAL
17	01.5.2	RESECCIÓN DE TUMORES DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR
18	01.5.3	RESECCIÓN DE TUMORES DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA MEDIA
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (01.5.3), salvo: Resección de tumor de la base del cráneo, fosa media, por craneotomía guiada por estereotaxia
19	01.5.4	RESECCIÓN DE TUMORES DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA POSTERIOR
20	01.5.5	RESECCIÓN DE TEJIDO CRANEAL
21	01.6.1	RESECCIÓN DE TUMORES EN MENINGES CEREBRALES
22	01.6.2	RESECCIÓN TUMORES DE LA HOZ
23	01.6.3	RESECCIÓN TUMORES DEL TENTORIO
24	01.6.4	RESECCIÓN DE OTRA LESIÓN DE MENINGE CEREBRAL

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
25	01.7.0	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES
26	01.7.2	RESECCIÓN DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFERICOS
27	01.7.3	RESECCIÓN TUMORES INFRATENTORIALES HEMISFERICOS
28	01.7.4	RESECCIÓN DE TUMORES DE LINEA MEDIA SUPRATENTORIALES
29	01.7.5	RESECCIÓN DE TUMORES DE LINEA MEDIA INFRATENTORIALES
30	01.7.6	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES
31	01.7.7	RESECCIÓN DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (01.7.7), salvo: Resección de lesiones ventriculares infratentoriales, por endoscopia	
32	01.7.8	RESECCIÓN DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (01.7.8), salvo: Resección de lesiones intraventriculares de línea media, por endoscopia	
33	01.8.1	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL
34	01.8.2	HEMISFERECTOMIA CEREBELOSA
35	01.9.1	LOBECTOMIA POR CRANEOTOMIA
36	01.9.2	LOBECTOMIA POR CRANIECTOMIA
37	02.0.1	APERTURA DE SUTURA CRANEAL
38	02.0.2	ELEVACIÓN DE FRAGMENTOS DE FRACTURA DE CRANEO (ESQUIRLECTOMIA)
39	02.0.4	INJERTO ÓSEO EN CRANEO
40	02.0.5	INSERCIÓN O SUSTITUCION DE PLACA CRANEAL (METALICA, ACRILICA)
41	02.0.6	OTRAS OSTEOPLASTIAS CRANEALES
42	02.0.7	EXTRACCIÓN DE PLACA CRANEAL
43	02.1.1	SUTURA SIMPLE DE DURAMADRE CEREBRAL
44	02.1.2	OTRAS REPARACIONES DE MENINGES CEREBRALES
45	02.2.1	VENTRICULOSTOMIA INTERNA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (02.2.1), salvo: Craneotomía con fenestración endoscópica	
46	02.2.2	VENTRICULOSTOMIA EXTERNA
47	02.2.3	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL, SIN VALVULA
48	02.3.2	DERIVACIÓN VENTRICULAR A APARATO CIRCULATORIO
49	02.3.4	DERIVACIÓN VENTRICULAR A CAVIDAD Y ORGANOS ABDOMINALES
50	02.4.1	IRRIGACION DE DERIVACIÓN VENTRICULAR
51	02.4.2	SUSTITUCION DE DERIVACIÓN VENTRICULAR
52	02.4.3	EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN
53	02.5.0	IMPLANTE DE CATETER (INTRAVENTRICULAR, INTRACISTICO) CON RESERVORIO SUBCUTANEO
54	02.8.1	LISIS DE ADHERENCIAS CORTICALES
55	02.8.2	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO DE MONITORIA PARA PRESION INTRACRANEANA
56	02.8.3	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (02.8.3), salvo: Inserción de rejilla subdural	

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
57	03.0.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO
58	03.0.2	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES
59	03.0.3	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DE RAIZ DE NERVIO ESPINAL
60	03.0.4	DRENAJE DE COLECCIÓN ESPINAL EPIDURAL
61	03.1.1	RIZOTOMIA DE NERVIO ESPINAL
62	03.2.1	CORDOTOMIA PERCUTÁNEA
63	03.2.2	CORDOTOMIA ABIERTA
64	03.2.3	TRACTOTOMIA (UNO O DOS PAQUETES) DE MEDULA ESPINAL
65	03.2.4	MIELOTOMIA
66	03.3.1	PUNCIÓN LUMBAR
67	03.3.2	BIOPSIA DE MEDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES
68	03.4.1	RESECCIÓN DE TUMORES DEL FORAMEN MAGNO
69	03.4.2	RESECCIÓN DE TUMORES EXTRADURALES (EPIDURALES)
70	03.4.3	RESECCIÓN DE TUMORES INTRADURALES EXTRAMEDULARES
71	03.4.4	RESECCIÓN DE TUMORES INTRADURALES INTRAMEDULARES
72	03.5.1	CORRECCIÓN DE MALFORMACIONES DE MEDULA ESPINAL
73	03.5.2	CORRECCIÓN DE ANOMALIAS DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL
74	03.5.4	REPARACIÓN DE MENINGE ESPINAL
75	03.5.5	REPARACIÓN DE FÍSTULA ESPINAL DE LCR
76	03.6.1	LISIS O RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES
77	03.7.1	DERIVACIÓN SIRINGO PERITONEAL ESPINAL
78	03.7.2	DERIVACIÓN SIRINGO SUBDURAL ESPINAL
79	03.7.3	DERIVACIÓN LUMBAR INTERNA
80	03.7.4	DERIVACIÓN LUMBAR EXTERNA
81	03.7.5	DERIVACIÓN SIRINGO PLEURAL ESPINAL
82	03.8.1	INYECCIONES NEUROLITICAS SUBARACNOIDEAS
83	03.8.2	NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES
84	03.9.0	INSERCIÓN DE CATETER EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALEATIVA
85	03.9.1	INYECCIÓN DE ANESTESICO EN EL CANAL ESPINAL
86	03.9.3	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR ESPINAL
87	03.9.4	RETIRO NEUROESTIMULADOR ESPINAL
88	03.9.5	PARCHHE HEMATICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL
89	03.9.7	REVISIÓN DE DERIVACIÓN ESPINAL
90	03.9.8	RETIRO DE DERIVACIÓN ESPINAL
91	04.0.1	ESCISIÓN DE NEUROMA ACUSTICO
92	04.0.2	SECCIÓN DE NERVIO TRIGEMINO
93	04.0.5	GANGLIONECTOMIA DE GASER
94	04.0.7	ESCISIÓN O RESECCIÓN DE NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS
95	04.1.1	BIOPSIA [PERCUTÁNEA] [AGUJA] DE NERVIO O GANGLIO CRANEAL O PERIFERICO
96	04.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE NERVIO O GANGLIO CRANEAL O PERIFERICO
97	04.2.1	RIZOTOMIA DE NERVIO CRANEAL
98	04.2.2	NEUROLISIS DE NERVIO CRANEAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (04.2.2), salvo: Neurolisis de nervio XI, por amigdalotomía estereotáxica		

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
99	04.2.3	NEUROLISIS DE NERVIO PERIFERICO
100	04.3.0	ANASTOMOSIS DE NERVIO CRANEAL
101	04.3.1	NEURORRAFIA DE NERVIO PERIFERICO
102	04.4.1	DESCOMPRESION DE RAIZ DE NERVIO TRIGEMINO
103	04.4.2	DESCOMPRESION DE OTRO NERVIO CRANEAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (04.4.2), salvo: Descompresión Intracanalicular de nervio óptico, por craneotomía		
104	04.4.3	LIBERACIÓN DE TUNEL CARPIANO
105	04.4.4	LIBERACIÓN DE TUNEL TARSAL
106	04.4.5	DESCOMPRESION DE NERVIO PERIFERICO
107	04.5.1	INJERTO DE NERVIO CRANEAL O PERIFERICO
108	04.6.1	TRANSPOSICIÓN DE NERVIO PERIFERICO
109	04.7.1	ANASTOMOSIS HIPOGLOSO FACIAL
110	04.8.1	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIO CRANEAL CON FINES ANALGESICOS
111	04.8.2	INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIO PERIFERICO CON FINES ANALGESICOS
112	04.8.3	INYECCIÓN DE ANESTESIA EN NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGESICOS
113	05.1.1	BIOPSIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPATICO
114	05.2.1	GANGLIONECTOMIA
115	05.2.2	SIMPATECTOMIA CERVICAL
116	05.2.3	SIMPATECTOMIA LUMBAR
117	05.2.4	SIMPATECTOMIA PRESACRAL
118	05.2.5	SIMPATECTOMIA PERIARTERIAL
119	05.2.6	OTRAS SIMPATECTOMIAS Y GANGLIECTOMIAS
120	05.3.1	INYECCIÓN DE ANESTESICO EN NERVIO SIMPATICO
121	05.3.2	INYECCIÓN DE AGENTE NEUROLITICO EN NERVIO SIMPATICO
122	05.3.3	GANGLIOLISIS
123	05.4.1	NEURORRAFIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPATICO
124	05.4.2	RECONSTRUCCION DE PLEJO
125	05.5.1	EXPLORACION DE PLEJO O TRONCO
126	05.5.2	DESCOMPRESION DE PLEJO O TRONCO
127	06.0.1	ASPIRACION DEL AREA TIROIDEA
128	06.0.9	OTRA INCISIÓN DEL AREA TIROIDEA
129	06.1.1	BIOPSIA [PERCUTÁNEA][AGUJA] DE GLÁNDULA TIROIDES
130	06.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA TIROIDES
131	06.1.3	BIOPSIA DE GLÁNDULA PARATIROIDES
132	06.2.2	ESCISIÓN UNILATERAL DE LOBULO TIROIDEO
133	06.3.9	OTRA TIROIDECTOMIA PARCIAL
134	06.4.1	ESCISIÓN TOTAL DE TIROIDES
135	06.5.1	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL PARCIAL
136	06.5.2	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL TOTAL
137	06.6.1	ESCISIÓN DE TIROIDES LINGUAL
138	06.7.0	RESECCIÓN DE CONDUCTO TIROGLOSO
139	06.7.1	RESECCIÓN DE QUISTE TIROGLOSO
140	06.7.2	RESECCIÓN DE FÍSTULA TIROGLOSA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
141	06.8.1	PARATIROIDECTOMIA TOTAL
142	06.8.9	OTRA PARATIROIDECTOMIA
143	06.9.1	REEXPLORACIÓN DE CUELLO Y MEDIASTINO
144	07.0.0	EXPLORACION DE AREA SUPRARENAL, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
145	07.1.1	BIOPSIA [PERCUTÁNEA] [AGUJA] DE GLÁNDULA SUPRARRENAL
146	07.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL
147	07.1.3	BIOPSIA DE HIPOFISIS, VÍA TRANSFRONTAL
148	07.1.4	BIOPSIA DE HIPOFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL
149	07.1.6	BIOPSIA DE TIMO
150	07.1.7	BIOPSIA DE GLÁNDULA PINEAL
151	07.2.1	ESCISIÓN DE LESIÓN EN GLÁNDULA SUPRARRENAL
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (07.2.1), salvo: Suprarrenalectomía por laparoscopia	
152	07.2.2	SUPRARRENALECTOMÍA (ADRENALECTOMÍA), UNILATERAL
153	07.2.3	SUPRARRENALECTOMÍA (ADRENALECTOMÍA), PARCIAL
154	07.4.1	INCISIÓN DE GLÁNDULA SUPRARRENAL
155	07.5.3	ESCISIÓN PARCIAL DE GLÁNDULA PINEAL
156	07.5.4	ESCISIÓN TOTAL DE GLÁNDULA PINEAL (PINEALECTOMIA)
157	07.6.1	ESCISIÓN PARCIAL DE HIPOFISIS, VÍA TRANSFRONTAL
158	07.6.2	ESCISIÓN PARCIAL DE HIPOFISIS VÍA TRANSESFENOIDAL
159	07.6.4	ESCISIÓN TOTAL DE HIPOFISIS, VÍA TRANSFRONTAL
160	07.6.5	ESCISIÓN TOTAL DE HIPOFISIS, VÍA TRANSESFENOIDAL
161	07.8.1	ESCISIÓN PARCIAL DE TIMO
162	07.8.2	ESCISIÓN TOTAL DE TIMO
163	08.0.1	DRENAJE DE COLECCIÓN POR BLEFAROTOMÍA
164	08.1.1	BIOPSIA DE PÁRPADO
165	08.2.0	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁRPADO
166	08.2.1	RESECCIÓN DE CHALAZIÓN
167	08.2.3	ESCISIÓN DE LESIÓN MAYOR DE PÁRPADO DE ESPESOR PARCIAL
168	08.2.4	ESCISIÓN DE LESIÓN MAYOR DE PÁRPADO DE ESPESOR COMPLETO
169	08.2.5	ABLACIÓN DE LESIÓN DE PÁRPADOS
170	08.2.6	TARSECTOMÍA
171	08.3.1	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON SUTURA
172	08.3.2	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSIÓN FRONTAL CON FASCIA LATA
173	08.3.3	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN EXTERNA DEL ELEVADOR
174	08.3.4	CORRECCIÓN DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCIÓN DEL ELEVADOR VÍA CONJUNTIVAL
175	08.4.1	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, POR TECNICA DE SUTURA
176	08.4.2	CORRECCIÓN DE ENTROPIÓN, CON INJERTO
177	08.4.3	CORRECCIÓN DE ECTROPION, CON INJERTO
178	08.4.4	CORRECCIÓN DE ECTROPION, POR TECNICA DE SUTURA
179	08.5.1	CANTOTOMÍA
180	08.5.2	CANTORRAFIA
181	08.5.3	CANTOPLASTIA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
182	08.6.1	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO CON COLGAJO O INJERTO DE PIEL
183	08.6.2	RECONSTRUCCION DE PARPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA
184	08.6.3	RECONSTRUCCION DE PARPADO CON INJERTO DE FOLICULO PILOSO
185	08.6.4	RECONSTRUCCION DE PARPADO CON COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL
186	08.7.1	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES POR ACORTAMIENTO DE TENDÓN CANTAL MEDIAL (TELECANTO)
187	08.7.3	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE BLEFAROFIMOSIS
188	08.7.4	RECONSTRUCCION DE PLIEGUES EN CORRECCIÓN DE EPICANTO
189	08.8.1	REPARACIÓN LINEAL DE LACERACIÓN DE PÁRPADO O CEJA
190	08.8.2	REPARACIÓN DE LACERACIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR PARCIAL
191	08.8.4	REPARACIÓN DE LACERACIÓN INVOLUCRANDO BORDE PALPEBRAL DE ESPESOR COMPLETO
192	08.9.1	ABLACIÓN DE PESTAÑAS (SUPERIOR Y/O INFERIOR)
193	09.0.1	DRENAJE EN GLÁNDULA LAGRIMAL
194	09.1.1	BIOPSIA DE GLÁNDULA LAGRIMAL
195	09.1.2	BIOPSIA DE SACO Y/O CONDUCTO LAGRIMAL
196	09.2.1	DACRIOADENECTOMIA PARCIAL
197	09.2.2	DACRIOADENECTOMIA TOTAL
198	09.4.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE SACO LAGRIMAL
199	09.4.2	SONDEO Y LAVADO DE VÍAS LAGRIMALES
200	09.4.4	INTUBACIÓN DE VÍAS LAGRIMALES
201	09.5.3	DRENAJE DE SACO LAGRIMAL
202	09.6.1	DACRIOCISTECTOMIA (SACO LAGRIMAL)
203	09.7.1	PLASTIA DE CANALÍCULOS LAGRIMALES
204	09.7.2	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL [CIRUGIA DE WEBER]
205	09.7.3	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA (CON SUTURAS)
206	09.8.1	DACRIOCISTORRINOSTOMÍA (DCR)
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (09.8.1), salvo: Dacriocistorristomía (dcr) vía transnasal endoscópica		
207	09.8.2	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA (CDCR)
208	09.8.3	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMÍA CON INTUBACION
209	09.9.1	OBLITERACIÓN DE PUNTO LAGRIMAL
210	10.0.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CONJUNTIVA, POR INCISIÓN
211	10.2.1	BIOPSIA DE CONJUNTIVA
212	10.3.1	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN CONJUNTIVA
213	10.3.2	ABLACIÓN DE LESIÓN DE CONJUNTIVA
214	10.4.1	REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO LIBRE DE CONJUNTIVA
215	10.4.4	REPARACIÓN DE SIMBLÉFARON CON INJERTO DE MUCOSA
216	10.5.1	DIVISIÓN DE SIMBLEFARON
217	10.6.1	SUTURA DE LA CONJUNTIVA
218	10.7.1	INYECCIÓN SUBCONJUNTIVAL
219	11.0.0	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INCRUSTADO EN CORNEA
220	11.1.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CORNEA, POR INCISIÓN

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
221	11.1.2	DRENAJE DE COLECCIÓN EN CORNEA
222	11.2.1	FROTIS DE CORNEA
223	11.2.2	BIOPSIA DE CORNEA
224	11.4.1	RESECCIÓN SIMPLE DE TUMOR DE CORNEA
225	11.4.2	CAUTERIZACIÓN DE CORNEA (TERMO, QUIMIO O CRIOAPLICACIÓN)
226	11.5.1	SUTURA DE LACERACION CORNEAL
227	11.5.2	REPARACIÓN DE DESHISCENCIA DE HERIDA POS OPERATORIA CORNEAL
228	11.5.3	REPARACIÓN DE LACERACION O HERIDA CORNEAL
229	11.5.8	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA
230	11.6.1	QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL
231	11.6.2	QUERATOPLASTIA PENETRANTE
232	11.6.3	QUERATOPLASTIA PENETRANTE, COMBINADA CON CIRUGIA DE CATARATA, ANTIGLAUCOMATOSA O LENTE INTRAOCULAR [CIRUGIA TRIPLE]
233	11.6.4	ESCLEROQUERATOPLASTIA
234	11.7.3	IMPLANTE DE PRÓTESIS CORNEANA (QUERATOPRÓTESIS)
235	11.7.6	QUERATECTOMÍA
236	11.7.7	QUERATECTOMÍA CON EXCÍMER LASER (FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPÉUTICA) PTK
237	11.8.1	QUERATOPIGMENTACION (TATUAJE DE LA CORNEA)
238	12.0.0	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO
239	12.1.1	IRIDOTOMÍA CON TRANSFIXION
240	12.1.2	IRIDOTOMÍA CON LASER
241	12.1.3	ESCISIÓN DE IRIS PROLAPSADO [REDUCCIÓN DE HERNIA DE IRIS]
242	12.1.4	IRIDECTOMÍA (BASAL, PERIFÉRICA Y TOTAL)
243	12.2.1	ASPIRACIÓN DIAGNOSTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO
244	12.2.2	BIOPSIA DE IRIS
245	12.2.4	BIOPSIA DE CUERPO CILIAR
246	12.3.0	IRIDOPLASTIA
247	12.3.1	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES
248	12.3.3	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES
249	12.3.4	REPARACIÓN DE IRIDODIÁLISIS
250	12.3.5	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA)
251	12.3.7	OTRAS IRIDOPLASTIAS
252	12.4.1	ABLACIÓN DE LESIÓN DE IRIS
253	12.4.2	ESCISIÓN DE LESIÓN DE IRIS
254	12.4.3	ABLACIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR
255	12.4.4	ESCISIÓN DE LESIÓN DE CUERPO CILIAR
256	12.5.1	GONIOTOMÍA
257	12.5.4	TRABECULOTOMÍA
258	12.5.5	CICLODIÁLISIS
259	12.6.4	TRABECULECTOMÍA [CIRUGIA FILTRANTE]
260	12.6.6	REVISIÓN POSTOPERATORIA DE PROCEDIMIENTO DE FISTULIZACION ESCLERAL
261	12.6.7	INSERCIÓN DE IMPLANTE PARA GLAUCOMA
262	12.7.5	TRABECULOPLASTIA
263	12.8.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCLERA
264	12.8.2	REPARACIÓN DE FÍSTULA ESCLERAL

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
265	12.8.4	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE ESCLERA
266	12.8.8	PLASTIAS EN ESCLERA (ESCLEROPLASTIA)
267	12.9.1	EVACUACION TERAPEUTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO
268	13.1.1	EXTRACCIÓN INTRACAPSULAR DE CRISTALINO NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
269	13.2.1	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR TECNICA CONVENCIONAL
270	13.2.2	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR ASPIRACION
271	13.2.3	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACION
272	13.2.4	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA
273	13.6.4	DISECCIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA
274	13.6.5	ESCISIÓN DE MEMBRANA SECUNDARIA
275	13.6.6	FRAGMENTACION MECANICA DE MEMBRANA SECUNDARIA
276	13.7.1	INSERCIÓN DE CRISTALINO INTRAOCULAR PROTÉSICO AL TIEMPO DE EXTRACCIÓN DE CATARATA, UNA SOLA FASE
277	13.7.2	INSERCIÓN SECUNDARIA DE PROTESIS DE CRISTALINO INTRAOCULAR
278	13.8.1	EXTRACCIÓN DE CRISTALINO PROTÉSICO (PSEUDOCRISTALINO)
279	14.0.0	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO, NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
280	14.1.1	ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE VÍTREO
281	14.2.1	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL
282	14.2.3	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL, POR FOTOCOAGULACION
283	14.2.6	ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORETINAL, POR RADIACION
284	14.3.1	REPARACIÓN DE DESGARRO RETINAL (RETINOPEXIA)
285	14.3.3	REPARACIÓN DE DESGARRO RETINAL POR FOTOCOAGULACION
286	14.4.1	IDENTACION ESCLERAL CON IMPLANTACIÓN
287	14.5.1	REPARACIÓN DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA
288	14.5.3	REPARACIÓN DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA, CON FOTOCOAGULACION
289	14.6.1	RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO DEL SEGMENTO POSTERIOR DE OJO
290	14.7.1	VITRECTOMIA VÍA ANTERIOR
291	14.7.3	VITRECTOMIA MECANICA
292	14.7.4	VITRECTOMÍA VÍA POSTERIOR
293	15.0.1	BIOPSIA DE MÚSCULO O TENDÓN EXTRAOCULAR
294	15.2.1	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR
295	15.2.2	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR
296	15.4.1	REINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS EXTRAOCULARES
297	15.5.1	TRANSPOSICIÓN DE MUSCULOS EXTRAOCULARES
298	16.0.1	ORBITOTOMIA CON COLGAJO OSEO
299	16.0.2	ORBITOTOMIA CON INSERCIÓN DE IMPLANTE ORBITAL
300	16.1.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE ÓRBITA
301	16.2.2	ASPIRACIÓN DIAGNÓSTICA DE ÓRBITA
302	16.2.3	BIOPSIA DE ÓRBITA Y GLOBO
303	16.3.1	EVISCEERACIÓN DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE
304	16.4.1	ENUCLEACIÓN CON O SIN IMPLANTE PROTÉSICO
305	16.4.2	ENUCLEACIÓN CON INJERTO DERMÓGRASO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
306	16.5.1	EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON ESCISIÓN DE ESTRUCTURAS ADYACENTES
307	16.5.2	EXENTERACIÓN DE ÓRBITA CON EXTRACCIÓN TERAPEUTICA DE HUESO ORBITAL
308	16.8.1	REPARACIÓN DE HERIDA DE ORBITA
309	16.8.3	RECONSTRUCCION DE ÓRBITA
310	16.8.4	DESCOMPRESIÓN DE ÓRBITA
311	16.9.2	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ÓRBITA
312	18.0.1	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PABELLÓN AURICULAR
313	18.0.2	DRENAJE DE COLECCIÓN DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
314	18.0.3	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CON INCISIÓN
315	18.1.1	BIOPSIA DE OÍDO EXTERNO
316	18.2.1	RESECCIÓN DE FÍSTULA PREAURICULAR
317	18.2.2	RESECCIÓN DE APÉNDICE PREAURICULAR
318	18.2.3	RESECCIÓN DE QUISTE DE PABELLÓN AURICULAR
319	18.2.4	ABLACIÓN DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO
320	18.2.5	INJERTO CONDRAL DE PABELLON AURICULAR
321	18.3.1	ESCISIÓN RADICAL DE LESIÓN DE OÍDO EXTERNO
322	18.4.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE PABELLÓN AURICULAR
323	18.5.1	OTOPLASTIA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (18.5.1), salvo: Otoplastia con reducción de tamaño		
324	18.6.2	MEATOPLASTIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
325	18.7.1	RECONSTRUCCIÓN DE PABELLÓN AURICULAR
326	18.7.2	REPOSICION DE AURICULA (PABELLON AURICULAR) AMPUTADA
327	19.1.1	ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMIA CON COLOCACION DE PRÓTESIS
328	19.2.1	REVISIÓN DE ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMIA
329	19.4.1	TIMPANOPLASTIA O MIRINGOPLASTIA
330	19.9.1	REPARACIÓN DE FÍSTULA PERILINFATICA DE OÍDO MEDIO
331	20.0.1	TIMPANOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO
332	20.2.1	INCISIÓN DE MASTOIDES
333	20.2.3	INCISIÓN DE OÍDO MEDIO
334	20.2.4	ASPIRACION DE OIDO MEDIO Y/O CAVIDAD MASTOIDEA
335	20.4.1	MASTOIDECTOMÍA SIMPLE
336	20.4.2	MASTOIDECTOMÍA RADICAL
337	20.5.1	ESCISIÓN DE LESIÓN DE OÍDO MEDIO
338	20.7.3	DESCOMPRESIÓN DE LABERINTO
339	20.7.5	LABERINTECTOMÍA
340	20.9.1	REVISIÓN DE MASTOIDECTOMÍAS Y/O MASTOIDOPLASTIAS
341	20.9.6	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCION DE PROTESIS COCLEAR
342	21.0.0	CONTROL DE EPISTAXIS, NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
343	21.0.1	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR
344	21.0.2	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO NASAL POSTERIOR Y ANTERIOR
345	21.0.4	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES
346	21.0.5	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA MAXILAR INTERNA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
347	21.0.6	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA CAROTIDA EXTERNA
348	21.0.8	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIA ESFENOPALATINA
349	21.0.9	CONTROL DE EPISTAXIS POR DERMOPLASTIA
350	21.1.2	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISIÓN
351	21.1.3	INCISIÓN EN PIEL DE NARIZ
352	21.2.1	BIOPSIA ABIERTA DE NARIZ
353	21.2.2	BIOPSIA ENDOSCÓPICA INTRANASAL
354	21.3.0	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN DE LA PIRAMIDE NASAL, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
355	21.3.1	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN INTRANASAL
356	21.3.2	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE OTRA LESIÓN DE NARIZ
357	21.4.1	RINECTOMIA
358	21.5.1	RESECCIÓN DE LESIÓN EN CAVUM
359	21.6.1	TURBINECTOMÍA POR DIATERMIA, CRIO O ELECTROCOAGULACIÓN
360	21.7.1	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA NASAL
361	21.7.2	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA NASAL
362	21.8.1	SUTURA DE LACERACIÓN EN NARIZ
363	21.8.2	CIERRE DE FÍSTULA NASAL
364	21.8.3	RECONSTRUCCIÓN NASAL TOTAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (21.8.3), salvo: Reconstrucción protésica de nariz con implante oseointegrado		
365	21.8.4	REVISIÓN DE RINOPLASTIA (RINOPLASTIA SECUNDARIA)
366	21.8.6	RINOPLASTIA LIMITADA
367	21.8.7	TURBINOPLASTIA
368	21.8.8	OTRA SEPTOPLASTIA
369	21.8.9	OTRAS REPARACIONES EN LA NARIZ
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (21.8.9), salvo: Rinoplastia estética total [tejido óseo, cartilago, piel y tejido celular subcutáneo], Rinoplastia estética parcial [por áreas: base, dorso o punta nasal, ángulos nasofrontal o nasolabial] y Rinoplastia estética vía abierta [open rinoplasty]		
370	22.0.1	PUNCIÓN DE SENO MAXILAR
371	22.1.1	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] [PUNCIÓN CON AGUJA] DE PARED SENO PARANASAL
372	22.1.4	ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA EN SENOS PARANASALES
373	22.2.1	ANTROSTOMIA MAXILAR INTRANASAL
374	22.3.1	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL
375	22.3.9	OTRA ANTROTOMÍA MAXILAR EXTERNA
376	22.4.1	SINUSOTOMÍA FRONTAL
377	22.4.2	SINUSECTOMÍA FRONTAL (ESCISIÓN DE LESIÓN DEL SENO FRONTAL)
378	22.5.3	INCISIÓN DE MÚLTIPLES SENOS PARANASALES
379	22.6.0	SINUSECTOMIA, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
380	22.6.1	ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR CON ABORDAJE CADWELL-LUC
381	22.6.2	ESCISIÓN DE LESIÓN DE SENO MAXILAR CON OTRO ABORDAJE

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
382	22.6.3	ETMOIDECTOMÍA
383	22.6.4	ESFENOIDECTOMÍA
384	22.7.1	CIERRE DE FÍSTULA DE SENO MAXILAR
385	23.0.1	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES
386	23.0.2	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES
387	23.1.1	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR
388	23.1.2	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR
389	23.1.3	EXODONCIA DE DIENTES INCLUIDOS
390	23.1.4	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA
391	23.1.5	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRURGICA)
392	23.2.1	OBTURACIÓN DENTAL
393	23.2.2	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE
394	23.2.3	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO
395	23.2.4	RECONSTRUCCIÓN DENTAL
396	23.5.1	REIMPLANTE DE DIENTE
397	23.7.1	PULPOTOMÍA
398	23.7.2	APEXIFICACIÓN
399	23.7.3	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR
400	23.7.6	FISTULIZACION ENDODONTICA
401	23.7.9	OTROS PROCEDIMIENTOS DENTALES
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (23.7.9), salvo: Blanqueamiento de diente [intrínseco] por causas endodónticas		
402	24.0.3	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO
403	24.0.4	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL
404	24.1.1	BIOPSIA DE ENCÍA
405	24.1.2	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR
406	24.3.1	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA
407	24.3.2	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA
408	24.3.3	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMÓIDE
409	24.3.5	OPERCULECTOMÍA
410	24.4.1	ESCISIÓN DE LESIÓN ODONTOGENICA
411	24.7.4	FERULIZACION
412	24.9.1	CONTROL DE HEMORRAGIA DE ORIGEN DENTAL POS QUIRURGICA
413	25.0.1	BIOPSIA CERRADA [PUNCIÓN] [ASPIRACION CON AGUJA FINA] DE LENGUA
414	25.0.2	BIOPSIA ABIERTA DE LENGUA
415	25.1.0	RESECCIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL EN LA LENGUA
416	25.1.1	RESECCIÓN DE LESIÓN PROFUNDA EN LA LENGUA
417	25.2.0	RESECCIÓN DE LENGUA EN CUÑA
418	25.2.5	HEMIGLOSECTOMIA
419	25.3.0	GLOSECTOMÍA TOTAL SIN RESECCIÓN MANDIBULAR Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO PEDICULADO
420	25.3.1	GLOSECTOMÍA TOTAL SIN RESECCIÓN MANDIBULAR Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO LIBRE
421	25.3.2	GLOSECTOMÍA TOTAL CON RESECCIÓN MANDIBULAR Y RECONSTRUCCION CON COLGAJO LIBRE O PEDICULADO Y PLACA
422	25.4.0	GLOSECTOMÍA RADICAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
423	25.5.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE LENGUA (GLOSORRAFIA)

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
424	25.5.9	OTRAS REPARACIONES Y PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN LENGUA
425	25.6.1	FRENILLECTOMÍA LINGUAL
426	25.6.3	OTRA GLOSOTOMÍA
427	26.0.1	SIALOLITOTOMÍA
428	26.0.2	EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL
429	26.0.3	DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL
430	26.1.1	BIOPSIA CERRADA [PUNCIÓN] [ASPIRACION CON AGUJA FINA] DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL
431	26.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL
432	26.2.1	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DE GLÁNDULA SALIVAL
433	26.2.9	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL
434	26.3.0	SIALOADENECTOMÍA, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
435	26.3.1	SIALOADENECTOMÍA PARCIAL
436	26.3.2	SIALOADENECTOMIA TOTAL
437	26.4.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL
438	26.4.2	CIERRE DE FÍSTULA SALIVAL
439	26.4.9	OTRA REPARACIÓN PLÁSTICA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL
440	26.9.1	EXPLORACION DE CONDUCTO SALIVAL
441	26.9.3	DILATACIÓN DE CONDUCTO SALIVAL
442	27.0.1	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL
443	27.1.1	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PALADAR
444	27.2.1	BIOPSIA DE PALADAR BLANDO
445	27.2.3	BIOPSIA DE LABIO
446	27.2.4	BIOPSIA DE BOCA, ESTRUCTURA NO ESPECIFICADA
447	27.3.1	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN EN PALADAR OSEO
448	27.3.2	ESCISIÓN AMPLIA DE LESIÓN EN PALADAR OSEO
449	27.4.1	FRENILLECTOMIA LABIAL
450	27.4.2	ESCISIÓN DE LESIÓN DE LABIO
451	27.4.3	ESCISIÓN DE LESIÓN EN MUCOSA ORAL
452	27.4.4	RESECCIÓN DE FOSETAS LABIALES
453	27.4.9	OTRA ESCISIÓN DE BOCA
454	27.5.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE LABIO
455	27.5.2	SUTURA DE LACERACIÓN DE OTRA PARTE DE LA BOCA
456	27.5.3	CIERRE DE FÍSTULA DE BOCA
457	27.5.4	REPARACIÓN DE LABIO FISURADO [QUEILOPLASTIA]
458	27.5.5	INJERTO DE PIEL DE GROSOR TOTAL APLICADO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL
459	27.5.7	UNION DE PEDICULO O DE COLGAJO AL LABIO Y CAVIDAD BUCAL
460	27.5.8	PROFUNDIZACION DE PISO DE BOCA
461	27.5.9	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR
462	27.6.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE PALADAR
463	27.6.2	CORRECCIÓN DE PALADAR FISURADO (ESTAFILORRAFIA)
464	27.6.3	REVISIÓN DE REPARACIÓN DE PALADAR FISURADO
465	27.7.1	INCISIÓN DE ÚVULA
466	27.7.2	ESCISIÓN DE ÚVULA
467	27.7.3	REPARACIÓN DE ÚVULA
468	27.8.2	INCISIÓN DE CAVIDAD BUCAL, ESTRUCTURA NO ESPECIFICADA
469	27.8.3	OTRAS PLASTIAS EN CAVIDAD BUCAL
470	27.8.4	CORRECCIÓN DE MACRO O MICROSTOMA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
471	28.0.1	DRENAJE TRANSCERVICAL EN AMIGDALA Y ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES
472	28.0.2	DRENAJE TRANSORAL EN AMIGDALA Y ESTRUCTURAS PERIAMIGDALARES
473	28.2.1	AMIGDALECTOMÍA
474	28.3.1	ADENOAMIGDALECTOMÍA
475	28.4.1	RESECCIÓN DE RESTOS ADENOAMIGDALINOS
476	28.5.1	RESECCIÓN DE AMÍGDALA LINGUAL, BANDAS FARÍNGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGÉNITA
477	28.6.1	ADENOIDECTOMÍA
478	28.7.1	REVISIÓN Y CONTROL POR HEMORRAGIA POST-ADENOAMIGDALECTOMÍA
479	28.9.1	BIOPSIA DE AMIGDALA Y/O ADENOIDE
480	29.0.2	FARINGOSTOMÍA
481	29.0.3	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN FARINGE
482	29.0.4	DRENAJE DE COLECCIÓN FARÍNGEA
483	29.1.1	FARINGOSCOPIA
484	29.1.2	BIOPSIA FARÍNGEA
485	29.3.2	DIVERCULECTOMÍA FARÍNGEA
486	29.3.3	FARINGECTOMÍA PARCIAL
487	29.3.4	FARINGECTOMIA TOTAL
488	29.4.1	CORRECCIÓN DE ATRESIA NASOFARÍNGEA
489	29.5.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE FARINGE
490	29.5.2	CIERRE DE LESIONES DE HENDIDURA BRANQUIAL
491	29.5.3	CIERRE DE OTRA FÍSTULA FARÍNGEA
492	29.5.4	LISIS DE ADHERENCIAS FARÍNGEAS
493	29.5.6	OTRAS PLASTIAS EN FARINGE
494	29.6.1	DILATACIÓN DE FARINGE
495	29.6.2	DILATACIÓN DE NASOFARINGE
496	29.6.3	ESCISIÓN DE LESIÓN DE OROFARINGE
497	30.0.1	MARSUPIALIZACION DE QUISTE LARÍNGEO
498	30.0.2	RESECCIÓN DE LESIÓN EN LARINGE
499	30.0.4	RESECCIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE
500	30.1.1	HEMILARINGECTOMIA
501	30.1.2	EPIGLOTIDECTOMIA
502	30.1.3	ARITENOIDECTOMÍA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (30.1.3), salvo: Aritenoidectomía endoscópica con laser		
503	30.1.4	CORDECTOMIA VOCAL
504	30.3.1	LARINGOFARINGECTOMIA
505	30.3.2	LARINGECTOMIA TOTAL (DISECCIÓN EN BLOQUE DE LARINGE)
506	30.4.1	LARINGOFARINGOESOFAGUECTOMÍA
507	31.0.1	INYECCIÓN EN PLIEGUE VOCAL
508	31.1.1	CRICOTIROTOMÍA
509	31.1.2	TRAQUEOTOMIA TEMPORAL
510	31.1.3	TRAQUEOSTOMIA
511	31.3.1	EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEA O LARINGE

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
512	31.3.2	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEA O LARINGE
513	31.4.2	LARINGOSCOPIA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (31.4.2), salvo: Estroboscopia laríngea y Video estroboscopia laríngea		
514	31.4.3	BIOPSIA CERRADA DE LARINGE [ENDOSCÓPICA]
515	31.4.4	BIOPSIA CERRADA DE TRAQUEA [ENDOSCÓPICA]
516	31.4.5	BIOPSIA ABIERTA DE LARINGE O TRAQUEA
517	31.5.0	RESECCIÓN ABIERTA DE LESIÓN DE TRÁQUEA
518	31.5.1	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN EN TRÁQUEA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (31.5.1), salvo: Resección endoscópica (rígida o de fibra óptica) de lesión en tráquea con láser, Braquiterapia, crioterapia, electroterapia o diatermia		
519	31.6.1	SUTURA DE LACERACION DE LARINGE
520	31.6.2	CIERRE DE FÍSTULA DE LARINGE
521	31.6.4	REPARACIÓN DE FRACTURA O LUXACION LARINGEA
522	31.6.5	RECONSTRUCCIÓN LARÍNGEA Y PEXIAS LARÍNGEAS (LARINGOPLASTIA)
523	31.7.1	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA
524	31.7.2	CIERRE DE FÍSTULA EXTERNA DE TRAQUEA
525	31.7.3	CIERRE DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA
526	31.7.4	REVISIÓN DE TRAQUEOSTOMIA
527	31.7.5	RECONSTRUCCION TRAQUEAL Y CONSTRUCCION DE LARINGE ARTIFICIAL
528	31.9.1	DILATACIÓN DE LA LARINGE
529	31.9.2	DILATACIÓN DE LA TRÁQUEA
530	31.9.3	INSERCIÓN DE MOLDE (PROTESIS, STENT) LARÍNGEO
531	31.9.4	EXTRACCIÓN DE MOLDE (PROTESIS O STENT) LARÍNGEO
532	32.0.0	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA
533	32.0.2	RESECCIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO BRONQUIAL
534	32.2.1	RESECCIÓN O PLICATURA DE BULAS
535	32.2.2	REDUCCIÓN QUIRURGICA DE VOLUMEN PULMONAR
536	32.2.8	ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO PULMONAR
537	32.3.1	LOBECTOMIA SEGMENTARIA (LOBECTOMIA PARCIAL O RESECCIÓN EN CUÑA)
538	32.4.2	LOBECTOMÍA TOTAL PULMONAR
539	32.5.1	NEUMONECTOMÍA SIMPLE
540	32.5.2	NEUMONECTOMÍA RADICAL
541	32.5.3	NEUMONECTOMÍA CON DECORTICACION CONCOMITANTE (PLEURONEUMONECTOMIA)
542	32.6.1	DISECCIÓN EN BLOQUE DE ESTRUCTURAS TORÁCCICAS
543	33.0.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRONQUIO O PULMON
544	33.2.0	BRONCOSCOPIA FIBRO-OPTICA CON PUNCIÓN [ASPIRACION] TRANSTRAQUEAL O TRANSBRONQUIAL
545	33.2.1	BRONCOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL
546	33.2.2	BRONCOSCOPIA FIBRO-ÓPTICA
547	33.2.3	BRONCOSCOPIA RIGIDA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
548	33.2.4	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] BRONQUIAL
549	33.2.5	BIOPSIA ABIERTA DE BRONQUIO
550	33.2.6	BIOPSIA [PERCUTÁNEA] CERRADA [AGUJA] DE PULMON
551	33.2.7	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE PULMON
552	33.2.8	BIOPSIA ABIERTA DE PULMON
553	33.4.1	SUTURA DE LACERACION BRONQUIAL
554	33.4.2	CIERRE DE FÍSTULA BRONQUIAL
555	33.4.3	CIERRE DE LACERACION DE PULMON
556	33.4.4	RECONSTRUCCION DE BRONQUIO (BRONCOPLASTIA)
557	33.9.4	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON
558	34.0.1	INCISIÓN DE PARED TORÁCCICA
559	34.0.2	TORACOTOMÍA EXPLORATORIA
560	34.0.3	TORACOSTOMÍA ABIERTA CON RESECCIÓN COSTAL
561	34.0.4	TORACOSTOMÍA PARA DRENAJE CERRADO [TUBO DE TÓRAX]
562	34.1.1	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO
563	34.2.0	TORACENTESIS DIAGNÓSTICA
564	34.2.1	TORACOSCOPIA TRANSPLEURAL
565	34.2.2	MEDIASTINOSCOPIA
566	34.2.3	BIOPSIA DE PARED TORÁCCICA
567	34.2.4	BIOPSIA PLEURAL
568	34.2.5	BIOPSIA PERCUTÁNEA [AGUJA] DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO
569	34.2.6	BIOPSIA ABIERTA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO
570	34.2.7	BIOPSIA DE DIAFRAGMA
571	34.3.2	RESECCIÓN DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO
572	34.3.3	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO
573	34.3.4	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO
574	34.4.1	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE PARED TORÁCCICA NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
575	34.4.3	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PARED TORÁCCICA
576	34.5.1	PLEURECTOMÍA PARIETAL
577	34.5.3	DECORTICACIÓN PULMONAR
578	34.7.0	RECONSTRUCCION (TORACOPLASTIA) DE LA PARED TORÁCCICA
579	34.7.1	SUTURA DE LACERACION DE PARED TORÁCCICA
580	34.7.2	CIERRE DE TORACOSTOMÍA ABIERTA
581	34.7.3	TORACOPLASTIA CON CIERRE DE FÍSTULA BRONCOPEURAL
582	34.7.4	CERCLAJE ESTERNAL
583	34.7.5	REPARACIÓN DE DEFORMIDAD DE PECTUS
584	34.7.6	TORACOPLASTIA EXTRAPLEURAL
585	34.7.8	RECONSTRUCCION DEL ESTERNÓN
586	34.8.2	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMÁTICA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (34.8.2), salvo: Sutura de laceración diafragmática vía abdominal por laparoscopia		
587	34.8.3	CIERRE DE FÍSTULA DE DIAFRAGMA
588	34.8.6	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACIÓN
589	34.9.2	INYECCIÓN EN CAVIDAD TORÁCCICA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (34.9.2), salvo: Pleurodesis mecánica y Pleurodesis por toracoscopia		
590	34.9.4	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE INTERVENCIONES INTRATORÁRICAS
591	35.0.1	COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA AORTICA CON BALON
592	35.0.2	COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA MITRAL CON BALON
593	35.0.3	COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA PULMONAR CON BALON
594	35.0.4	COMISUROTOMIA O VALVULOTOMIA TRICUSPIDEA CON BALON
595	35.1.1	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA AORTICA QUIRURGICA
596	35.1.2	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA MITRAL QUIRURGICA
597	35.1.3	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA PULMONAR QUIRURGICA
598	35.1.4	COMISUROTOMIA, VALVULOTOMIA O VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA QUIRURGICA
599	35.2.1	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA CON PROTESIS MECANICA O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA)
600	35.2.2	REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL CON PROTESIS O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA)
601	35.2.3	REEMPLAZO DE VALVULA TRICUSPIDE CON PROTESIS MECANICA O BIOPROTESIS (AUTOLOGA O HETEROLOGA)
602	35.2.4	REEMPLAZO O RECONSTRUCCIÓN DE DOS O TRES VALVULAS
603	35.2.5	REINTERVENCIÓN PARA SUSTITUCIÓN DE PROTESIS VALVULARES
604	35.2.6	REEMPLAZO DE LA VALVULA AORTICA Y AORTA ASCENDENTE
605	35.2.7	REINTERVENCIÓN POR DISFUNCION PROTESICA VALVULAR SIN REEMPLAZO
606	35.3.1	PROCEDIMIENTOS EN MUSCULO PAPILAR
607	35.3.2	PROCEDIMIENTOS EN CUERDAS TENDINOSAS
608	35.3.3	ANULOPLASTIA
609	35.3.5	PROCEDIMIENTOS EN TRABECULAS DEL CORAZON
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (35.3.5), salvo: Escisión de trabéculas carnosas del corazón		
610	35.3.9	PROCEDIMIENTOS EN OTRAS ESTRUCTURAS ADYACENTES A LAS VALVULAS CARDIACAS
611	35.4.1	ATRIOSEPTOSTOMIA QUIRURGICA (CREACIÓN O AMPLIACION DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR)
612	35.4.2	ATRIOSEPTOSTOMIA CON BALON
613	35.5.1	REPARACIÓN DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR [CIA]
614	35.5.2	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR [CIV]
615	35.6.1	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERAURICULAR CON INJERTO DE TEJIDO
616	35.6.2	REPARACIÓN DE DEFECTO DE TABIQUE INTERVENTRICULAR CON INJERTO DE TEJIDO
617	35.8.0	REPARACIÓN DE CANAL ATRIO-VENTRICULAR
618	35.8.1	REPARACIÓN DE LA TETRALOGIA DE FALLOT
619	35.8.2	REPARACIÓN COMPLETA DE DRENAJE VENOSO PULMONAR ANOMALO
620	35.8.3	REPARACIÓN TOTAL DE TRONCO ARTERIOSO
621	35.8.4	REPARACIÓN DE LA DOBLE SALIDA DEL VENTRICULO IZQUIERDO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
622	35.8.5	REPARACIÓN DEL DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO DERECHO
623	35.8.7	REPARACIÓN DE COARTACION AORTICA
624	35.8.8	CORRECCIÓN TOTAL DE TRANSPOSICIÓN DE GRANDES VASOS
625	35.9.2	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO DERECHO Y LA ARTERIA PULMONAR
626	35.9.3	CREACIÓN DE CONDUCTO ENTRE EL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y LA AORTA
627	35.9.4	DERIVACIONES SISTEMICO-PULMONAR [EXCLUSIÓN FUNCIONAL DEL VENTRÍCULO PULMONAR]
628	35.9.5	REVISIÓN DE PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN EL CORAZÓN
629	35.9.7	CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR
630	35.9.8	RECONSTRUCCIÓN DE ARTERIA PULMONAR
631	36.0.1	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA SIMPLE (ATERECTOMIA CORONARIA) SIN USO DE AGENTE TROMBOLITICO
632	36.0.2	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA SIMPLE (ATERECTOMIA CORONARIA) CON USO DE AGENTE TROMBOLITICO
633	36.0.3	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TORAX ABIERTO
634	36.0.4	INFUSIÓN ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLITICOS (TROMBOLISIS INTRACORONARIA)
635	36.0.5	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA MULTIPLE (ATERECTOMIA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCIÓN
636	36.0.6	INSERCIÓN O IMPLANTE DE PROTESIS INTRACORONARIA (STENT)
637	36.1.0	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA PARA REVASCULARIZACIÓN MIOCARDICA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
638	36.1.1	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE UNA ARTERIA CORONARIA
639	36.1.2	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE DOS ARTERIAS CORONARIAS
640	36.1.3	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE TRES ARTERIAS CORONARIAS
641	36.1.4	ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA DE CUATRO O MÁS ARTERIAS CORONARIAS
642	36.1.5	ANASTOMOSIS SIMPLE O SECUENCIAL DE ARTERIA MAMARIA INTERNA-ARTERIA CORONARIA
643	36.1.7	ANASTOMOSIS CORONARIA CON VENA SAFENA PARA REVASCULARIZACIÓN CARDIACA DE UNO O MÁS VASOS
644	36.2.1	REVASCULARIZACIÓN CARDIACA POR IMPLANTACIÓN DE ARTERIA RADIAL
645	36.2.2	REVASCULARIZACIÓN CARDIACA POR IMPLANTACIÓN DE ARTERIA GASTROEPIPLOICA
646	36.2.3	REVASCULARIZACIÓN CARDIACA POR IMPLANTACIÓN DE OTRAS ARTERIAS
647	36.3.2	REINTERVENCIÓN DE REVASCULARIZACIÓN CARDIACA (DERIVACIÓN O PUENTES CORONARIOS)
648	36.9.1	REPARACIÓN DE ANEURISMA DE VASO CORONARIO
649	36.9.2	REPARACIÓN DE FÍSTULA AORTO-CORONARIA
650	37.0.1	PERICARDIOCENTESIS
651	37.2.1	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO DERECHO DEL CORAZÓN
652	37.2.2	CATETERISMO CARDIACO DEL LADO IZQUIERDO DEL CORAZÓN
653	37.2.3	CATETERISMO COMBINADO DE LOS LADOS DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZÓN
654	37.2.4	CATETERISMO TRANSEPTAL DEL CORAZÓN
655	37.2.5	ESTIMULACIÓN ELECTROFISIOLÓGICA CARDIACA Y ESTUDIOS DE REGISTRO
656	37.2.6	BIOPSIA DE PERICARDIO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
657	37.2.7	BIOPSIA DE CORAZON
658	37.3.1	PERICARDIECTOMIA
659	37.3.2	ESCISIÓN DE ANEURISMA DE CORAZON
660	37.3.3	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DEL CORAZON
661	37.3.4	ABLACIÓN CON CATETER DE LESIÓN O TEJIDO DEL CORAZON
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (37.3.4), salvo: Ablación con catéter de lesión o tejido del corazón, por criocirugía o electrocoagulación		
662	37.3.6	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRACARDIACO
663	37.3.7	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERICARDICO
664	37.4.1	CARDIORRAFIA
665	37.4.2	REPARACIÓN DE CORAZON POR RUPTURA POSTINFARTO
666	37.4.3	PERICARDIORRAFIA
667	37.5.1	TRASPLANTE CARDIACO
668	37.5.2	OBTENCION DEL CORAZON (DONANTE)
669	37.6.1	IMPLANTACION DE BALON CONTRAPULSACION
670	37.6.4	EXTRACCIÓN O RETIRO DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA
671	37.7.1	INSERCIÓN DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN VENTRICULO
672	37.7.2	INSERCIÓN DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURICULA Y VENTRICULO
673	37.7.3	INSERCIÓN DE ELECTRODO TRANSVENOSO EN AURICULA
674	37.7.4	INSERCIÓN O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPICARDICO
675	37.7.5	REVISIÓN DE ELECTRODO
676	37.7.8	INSERCIÓN DE MARCAPASO TRANSVENOSO TEMPORAL (TRANSITORIO) O IMPLANTE DE MONITOR DE EVENTOS
677	37.8.2	IMPLANTACION DE MARCAPASO UNICAMERAL
678	37.8.3	INSERCIÓN DE MARCAPASOS BICAMERAL
679	37.8.5	SUSTITUCIÓN, REVISIÓN [PROGRAMACION] DE APARATOS MARCAPASOS
680	37.8.9	RETIRO O ELIMINACION DE MARCAPASOS CARDIACO
681	37.9.4	IMPLANTACION DE CARDIOVERSOR/DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO
682	38.0.1	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS INTRACRANEALES
683	38.0.2	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
684	38.0.3	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
685	38.0.5	TROMBOEMBOLECTOMIA EN VASOS ESPINALES
686	38.0.6	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES
687	38.0.7	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES
688	38.0.8	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
689	38.0.9	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
690	38.1.1	ENDARTERECTOMIA DE VASOS INTRACRANEALES
691	38.1.2	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
692	38.1.3	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
693	38.1.4	ENDARTERECTOMIA DE AORTA
694	38.1.5	ENDARTERECTOMIA DE VASOS TORACICOS
695	38.1.6	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES
696	38.1.8	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
697	38.2.1	BIOPSIA DE VASO SANGUINEO
698	38.3.1	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS INTRACRANEALES
699	38.3.2	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
700	38.3.3	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
701	38.3.4	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE AORTA
702	38.3.5	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS EN VASOS ESPINALES
703	38.3.6	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS ABDOMINALES
704	38.3.7	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VENAS ABDOMINALES
705	38.3.8	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
706	38.3.9	RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
707	38.4.2	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
708	38.4.3	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
709	38.4.4	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE AORTA ABDOMINAL
710	38.4.5	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE VASOS TORACICOS
711	38.4.6	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE ARTERIAS ABDOMINALES
712	38.4.7	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE VENAS ABDOMINALES
713	38.4.8	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
714	38.4.9	RESECCIÓN CON SUSTITUCION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
715	38.5.1	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES
716	38.5.2	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
717	38.5.3	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
718	38.5.4	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS ESPINALES
719	38.5.5	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORACICOS
720	38.5.6	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES
721	38.5.7	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES
722	38.5.8	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
723	38.5.9	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
724	38.6.1	TOMA DE INJERTO ARTERIAL
725	38.6.2	TOMA DE INJERTO VENOSO
726	38.6.4	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO)
727	38.7.3	INSERCIÓN DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA
728	38.8.7	LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES
729	38.8.9	LIGADURA Y ESCISIÓN DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES
730	38.9.0	IMPLANTACION DE CATETER ARTERIAL
731	38.9.1	IMPLANTACION DE CATETER VENOSO
732	38.9.2	CATETERISMO DE VENA UMBILICAL
733	38.9.3	CATETERISMO O CANALIZACION DE VENA
734	38.9.4	DISECCIÓN VENOSA
735	38.9.5	CATETERIZACION VENOSA PARA DIALISIS RENAL
736	38.9.9	OTRA PUNCIÓN DE VENA
737	39.0.1	ANASTOMOSIS (INJERTO) AORTA ASCENDENTE-ARTERIA PULMONAR
738	39.0.2	ANASTOMOSIS (INJERTO) SUBCLAVIA-PULMONAR
739	39.2.2	DERIVACIÓN AORTA-SUBCLAVIA-CAROTIDEA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (39.2.2), salvo: Derivación de aorta a carótida		
740	39.2.4	DERIVACIÓN AORTA-RENAL
741	39.2.5	DERIVACIÓN AORTA-ILIACA-FEMORAL
742	39.2.7	ARTERIOVENOSTOMIA PARA DIALISIS RENAL
743	39.2.8	DERIVACIÓN O PUENTES EN VASOS PERIFERICOS
744	39.3.2	SUTURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
745	39.3.3	SUTURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
746	39.3.6	SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES
747	39.3.7	SUTURA DE VENAS ABDOMINALES
748	39.3.8	SUTURA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
749	39.4.1	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE CIRUGIA VASCULAR
750	39.4.2	REVISIÓN DE DERIVACIÓN (FÍSTULA) ARTERIOVENOSA PARA DIALISIS RENAL
751	39.4.3	EXTRACCIÓN DE DERIVACIÓN ARTERIOVENOSA PARA DIALISIS RENAL
752	39.5.0	ANGIOPLASTIA O ATRECTOMIA DE VASOS NO CORONARIOS CON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)
753	39.5.2	OTRA REPARACIÓN DE ANEURISMA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (39.5.2), salvo: Reparación endovascular de aneurisma de aorta, con colocación de prótesis (Stent)		
754	39.5.3	REPARACIÓN O CORRECCIÓN DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA
755	39.5.6.	REPARACION DE VASO SANGUINEO CON INJERTO DE PARCHES DE TEJIDO-
756	39.5.7	REPARACION DE VASO SANGUINEO CON INJERTO DE PARCHES SINTETICO-
757	39.5.8	REPARACION DE VASO SANGUINEO CON INJERTO DE PARCHES NO ESPECIFICADO
758	39.6.1	CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA AUXILIAR PARA CIRUGIA CARDIACA ABIERTA
759	39.7.2	EXPLORACION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
760	39.7.3	EXPLORACION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES
761	39.7.4	EXPLORACION DE AORTA ABDOMINAL
762	39.7.5	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS
763	39.7.6	EXPLORACION DE ARTERIAS ABDOMINALES
764	39.7.7	EXPLORACIÓN DE VENAS ABDOMINALES
765	39.7.8	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES
766	39.7.9	EXPLORACION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES
767	39.8.0	RESECCIÓN DE LESIÓN EN CUERPO CAROTIDEO
768	39.9.1	LIBERACIÓN DE VASO SANGUINEO (ADHERENCIAS DE HAZ VASCULAR)
769	39.9.2	INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA)
770	39.9.4	SUSTITUCION O REVISIÓN DE CANULA VASO A VASO
771	39.9.5	HEMODIALISIS
772	39.9.6	PERFUSIÓN DE CUERPO ENTERO [SISTÉMICA]
773	39.9.7	PERFUSIÓN LOCAL [REGIONAL]
774	39.9.8	TERAPIAS DIALITICAS CONTINUAS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (39.9.8), salvo: Hemofiltración arteriovenosa continua (CAVH)		
775	39.9.9	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE VASOS
776	40.1.1	BIOPSIA DE ESTRUCTURA LINFÁTICA
777	40.2.1	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO CERVICAL PROFUNDO
778	40.2.2	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO MAMARIO INTERNO
779	40.2.3	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO AXILAR
780	40.2.4	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO INGUINAL
781	40.2.5	ESCISIÓN DE HIGROMA QUISTICO DE CUELLO
782	40.2.6	ESCISIÓN DE LINFANGIOMA DE CUELLO
783	40.3.0	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO REGIONAL EXTENDIDA AL AREA DE DRENAJE LINFÁTICO, INCLUSO PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
784	40.4.1	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL DE CUELLO, UNILATERAL
785	40.4.2	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL DE CUELLO, BILATERAL
786	40.4.3	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL MODIFICADO DE CUELLO
787	40.4.4	VACIAMIENTO RADICAL SUPRAHIOIDEO DE CUELLO
788	40.5.1	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO AXILAR
789	40.5.3	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO INGUINO ILIACO
790	40.5.4	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO ABDOMINO INGUINAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (40.5.4), salvo: Linfadenectomía pélvica por laparoscopia		
791	40.5.5	ESCISIÓN RADICAL DE GANGLIOS LINFÁTICOS RETROPERITONEALES
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (40.5.5), salvo: Linfadenectomía retroperitoneal por laparoscopia		
792	40.6.3	CIERRE DE FÍSTULA DEL CONDUCTO TORACICO
793	40.6.4	LIGADURA DEL CONDUCTO TORACICO
794	40.6.5	DERIVACIÓN LINFOVENOSA
795	40.6.6	LIGADURA (OBLITERACIÓN) EN EL AREA ILIACA
796	40.7.1	ANASTOMOSIS DE VASOS LINFÁTICOS
797	40.7.2	LINFANGIORRAFIA
798	40.7.3	LINFANGIOPLASTIA
799	40.7.4	TRASPLANTE DE LINFÁTICOS AUTOGENOS
800	41.0.1	TRASPLANTE AUTOLOGO DE MEDULA OSEA
801	41.0.2	TRASPLANTE ALOGENICO DE MEDULA OSEA CON PURIFICACION
802	41.0.3	TRASPLANTE ALOGENICO DE MEDULA OSEA SIN PURIFICACION
803	41.0.4	TRASPLANTE AUTOLOGO DE CELULAS MADRES HEMATOPOYETICAS
804	41.3.1	BIOPSIA DE MEDULA OSEA
805	41.3.2	BIOPSIA DE BAZO
806	41.4.2	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE BAZO
807	41.4.3	ESPLENECTOMIA PARCIAL
808	41.4.4	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO
809	41.4.5	ESCISIÓN DE BAZO ACCESORIO
810	41.5.1	ESPLENECTOMIA TOTAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (41.5.1), salvo: Esplenectomía total por laparoscopia		

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
811	41.6.1	ESPLENORRAFIA
812	41.9.1	ASPIRACION DE MEDULA OSEA DE DONANTE
813	41.9.2	INYECCIÓN DE MEDULA OSEA
814	42.0.1	DRENAJE DE COLECCIÓN DE ESOFAGO POR ESOFAGOTOMIA
815	42.1.1	ESOFAGOSTOMÍA CON MIOTOMIA CERVICAL
816	42.2.1	ESOFAGOSCOPIA OPERATORIA POR INCISIÓN
817	42.2.2	ESOFAGOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL
818	42.2.3	ESOFAGOSCOPIA VÍA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNOSTICA
819	42.2.4	BIOPSIA DE ESÓFAGO CERRADA [ENDOSCÓPICA]
820	42.2.5	BIOPSIA ABIERTA DE ESÓFAGO
821	42.3.1	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO
822	42.3.2	RESECCIÓN DE OTRA LESIÓN DE ESÓFAGO
823	42.3.3	ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO DE ESÓFAGO
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (42.3.3), salvo: Diverticulectomia endoscópica de esófago		
825	42.4.1	ESOFAGECTOMÍA PARCIAL
826	42.4.2	ESOFAGECTOMÍA TOTAL
827	42.5.0	ANASTOMOSIS DE ESÓFAGO VÍA INTRATORÁCCICA O CERVICAL
828	42.5.1	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA VÍA INTRATORACCICA O CERVICAL
829	42.5.2	ESOFAGOGASTROSTOMIA VÍA INTRATORÁCCICA O CERVICAL
830	42.5.3	ANASTOMOSIS ESOFAGICA VÍA INTRATORÁCCICA Y/O CERVICAL CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO
831	42.5.5	ANASTOMOSIS ESOFAGICA VÍA INTRATORÁCCICA Y/O CERVICAL CON INTERPOSICION DE COLON
832	42.5.6	ESOFAGOPLASTIA CON ASCENSO DE ESTOMAGO
833	42.6.1	RECONSTRUCCION ESOFAGICA ANTE -ESTERNAL
834	42.7.1	ESOFAGOTOMIA CERVICAL CON MIOTOMIA
835	42.7.2	ESOFAGOTOMIA TRANSTORÁCCICA CON MIOTOMIA
836	42.7.3	ESOFAGOTOMIA CON MIOTOMIA EN ESPIRAL
837	42.7.4	ESOFAGOCARDIO MIOTOMIA ABDOMINAL O TORÁCCICA [HELLER]
838	42.8.1	INSERCIÓN DE TUBO O PROTESIS (STENT) PERMANENTE EN ESÓFAGO
839	42.8.2	SUTURA POR LACERACION DE ESÓFAGO
840	42.8.3	CIERRE DE ESOFAGOSTOMIA
841	42.8.5	REPARACIÓN DE ESTENOSIS ESOFAGICA
842	42.8.7	REPARACIÓN DE ATRESIA ESOFAGICA
843	42.9.1	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS
844	42.9.2	DILATACIÓN DE ESÓFAGO
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (42.9.2), salvo: Corrección endoscópica de esófago de Barret mediante terapia fotodinámica		
845	42.9.3	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE PROTESIS (STENT) ESOFAGICAS
846	42.9.4	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O LESIÓN LOCALIZADA EN ESÓFAGO CON REPARO PRIMARIO
847	43.0.1	GASTROTOMIA
848	43.1.1	GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA [ENDOSCÓPICA]
849	43.1.2	GASTROSTOMÍA POR LAPAROTOMÍA
850	43.3.1	PILOROMIOTOMIA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
851	43.4.0	ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE POLIPOS GASTRICOS
852	43.4.1	ABORDAJE ENDOSCOPICO DE VARICES GASTRICAS
853	43.4.2	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMOR SUBMUCOSO GASTRICO
854	43.4.5	MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA GASTRICA
855	43.6.1	GASTRODUODENOSTOMÍA
856	43.7.1	GASTROYEYUNOSTOMÍA
857	43.8.1	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL RADICAL
858	43.8.2	GASTRECTOMÍA PARCIAL, CON RECONSTRUCCIÓN CON O SIN VAGOTOMÍA
859	43.8.3	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSIÓN PILORICA
860	43.9.1	GASTRECTOMIA TOTAL CON INTERPOSICION INTESTINAL
861	43.9.2	DERIVACIÓN GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX
862	43.9.3	ESOFAGOGASTRECTOMIA
863	44.0.1	VAGOTOMÍA TRONCULAR Y PILOROPLASTIA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (44.0.1), salvo: Vagotomía troncular (seriotomía anterior) por laparoscopia		
864	44.0.2	VAGOTOMÍA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA
865	44.1.1	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL
866	44.1.2	GASTROSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL
867	44.1.3	ESOFAGOGASTROSCOPIA
868	44.1.4	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE ESTOMAGO
869	44.1.5	BIOPSIA ABIERTA DEL ESTOMAGO
870	44.2.0	PILOROPLASTIA-PILORECTOMÍA ANTERIOR
871	44.2.1	DILATACIÓN DE PILORO MEDIANTE INCISIÓN
872	44.2.2	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE PILORO
873	44.3.1	DERIVACIÓN GÁSTRICA PROXIMAL
874	44.4.0	SUTURA DE ÚLCERA PERFORADA CON VAGOTOMIA Y EPIPLOPLASTIA
875	44.4.1	SUTURA DE ÚLCERA GÁSTRICA
876	44.4.2	SUTURA DE ÚLCERA DUODENAL
877	44.4.3	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GÁSTRICA O DUODENAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (44.4.3), salvo: Control endoscópico de hemorragia gástrica o duodenal mediante láser y Control endoscópico de hemorragia gástrica mediante sonda térmica		
878	44.5.1	REANASTOMOSIS DEL ESTÓMAGO POR DESHISCENCIA DE LA SUTURA
879	44.6.1	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO (GASTRORRAFIA)
880	44.6.2	CIERRE DE GASTROSTOMÍA
881	44.6.3	CIERRE DE OTRA FÍSTULA GÁSTRICA
882	44.6.4	GASTROPEXIA
883	44.6.5	ESOFAGOGASTROPLASTIA
884	44.6.6	OTROS PROCEDIMIENTOS PARA CREACIÓN DE COMPETENCIA ESFINTERIANA ESOFAGICOGÁSTRICA
885	44.9.1	LIGADURA DE VARICES GÁSTRICAS
886	44.9.2	MANIPULACION INTRAOPERATORIA DE ESTÓMAGO (REDUCCIÓN DE VÓLVULO)
887	44.9.5	BYPASS O DERIVACIÓN O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGÁSTRICO

605521

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
888	45.0.0	ENTEROTOMIA
889	45.0.6	DRENAJE DE COLECCIÓN DE DIVERTÍCULO
890	45.1.1	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO
891	45.1.2	ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL
892	45.1.3	OTRAS ENDOSCOPIAS DE INTESTINO DELGADO
893	45.1.4	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE INTESTINO DELGADO
894	45.1.5	BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO DELGADO
895	45.1.6	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA CERRADA
896	45.2.1	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO
897	45.2.2	ENDOSCOPIA DE INTESTINO GRUESO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL
898	45.2.3	COLONOSCOPIA
899	45.2.4	SIGMOIDOSCOPIA
900	45.2.5	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DEL INTESTINO GRUESO
901	45.2.6	BIOPSIA ABIERTA DE INTESTINO GRUESO
902	45.2.7	BIOPSIA INTESTINAL, NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
903	45.3.0	ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE DUODENO
904	45.3.1	OTRA ELIMINACION O ESCISIÓN DE LESIÓN DE DUODENO
905	45.3.3	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO
906	45.4.1	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO
907	45.4.2	RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO
908	45.6.1	RESECCIÓN SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO DELGADO
909	45.6.2	OTRA RESECCIÓN PARCIAL DE INTESTINO DELGADO
910	45.6.3	RESECCIÓN TOTAL DE INTESTINO DELGADO
911	45.6.4	RESECCIÓN INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO
912	45.7.0	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN]
913	45.7.1	RESECCIÓN SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO GRUESO
914	45.7.2	CECECTOMIA
915	45.7.3	HEMICOLECTOMIA DERECHA
916	45.7.4	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO
917	45.7.5	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA
918	45.7.6	SIGMOIDECTOMIA
919	45.8.0	COLECTOMÍA TOTAL CON RESECCIÓN DE ILEOTERMINAL
920	45.8.1	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROTECTOMÍA
921	45.8.2	COLECTOMÍA TOTAL MÁS RESERVORIO
922	45.8.3	COLECTOMÍA TOTAL CON ANASTOMOSIS PÉLVICA
923	45.9.1	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO
924	45.9.2	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL
925	45.9.3	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO
926	45.9.4	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO
927	45.9.5	ANASTOMOSIS AL ANO
928	46.0.1	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO
929	46.0.2	RESECCIÓN DE SEGMENTO EXTERIORIZADO DE INTESTINO DELGADO
930	46.0.3	EXTERIORIZACION DE INTESTINO GRUESO
931	46.0.4	RESECCIÓN DE SEGMENTO EXTERIORIZADO DE INTESTINO GRUESO
932	46.1.0	COLOSTOMIA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
933	46.1.1	COLOSTOMIA TEMPORAL
934	46.1.2	COLOSTOMIA PERMANENTE
935	46.2.2	ILEOSTOMÍA CONTINENTE
936	46.2.4	APERTURA RETARDADA DE ILEOSTOMIA
937	46.3.1	APERTURA RETARDADA DE OTRA ENTEROSTOMIA
938	46.3.2	YEYUNOSTOMIA PERCUTÁNEA [ENDOSCÓPICA]
939	46.4.0	REVISIÓN DE ESTOMA INTESTINAL NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA
940	46.5.1	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO
941	46.5.2	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO
942	46.6.3	FIJACION DE INTESTINO GRUESO A PARED ABDOMINAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (46.6.3), salvo: Sigmoidopexia		
943	46.7.1	SUTURA DE HERIDA DE DUODENO
944	46.7.2	CIERRE DE FÍSTULA DE DUODENO
945	46.7.3	SUTURA DE HERIDA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO
946	46.7.4	CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO
947	46.7.5	SUTURA DE HERIDA DE INTESTINO GRUESO
948	46.7.6	CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO GRUESO
949	46.7.7	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA
950	46.7.8	CORRECCIÓN DE ATRESIA DE INTESTINO
951	46.7.9	OTRA REPARACIÓN O PLASTIA DE INTESTINO
952	46.8.0	MANIPULACION INTRABDOMINAL DE INTESTINO
953	46.8.1	DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (46.8.1), salvo: Desplazamiento de contenido intestinal por laparotomía		
954	46.8.5	DILATACIÓN DEL INTESTINO
955	46.8.6	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS O BRIDAS EN INTESTINO
956	46.9.4	REINTERVENCIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL
957	46.9.5	PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO DELGADO
958	46.9.6	PERFUSIÓN LOCAL DE INTESTINO GRUESO
959	46.9.7	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO
960	47.1.1	APENDICECTOMÍA
961	47.1.2	APENDICECTOMÍA POR PERFORACIÓN, CON DRENAJE DE ABCESO, LIBERACIÓN DE PLASTRÓN Y/O DRENAJE DE PERITONITIS LOCALIZADA
962	47.1.3	APENDICECTOMÍA CON DRENAJE DE PERITONITIS GENERALIZADA
963	48.0.1	PROCTOTOMIA, VÍA ABDOMINAL O PERINEAL
964	48.2.1	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL
965	48.2.2	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL
966	48.2.3	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA
967	48.2.4	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE RECTO O SIGMOIDE
968	48.2.5	BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE
969	48.2.6	BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL
970	48.2.7	MANOMETRIA RECTAL
971	48.3.1	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL
972	48.3.2	ESCISIÓN DE LA MUCOSA RECTAL
973	48.3.3	ELIMINACION DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL POR LASER

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
974	48.3.6	POLIECTOMIA ENDOSCÓPICA DE RECTO
975	48.3.8	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO
976	48.5.1	PROCTECTOMIA PARCIAL, VÍA TRANS-SACRA [KRASKE]
977	48.5.2	PROCTECTOMIA COMPLETA
978	48.5.3	PROCTECTOMIA CON COLOSTOMIA
979	48.5.4	PROCTECTOMIA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL
980	48.6.1	RECTOSIGMOIDECTOMIA TRANS-SACRA O TRANS-COCCIGEA
981	48.6.2	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO CON COLOSTOMIA SIMULTANEA
982	48.6.4	RESECCIÓN POSTERIOR DE RECTO
983	48.6.5	RESECCIÓN DE MUÑON RECTAL POST- DUHAMEL
984	48.6.7	RESECCIÓN DE TUMOR RECTAL, VÍA TRANS-ANAL
985	48.6.8	RESECCIÓN RECTO CON RECONSTRUCCION
986	48.7.1	SUTURA DE LACERACION DE RECTO (PROCTORRAFIA)
987	48.7.2	CIERRE DE PROCTOSTOMIA
988	48.7.3	FISTULECTOMÍA RECTAL CON COLOSTOMÍA
989	48.7.4	RECTORECTOSTOMIA
990	48.7.5	PROCTOPEXIA ABDOMINAL
991	48.7.6	OTRA PROCTOPEXIA
992	48.7.7	DESCENSO RECTAL
993	48.7.9	OTRA REPARACIÓN DE RECTO
994	48.8.1	INCISIÓN DE TEJIDO PERIRRECTAL
995	48.9.1	INCISIÓN DE ESTENOSIS RECTAL
996	48.9.2	MIOMECTOMÍA ANO-RECTAL
997	48.9.3	REPARACIÓN DE FÍSTULA PERIRRECTAL
998	48.9.4	DILATACIÓN INSTRUMENTAL ENDOSCÓPICA DE RECTO
999	49.0.1	DRENAJE DE COLECCIÓN ISQUIORRECTAL
1000	49.0.2	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIANAL
1001	49.0.4	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIANAL
1002	49.0.7	RESECCIÓN DE FISURA ANAL (FISURECTOMÍA)
1003	49.1.1	FISTULOTOMIA ANAL
1004	49.1.2	FISTULECTOMÍA ANAL Y/O PERIANAL
1005	49.2.1	ANOSCOPIA
1006	49.2.2	BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL
1007	49.2.3	BIOPSIA DE ANO
1008	49.3.1	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE ANO
1009	49.3.4	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ANO POR ENDOSCOPIA
1010	49.4.2	INYECCIÓN (ESCLEROSIS) EN HEMORROIDES
1011	49.4.3	CAUTERIZACIÓN DE HEMORROIDES
1012	49.4.4	ABLACIÓN DE HEMORROIDES POR CRIOTERAPIA
1013	49.4.5	LIGADURA DE HEMORROIDES
1014	49.4.6	ESCISIÓN DE HEMORROIDES
1015	49.4.7	EVACUACION DE HEMORROIDES TROMBOSADAS
1016	49.5.1	ESFINTEROTOMIA ANAL LATERAL
1017	49.5.2	ESFINTEROTOMIA ANAL POSTERIOR
1018	49.5.3	ESFINTEROTOMÍA ANAL CON COLOSTOMÍA
1019	49.7.1	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE ANO
1020	49.7.2	IMPLANTACION DE UN ANILLO EN LA CIRCUNFERENCIA ANAL (CERCLAJE)

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1021	49.7.3	CIERRE DE FÍSTULA ANAL
1022	49.7.4	TRANSPOSICIÓN DEL MUSCULO RECTO INTERNO PARA INCONTINENCIA ANAL
1023	49.7.5	PLASTIA DE ANO
1024	49.9.1	INCISIÓN DE TABIQUE ANAL
1025	49.9.4	REDUCCIÓN DE PROLAPSO ANAL
1026	49.9.5	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSOPERATORIA) DE ANO
1027	49.9.6	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE
1028	50.0.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPÁTICO POR INCISIÓN
1029	50.1.1	BIOPSIA CERRADA PERCUTÁNEA [AGUJA] DE HIGADO
1030	50.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE HIGADO
1031	50.1.3	BIOPSIA DE HIGADO POR LAPAROSCOPIA
1032	50.2.1	DRENAJE Y/O MARSUPIALIZACIÓN DE LESIÓN DE HIGADO
1033	50.2.2	HEPATECTOMIA PARCIAL (SUB - LOBAR)
1034	50.2.4	OTRA ESCISIÓN O RESECCIÓN DE LESIÓN DE HIGADO
1035	50.3.1	EXTIRPACION DE LOBULO HEPATICO
1036	50.4.0	HEPATECTOMIA TOTAL (OBTENCION DE ORGANO) SIN CIRUGIA DE BANCO
1037	50.4.1	HEPATECTOMIA TOTAL (OBTENCION DE ORGANO) CON CIRUGIA DE BANCO
1038	50.5.1	TRASPLANTE AUXILIAR (HETEROTOPICO) DE HIGADO SIN CIRUGIA DE BANCO
1039	50.5.2	TRASPLANTE AUXILIAR [HETEROTOPICO] DE HIGADO CON CIRUGÍA DE BANCO
1040	50.5.3	TRASPLANTE ORTOTOPICO DE HIGADO SIN CIRUGIA DE BANCO
1041	50.5.4	TRASPLANTE ORTOTOPICO DE HIGADO CON CIRUGIA DE BANCO
1042	50.5.9	OTRO TRASPLANTE DE HIGADO
1043	50.6.1	SUTURA DE LESIÓN HEPÁTICA
1044	50.9.1	ASPIRACION PERCUTÁNEA DE HIGADO
1045	50.9.3	PERFUSIÓN LOCALIZADA DE HIGADO
1046	50.9.4	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN HIGADO
1047	51.0.0	COLECISTOTOMIA Y COLECISTOSTOMIA CON EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS
1048	51.0.1	HEPATICOTOMÍA O HEPATICOSTOMÍA CON DRENAJE O EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS
1049	51.0.3	DRENAJE BILIAR PERCUTANEO [ENDOSCOPICO] Y COLOCACION DE PROTESIS
1050	51.0.4	COLECISTOSTOMIA PERCUTÁNEA
1051	51.0.5	DRENAJE DE QUISTE DEL COLEDOCO
1052	51.1.0	COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)
1053	51.1.1	COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPIA (CRE)
1054	51.1.2	BIOPSIA PERCUTÁNEA [AGUJA] DE VESICULA BILIAR O VÍAS BILIARES
1055	51.1.3	BIOPSIA ABIERTA DE VESICULA BILIAR O VÍAS BILIARES
1056	51.1.4	OTRA BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE TRACTO BILIAR O ESFINTER DE ODDI
1057	51.2.1	COLECISTECTOMIA
1058	51.2.2	FULGURACIÓN DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCÓPICA RETROGRADA
1059	51.2.3	LITROTIPSIA MECANICA BILIAR POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA
1060	51.2.5	RESECCIÓN DE QUISTES DEL COLÉDOCO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1061	51.2.6	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE VÍAS BILIARES BILIOENTERICAS PROXIMALES
1062	51.3.0	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR O VÍA BILIAR CON PANCREATOLOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (ERP)
1063	51.3.1	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A CONDUCTOS HEPATICOS
1064	51.3.2	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A INTESTINO
1065	51.3.3	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A PÁNCREAS
1066	51.3.4	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A ESTOMAGO
1067	51.3.6	COLEDOCODUODENOSTOMIA
1068	51.3.7	ANASTOMOSIS DE CONDUCTO HEPATICO A TUBO DIGESTIVO
1069	51.4.1	EXPLORACION DEL CONDUCTO BILIAR PRINCIPAL PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO
1070	51.4.2	EXPLORACIÓN DEL CONDUCTO BILIAR PRINCIPAL PARA ALIVIO DE OTRA OBSTRUCCION
1071	51.4.3	RE EXPLORACION DE VÍAS BILIARES
1072	51.4.4	INSERCIÓN DE TUBO COLEDOCOHEPATICO
1073	51.4.5	EXPLORACION DE VÍA HEPATO BILIAR COMUN
1074	51.6.2	ESCISIÓN DE LA AMPOLLA HEPATOPANCREATICA [DE VATER] (AMPULECTOMIA), CON REIMPLANTACIÓN DE COLEDOCO
1075	51.6.4	ESCISIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN EN LAS VÍAS BILIARES
1076	51.7.1	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO
1077	51.7.2	COLEDOCOPLASTIA
1078	51.7.3	RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES
1079	51.8.1	DILATACIÓN DEL ESFINTER DE ODDI
1080	51.8.3	ESFINTEROPLASTIA
1081	51.8.4	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE AMPOLLA Y CONDUCTO BILIAR
1082	51.8.5	ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA
1083	51.8.6	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR
1084	51.8.7	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS, STENT) EN CONDUCTO BILIAR
1085	51.8.8	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CALCULOS DEL TRACTO BILIAR
1086	51.9.1	REPARACIÓN DE LESIÓN DE VESICULA BILIAR
1087	51.9.2	CIERRE DE COLECISTOSTOMIA
1088	51.9.4	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS DE LAS VÍAS BILIARES
1089	51.9.5	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO PROTESICO DE VÍA BILIAR
1090	51.9.6	EXTRACCIÓN PERCUTÁNEA DE CALCULOS EN COLEDOCO
1091	52.0.1	DRENAJE DE COLECCIÓN DE PÁNCREAS
1092	52.0.2	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE DEL PÁNCREAS
1093	52.1.1	BIOPSIA POR ASPIRACION [AGUJA] CERRADA DE PÁNCREAS
1094	52.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE PÁNCREAS
1095	52.1.3	PANCREATOLOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCÓPICA (ERP)
1096	52.1.4	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE DUCTO PANCREATICO
1097	52.2.2	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS
1098	52.3.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS
1099	52.4.2	DRENAJE PERCUTANEO DE SEUDOQUISTE PANCREATICO
1100	52.4.4	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREATICO POR CISTOGASTROSTOMIA ABIERTA
1101	52.5.1	PANCREATECTOMIA PROXIMAL
1102	52.5.2	PANCREATECTOMIA DISTAL
1103	52.5.3	PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL [OPERACIÓN DE CHILD]

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1104	52.6.1	PANCREATECTOMÍA TOTAL POR NECIDIOBLASTOSIS
1105	52.7.1	PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTAL
1106	52.7.2	PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL
1107	52.9.3	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUBO TUTOR (PROTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREÁTICO
1108	52.9.4	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREÁTICO
1109	52.9.5	REPARACIÓN DE PÁNCREAS
1110	52.9.6	ANASTOMOSIS DEL PÁNCREAS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (52.9.6), salvo: Anastomosis del páncreas por laparoscopia		
1111	52.9.8	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE DUCTO PANCREÁTICO
1112	53.0.1	HERNIORRAFIA INGUINAL DIRECTA
1113	53.0.2	HERNIORRAFIA INGUINAL INDIRECTA
1114	53.0.3	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA
1115	53.0.4	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA
1116	53.0.5	HERNIORRAFIA INGUINAL CON INJERTO O PROTESIS
1117	53.0.9	HERNIORRAFIA INGUINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1118	53.1.1	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL DIRECTA
1119	53.1.2	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL INDIRECTA
1120	53.1.3	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL CON UNA PROTESIS
1121	53.1.4	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL CON DOS PROTESIS
1122	53.2.1	HERNIORRAFIA FEMORAL O CRURAL ENCARCELADA
1123	53.2.2	HERNIORRAFIA FEMORAL O CRURAL POR DESLIZAMIENTO
1124	53.3.0	HERNIORRAFIA BILATERAL FEMORAL O CRURAL REPRODUCIDA
1125	53.3.1	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA CRURAL CON INJERTO O PROTESIS
1126	53.4.0	HERNIORRAFIA UMBILICAL
1127	53.4.1	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA
1128	53.4.2	HERNIORRAFIA UMBILICAL CON PROTESIS
1129	53.5.1	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION)
1130	53.5.2	REPARACIÓN DE HERNIA EPIGÁSTRICA
1131	53.6.0	HERNIORRAFIA LUMBAR
1132	53.6.1	HERNIORRAFIA OBTURADORA
1133	53.6.2	HERNIORRAFIA ISQUIÁTICA
1134	53.6.3	HERNIORRAFIA ISQUIORRECTAL
1135	53.7.0	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA ABDOMINAL
1136	53.7.1	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA TORÁCICA
1137	53.7.2	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA TORACOABDOMINAL
1138	54.0.0	DRENAJE DE COLECCIÓN EN PARED ABDOMINAL
1139	54.1.0	LAPAROTOMIA DE PRECISION
1140	54.1.2	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA
1141	54.1.3	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL
1142	54.1.4	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO
1143	54.1.5	PROCEDIMIENTOS EN LA REGION RETROPERITONEAL
1144	54.1.6	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO
1145	54.1.8	OTROS PROCEDIMIENTOS EN PERITONEO
1146	54.2.1	LAPAROSCOPIA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1147	54.2.2	BIOPSIA ABIERTA DE PARED ABDOMINAL U OMBLIGO
1148	54.2.3	BIOPSIA DE PERITONEO
1149	54.2.4	BIOPSIA CERRADA [PERCUTÁNEA] [CON AGUJA] DE MASA INTRAABDOMINAL
1150	54.2.5	LAVADO PERITONEAL DIAGNOSTICO
1151	54.2.7	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNOSTICA
1152	54.3.1	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL
1153	54.3.2	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE LA PARED ABDOMINAL
1154	54.3.3	ESCISIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL
1155	54.4.1	OMENTECTOMÍA
1156	54.4.2	ONFALECTOMÍA
1157	54.5.0	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROTOMIA
1158	54.5.1	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROSCOPIA
1159	54.6.1	NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACION)
1160	54.6.2	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION
1161	54.7.1	CORRECCIÓN TOTAL DE EVISCERACION PRENATAL (GASTROSQUISIS)
1162	54.7.2	CORRECCIÓN DE ONFALOCELE
1163	54.7.3	CIERRE DE PIEL CON INCISIONES DE RELAJACION EN ONFALOCELE O GASTROSQUISIS
1164	54.7.4	EVENTRORRAFIA
1165	54.7.5	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL
1166	54.7.6	RESECCIÓN DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL
1167	54.9.0	INSERCIÓN Y RETIRO DE CATETER PERITONEAL
1168	54.9.1	PARACENTESIS TERAPEUTICA
1169	54.9.2	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA CAVIDAD PERITONEAL
1170	54.9.5	INCISIÓN DE PERITONEO
1171	54.9.7	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DE ACCION LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL
1172	54.9.8	DIALISIS PERITONEAL
1173	55.0.1	NEFROTOMÍA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.0.1), salvo: Nefrolitotomía o extracción de cálculo o cuerpo extraño por laparoscopia con mano asistida o ayuda manual	
1174	55.0.2	NEFROSTOMÍA
1175	55.0.3	NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA SIN FRAGMENTACIÓN
1176	55.0.4	NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA CON FRAGMENTACIÓN
1177	55.1.1	PIELOTOMÍA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.1.1), salvo: Extracción de cuerpo extraño y calculo por pielotomía laparoscópica	
1178	55.1.2	PIELOSTOMÍA
1179	55.2.1	NEFROSCOPIA
1180	55.2.2	PIELOSCOPIA
1181	55.2.3	BIOPSIA CERRADA [PERCUTANEA] [AGUJA] [LAPAROSCOPICA] DE RIÑON
1182	55.2.4	BIOPSIA ABIERTA DE RIÑÓN
1183	55.2.5	BIOPSIA TEJIDOS PERIRENALES
1184	55.3.1	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN RENAL

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1185	55.4.1	HEMINEFRECTOMIA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.4.1), salvo: Heminefrectomía por laparoscopia	
1186	55.4.2	RESECCIÓN DE POLO RENAL
1187	55.4.4	RESECCIÓN EN CUÑA DE RIÑÓN
1188	55.5.1	NEFRO-URETERECTOMÍA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.5.1), salvo: Nefroureterectomía con segmento vesical por laparoscopia	
1189	55.5.2	NEFRECTOMÍA DE RIÑÓN RESIDUAL O UNICO
1190	55.5.3	REMOCIÓN DE RIÑÓN TRANSPLANTADO O RECHAZADO
1191	55.5.6	NEFRECTOMÍA SIMPLE (UNILATERAL TOTAL)
1192	55.5.7	NEFRECTOMIA RADICAL
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.5.7), salvo: Nefrectomía radical por laparoscopia con mano asistida o ayuda manual y Nefrectomía de donante vivo por laparoscopia	
1193	55.6.1	AUTOTRASPLANTE DE RIÑÓN
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.6.1), salvo: Autotrasplante renal por laparoscopia	
1194	55.6.2	TRASPLANTE DE RIÑÓN DE DONANTE
1195	55.7.0	NEFROPEXIA, FIJACIÓN O SUSPENSIÓN DE RIÑÓN ECTOPICO [FLOTANTE]
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.7.0), salvo: Nefropexia por laparoscopia	
1196	55.8.1	NEFRORRAFIA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.8.1), salvo: Nefrorrafia por laparoscopia	
1197	55.8.2	CIERRE DE FÍSTULA NEFROCUTÁNEA
1198	55.8.3	CIERRE DE OTRA FÍSTULA DE RIÑÓN Y PELVIS RENAL
1199	55.8.5	SINFISIOTOMÍA DE RIÑÓN EN HERRADURA
1200	55.8.6	ANASTOMOSIS DE RIÑÓN
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (55.8.6), salvo: Anastomosis uretero calicjal o nefrocallicostomía por laparoscopia	
1201	55.8.7	CORRECCIÓN DE UNIÓN URETEROPÉLVICA [PIELOPLASTIA] [REANASTOMOSIS URETEROPÉLVICA]
1202	55.8.8	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS PIÉLICAS
1203	55.9.2	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE RIÑÓN Y PELVIS RENAL
1204	55.9.3	REEMPLAZO DE CATETER DE NEFROSTOMÍA
1205	55.9.4	REEMPLAZO DE CATETER DE PIELOSTOMÍA
1206	55.9.5	PERFUSIÓN LOCAL DE RIÑÓN
1207	55.9.6	OTRAS INYECCIONES DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN RIÑÓN
1208	56.0.1	REMOCIÓN TRANSURETRAL [ENDOSCÓPICA] DE CALCULO, COAGULO O CUERPO EXTRAÑO EN URETER O PELVIS RENAL
1209	56.0.2	REMOCION [LAPAROSCOPIA] DE CALCULO, COAGULO O CUERPO EXTRAÑO
1210	56.1.1	MEATOTOMÍA URETERAL
1211	56.2.1	EXPLORACIÓN DE URÉTER

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1212	56.2.2	URETEROLITOTOMÍA
1213	56.3.1	URETEROSCOPIA O URETERORRENOSCOPIA
1214	56.3.3	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] [POR LAPAROSCOPIA], DE URETER
1215	56.3.4	BIOPSIA ABIERTA DE URETER
1216	56.3.5	ENDOSCOPIA DE CONDUCTO DE DERIVACIÓN URINARIA
1217	56.4.1	URETERECTOMIA PARCIAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (56.4.1), salvo: Ureterectomía parcial por laparoscopia y Acortamiento o remodelación de uréter con reimplantación ureterovesical por laparoscopia		
1218	56.4.2	URETERECTOMIA TOTAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (56.4.2), salvo: Ureterectomía total o residual por laparoscopia		
1219	56.5.1	FORMACIÓN DE CONDUCTO ILEAL SIN TUNELIZACIÓN DE URETER
1220	56.5.2	FORMACIÓN DE CONDUCTO COLÓNICO CON TUNELIZACIÓN DE URETER
1221	56.5.4	OTRO REEMPLAZO DE URETER POR INTESTINO
1222	56.5.6	URETEROENTEROSTOMÍAS CUTÁNEAS
1223	56.5.7	OTRAS DERIVACIONES URINARIAS
1224	56.6.0	URETEROSTOMÍA CUTÁNEA
1225	56.6.2	REVISIÓN DE URETEROSTOMÍA CUTÁNEA
1226	56.7.4	URETERONEOCISTOSTOMÍA
1227	56.7.5	TRANSURETERO-URETEROSTOMÍA
1228	56.8.2	SUTURA DE LACERACIÓN DE URETER O URETERORRAFIA
1229	56.8.3	CIERRE DE URETEROSTOMÍA (FÍSTULA URETEROCUTÁNEA)
1230	56.8.4	CIERRE DE OTRAS FÍSTULAS DE URETER
1231	56.8.7	URETEROPLASTIA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (56.8.7), salvo: Ureteroplastia y/o anastomosis termi - terminal de uréter por laparoscopia		
1232	56.8.9	OTRAS REPARACIONES DE URETER
1233	56.9.0	DILATACIÓN URETERAL
1234	57.0.1	DRENAJE DE VEJIGA SIN INCISIÓN
1235	57.0.2	REMOCIÓN TRANSURETRAL [ENDOSCÓPICA] DE CALCULO, CUERPO EXTRAÑO O COAGULO DE VEJIGA
1236	57.1.1	CISTOTOMIA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (57.1.1), salvo: Cistotomía por laparoscopia		
1237	57.1.2	CISTOSTOMÍA
1238	57.2.1	VESICOSTOMÍA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1239	57.2.2	REVISIÓN O SUTURA DE VESICOSTOMÍA
1240	57.3.1	CISTOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMÍA
1241	57.3.2	OTRA CISTOSCOPIA
1242	57.3.3	BIOPSIA CERRADA [TRANSURETRAL] DE VEJIGA
1243	57.3.4	BIOPSIA ABIERTA DE VEJIGA
1244	57.3.5	BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1245	57.4.1	ABLACIÓN TRANSURETRAL DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES VESICALES
1246	57.4.2	OTRA ESCISIÓN O ABLACIÓN TRANSURETRAL DE TEJIDO O LESIÓN VESICAL
1247	57.5.1	RESECCIÓN DE URACO
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (57.5.1), salvo: Resección de uraco por laparoscopia		
1248	57.5.2	ESCISIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE OTRA LESIÓN O TEJIDO VESICAL
1249	57.6.0	CISTECTOMIA PARCIAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1250	57.7.0	CISTECTOMIA TOTAL
1251	57.7.1	CISTECTOMIA RADICAL
1252	57.8.1	SUTURA DE LACERACIÓN VESICAL (CISTORRAFIA)
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (57.8.1), salvo: Sutura de vejiga por laparoscopia		
1253	57.8.2	CIERRE DE CISTOSTOMÍA O VESICOSTOMÍA
1254	57.8.3	REPARACIÓN DE FÍSTULA VESICO-INTESTINAL
1255	57.8.4	REPARACIÓN DE OTRA FÍSTULA DE VEJIGA
1256	57.8.5	CISTOURETROPLASTIA Y PLASTIA DE CUELLO VESICAL
1257	57.8.6	REPARACIÓN DE EXTROFIA VESICAL
1258	57.8.7	RECONSTRUCCIÓN DE VEJIGA
1259	57.8.8	OTRA ANASTOMOSIS DE VEJIGA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (57.8.8), salvo: Anastomosis cistocólica		
1260	57.8.9	OTRA REPARACIÓN EN VEJIGA
1261	57.9.1	ESFINTEROTOMÍA VESICAL
1262	57.9.3	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRÚRGICA) DE VEJIGA
1263	57.9.4	INSERCIÓN DE CATETER URINARIO (VESICAL)
1264	57.9.5	REEMPLAZO DE CATETER URINARIO (VESICAL)
1265	57.9.9	OTROS PROCEDIMIENTOS EN VEJIGA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO
1266	58.0.0	URETROTOMÍA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (58.0.0), salvo: Uretrotomía interna endoscópica		
1267	58.0.1	URETROSTOMÍA
1268	58.1.0	MEATOTOMÍA URETRAL
1269	58.2.1	URETROSCOPIA PERINEAL
1270	58.2.3	BIOPSIA DE URETRA
1271	58.2.4	BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL
1272	58.3.1	ESCISIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL
1273	58.3.2	ESCISIÓN O ABLACIÓN ABIERTA DE LESIÓN O TEJIDO URETRAL
1274	58.4.1	URETRORRAFIA
1275	58.4.2	CIERRE DE URETROSTOMÍA
1276	58.4.3	CIERRE DE OTRA FÍSTULA DE URETRA
1277	58.4.4	REANASTOMOSIS DE URETRA
1278	58.4.5	REPARACIÓN DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS
1279	58.4.6	OTRA RECONSTRUCCION EN URETRA
1280	58.4.7	MEATOPLASTIA URETRAL

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1281	58.4.9	OTRA CORRECCIÓN EN URETRA
1282	58.5.0	URETROLISIS
1283	58.6.1	DILATACIÓN DE URETRA POR URETROTOMÍA
1284	58.6.2	DILATACIÓN DE UNIÓN URETROVESICAL
1285	58.6.3	DILATACIÓN DE URETRA POR SONDEO
1286	58.7.0	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS EN URETRA
1287	58.9.1	INCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL
1288	58.9.2	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL
1289	59.0.1	EXPLORACIÓN RETROPERITONEAL
1290	59.0.2	URETEROLISIS CON LIBERACIÓN O REPOSICIONAMIENTO DE URETER
1291	59.0.3	OTRAS LISIS DE ADHERENCIAS PERIRENALES O PERIURETERALES
1292	59.0.4	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO PERIRENAL O PERIURETERAL
1293	59.0.5	DRENAJE PERCUTÁNEO EN AREA PERIRRENAL
1294	59.1.1	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES
1295	59.1.9	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO PERIVESICAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (59.1.9), salvo: Exploración de tejido perivesical		
1296	59.3.1	PLICATURA DE UNIÓN URETROVESICAL
1297	59.5.1	SUSPENSIÓN URETRAL RETROPUBICA
1298	59.6.1	SUSPENSIÓN PARAURETRAL O PERIURETRAL
1299	59.7.1	PROCEDIMIENTOS PARA SUSPENSIÓN URETROVESICAL
1300	59.7.9	OTRAS URETROPEXIAS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (59.7.9), salvo: Reparación de Incontinencia urinaria de esfuerzo NCOC		
1301	59.8.0	CATETERISMO URETERAL NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
1302	59.9.1	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIRENAL O PERIVESICAL
1303	59.9.3	REEMPLAZO DE TUBO DE URETEROSTOMÍA
1304	59.9.4	REEMPLAZO DE TUBO DE CISTOSTOMÍA
1305	59.9.5	FRAGMENTACION INTRACORPOREA DE CÁLCULOS URINARIOS
1306	60.0.1	DRENAJE DE COLECCIÓN PROSTATICA
1307	60.0.2	PROSTATOLITOTOMÍA
1308	60.1.1	BIOPSIA CERRADA [PERCUTÁNEA] [CON AGUJA] DE PRÓSTATA
1309	60.1.2	BIOPSIA DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA
1310	60.1.3	BIOPSIA CERRADA [PERCUTÁNEA] [CON AGUJA] [POR LAPAROSCOPIA] DE VESICULAS SEMINALES
1311	60.1.4	BIOPSIA ABIERTA DE VESICULAS SEMINALES
1312	60.1.5	BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO
1313	60.2.9	OTRA PROSTATECTOMÍA TRANSURETRAL
1314	60.3.1	PROSTATECTOMÍA TRANSVESICAL
1315	60.4.0	ADENOMECTOMÍA RETROPUBICA NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (60.4.0), salvo: Adenomectomía retropubica por laparoscopia		
1316	60.4.1	PROSTATECTOMÍA TRANSVESICOCAPSULAR
1317	60.5.1	PROSTATECTOMIA RADICAL (PROSTATOVESICULECTOMÍA)
1318	60.7.1	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA CON AGUJA DE VESICULAS SEMINALES
1319	60.7.3	ESCISIÓN DE VESÍCULAS SEMINALES

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (60.7.3), salvo: Vesiculectomía o espermaticistectomía unilateral por laparoscopia y Vesiculectomía o espermaticistectomía bilateral por laparoscopia		
1320	60.8.1	INCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO
1321	60.8.2	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO
1322	60.9.1	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE PRÓSTATA
1323	60.9.3	REPARACIÓN O PLASTIA EN PROSTATA
1324	60.9.4	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRÚRGICA) DE PRÓSTATA
1325	60.9.5	DILATACIÓN TRANSURETRAL CON BALON DE URETRA PROSTATICA
1326	61.0.1	INCISIÓN DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
1327	61.1.1	BIOPSIA DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS
1328	61.2.1	ESCISIÓN DE HIDROCELE (DE TÚNICA VAGINALIS)
1329	61.3.1	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN ESCROTO
1330	61.3.4	ESCROTECTOMIA
1331	61.4.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS
1332	61.4.2	FISTULECTOMÍA DEL ESCROTO
1333	61.4.9	OTRAS CORRECCIONES EN ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS
1334	61.9.1	ASPIRACION PERCUTÁNEA DE TUNICA VAGINAL
1335	61.9.2	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TÚNICA VAGINALIS DISTINTAS A HIDROCELE
1336	62.0.1	DRENAJE POR INCISIÓN EN TESTÍCULO
1337	62.1.1	BIOPSIA CERRADA [PERCUTÁNEA] [POR AGUJA] DE TESTICULO
1338	62.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE TESTICULO
1339	62.1.9	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS SOBRE TESTICULO
1340	62.2.1	RESECCIÓN DE LESIÓN TESTICULAR
1341	62.3.0	ORQUIECTOMÍA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (62.3.0), salvo: Orquiectomía de un testículo intraabdominal unilateral por laparoscopia y Orquiectomía de un testículo intraabdominal bilateral por laparoscopia		
1342	62.5.1	ORQUIDOPEXIAS SIMPLES
1343	62.5.2	OTRAS ORQUIDOPEXIAS
1344	62.6.1	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTÍCULO
1345	62.9.1	ASPIRACIÓN DE TESTÍCULO
1346	62.9.3	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTÍCULO
1347	63.0.1	BIOPSIA DE EPIDÍDIMO
1348	63.0.2	BIOPSIA DE CORDÓN ESPERMÁTICO
1349	63.1.0	LIGADURA DE VENA ESPERMATICA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (63.1.0), salvo: Ligadura alta de vena espermática, por laparoscopia		
1350	63.1.2	OCLUSIÓN O CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMÁTICA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (63.1.2), salvo: Clipaje de arteria espermática por laparoscopia		
1351	63.1.3	HIDROCELECTOMÍA DE CORDON ESPERMATICO
1352	63.2.1	ESPERMATOCELECTOMÍA O RESECCIÓN QUISTE DEL EPIDÍDIMO
1353	63.3.2	RESECCIÓN DE HEMATOCELE DE CORDON ESPERMATICO
1354	63.4.0	EPIDIDIMECTOMÍA SIN ORQUIDECTOMIA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1355	63.5.1	SUTURA DE LACERACIÓN EN CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO
1356	63.5.2	REDUCCIÓN DE TORSIÓN TESTICULAR O CORDÓN ESPERMÁTICO
1357	63.6.1	VASOSTOMÍA
1358	63.7.1	LIGADURA O SECCIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE
1359	63.7.2	LIGADURA DE CORDÓN ESPERMÁTICO
1360	63.7.3	VASECTOMÍA
1361	63.8.1	SUTURA DE LACERACIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE Y EPIDÍDIMO
1362	63.8.2	RECONSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO (VASO-VASOSTOMÍA)
1363	63.8.3	EPIDÍDIMOVASOSTOMÍA
1364	63.9.1	ASPIRACIÓN DE ESPERMATOCELE
1365	63.9.2	INCISIÓN (EPIDIDIMOTOMÍA) Y DRENAJE DEL EPIDÍDIMO
1366	63.9.3	INCISIÓN Y DRENAJE DE CORDÓN ESPERMÁTICO
1367	63.9.6	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDÓN ESPERMÁTICO Y EPIDÍDIMO
1368	64.0.0	CIRCUNCISIÓN NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1369	64.1.1	BIOPSIA DE PENE
1370	64.1.2	ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA
1371	64.2.1	FULGURACIÓN RESECCIÓN DE LESIÓN EN PENE
1372	64.3.1	AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE (PENECTOMÍA PARCIAL)
1373	64.3.2	AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE (PENECTOMÍA TOTAL)
1374	64.4.1	SUTURA DE LACERACIÓN O HERIDA EN PENE
1375	64.4.2	LIBERACIÓN DE CORDEE
1376	64.4.3	CONSTRUCCIÓN DE PENE
1377	64.4.4	RECONSTRUCCIÓN PENEANA
1378	64.4.5	REIMPLANTE DE PENE
1379	64.4.9	OTRAS CORRECCIONES Y PLASTIAS EN PENE
1380	64.5.1	PROCEDIMIENTOS DE TRANSFORMACIÓN SEXUAL NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO
1381	64.9.1	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO
1382	64.9.3	SECCIÓN O CORTE DE ADHERENCIAS PENEANAS
1383	64.9.8	OTROS PROCEDIMIENTOS EN PENE
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (64.9.8), salvo: Corrección de angulación peneana	
1384	65.1.2	BIOPSIA EN OVARIO
1385	65.2.1	CISTECTOMÍA O RESECCIÓN DE QUISTE EN OVARIO
1386	65.2.2	RESECCIÓN CUNEIFORME EN OVARIO
1387	65.2.3	RESECCIÓN DE TUMOR EN OVARIO
1388	65.2.4	PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN EN OVARIO
1389	65.2.7	FULGURACIÓN EN OVARIO
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (65.2.7), salvo: Fulguración en ovario por laparoscopia	
1390	65.2.8	ESCISIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TEJIDO PARA OVÁRICO
1391	65.2.9	OTRA ESCISIÓN LOCAL O PARCIAL O ABLACIÓN DE LESIÓN OVÁRICA O DE TEJIDO OVÁRICO O PARA-OVÁRICO
1392	65.3.1	OOFORECTOMÍA UNILATERAL
1393	65.5.1	OOFORECTOMÍA BILATERAL EN UN MISMO ACTO OPERATORIO
1394	65.5.2	ESCISIÓN DE OVARIO REMANENTE

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1395	65.7.0	OOFOROPLASTIA
1396	65.7.1	SUTURA SIMPLE DE OVARIO
1397	65.7.8	OOFOROPEXIA
1398	65.9.1	ASPIRACIÓN DE OVARIO
1399	65.9.3	ESCISIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO SIN OOFORECTOMÍA
1400	65.9.5	LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (65.9.5), salvo: Liberación de torsión de ovario por laparoscopia		
1401	66.0.1	SALPINGOSTOMÍA Y DRENAJE TROMPA DE FALOPIO
1402	66.0.2	SALPINGOSTOMÍA
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (66.0.2), salvo: Salpingostomia por laparoscopia		
1403	66.1.1	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO
1404	66.2.1	ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA DE TROMPA DE FALOPIO UNICA
1405	66.2.2	ABLACIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA BILATERAL DE TROMPA DE FALOPIO
1406	66.3.1	SECCIÓN Y/O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO POR MINILAPAROTOMÍA
1407	66.4.0	SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL
1408	66.5.0	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL
1409	66.5.3	ESCISIÓN DE TROMPA DE FALOPIO UNICA
1410	66.6.1	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO
1411	66.6.2	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MESOSALPINX
1412	66.7.1	SALPINGORRAFIA O SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO
1413	66.7.2	SALPINGOOFOROTOMÍA
1414	66.7.3	SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA (SALPINGONEOSTOMÍA) (RECONSTRUCCIÓN TUBARICA)
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (66.7.3), salvo: Salpingo-salpingostomía por laparoscopia		
1415	66.7.4	SALPINGOHISTEROTOMÍA (SALPINGO-UTEROSTOMÍA) (REIMPLANTACIÓN TUBARICA)
1416	66.7.9	SALPINGOPLASTIA (FIMBROPLASTIA)
1417	66.9.1	SALPINGO-OOFORECTOMÍA UNILATERAL
1418	66.9.2	SALPINGO-OOFORECTOMÍA BILATERAL
1419	66.9.3	ASPIRACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO
1420	66.9.4	PLASTIAS O REPARACIONES EN OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO
1421	67.0.1	DILATACIÓN Y CURETAJE DE MUÑÓN CERVICAL
1422	67.1.2	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO
1423	67.2.0	CONIZACIÓN NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1424	67.3.1	RESECCIÓN DE LESIÓN EN CUELLO UTERINO
1425	67.3.2	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO (CERVIX) POR CAUTERIZACIÓN
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (67.3.2), salvo: Vaporización con láser de lesiones de cuello uterino (cérvix) y Conización laser		
1426	67.3.3	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO (CERVIX) POR CRIOTERAPIA
1427	67.3.4	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO (CERVIX) POR RADIOFRECUENCIA (LETZ)

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1428	67.4.0	AMPUTACIÓN DEL CUELLO UTERINO
1429	67.4.1	ESCISIÓN DE MUÑON CERVICAL VÍA VAGINAL O ABDOMINAL
1430	67.4.2	ESCISIÓN DE MUÑON CERVICAL CON REPARACIÓN DEL PISO PELVICO
1431	67.4.3	ESCISIÓN DE MUÑON CERVICAL CON COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR
1432	67.4.4	ESCISIÓN DE MUÑON CERVICAL CON CORRECCIÓN DE ENTEROCELE
1433	67.5.1	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO
1434	67.6.1	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE CUÉLLO UTERINO (CERVIX)
1435	67.6.9	OTRAS CORRECCIONES O PLASTIAS DE CUELLO UTERINO (CERVIX)
1436	68.0.1	HISTEROTOMÍA
1437	68.1.2	HISTEROSCOPIA
1438	68.1.3	BIOPSIA ABIERTA DE ÚTERO
1439	68.1.4	BIOPSIA ABIERTA DE LIGAMENTOS DE ÚTERO
1440	68.1.5	BIOPSIA CERRADA [ENDOSCÓPICA] DE LIGAMENTOS DE ÚTERO
1441	68.1.6	BIOPSIA CERRADA DE ÚTERO
1442	68.2.1	SECCIÓN DE SINEQUIAS ENDOMETRIALES
1443	68.2.2	INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO UTERINO
1444	68.2.3	RESECCIÓN DE PÓLIPO ENDOMETRIAL
1445	68.2.4	MIOMECTOMÍA UTERINA
1446	68.2.5	ABLACIÓN ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMÍA
1447	68.3.1	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL
1448	68.4.0	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL
1449	68.4.1	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA
1450	68.5.1	HISTERECTOMÍA VAGINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1451	68.6.1	HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA
1452	68.7.0	HISTERECTOMÍA RADICAL VAGINAL NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1453	68.8.1	EXENTERACIÓN O EVISCERACIÓN PÉLVICA TOTAL
1454	69.0.1	LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO
1455	69.1.1	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE
1456	69.1.2	RESECCIÓN O ABLACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (69.1.2), salvo: Sección de ligamento útero sacro por laparoscopia		
1457	69.1.3	SECCIÓN O LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL
1458	69.1.9	OTRA ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE LESIÓN EN TEJIDO DE ÚTERO Y ESTRUCTURAS DE SOPORTE
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (69.1.9), salvo: Drenaje de colección de ligamento ancho vía endoscópica		
1459	69.2.2	OTRAS SUSPENSIONES UTERINAS
1460	69.4.1	SUTURA DE DESGARRO Y LACERACIÓN DE ÚTERO
1461	69.4.2	CIERRE DE FÍSTULA DE ÚTERO
1462	69.4.9	OTRAS PLASTIAS DE ÚTERO
1463	69.5.1	EVACUACIÓN POR ASPIRACIÓN DEL UTERO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO
1464	69.7.1	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO (DIU)

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1465	69.8.1	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO
1466	69.9.1	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPÉUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN ÚTERO
1467	69.9.6	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO
1468	69.9.7	RETIRO DE OTRO CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE DE CUELLO UTERINO
1469	70.0.1	COLPOCENTESIS O CULDOCENTESIS
1470	70.1.2	CULDOTOMÍA O COLPOTOMÍA
1471	70.1.3	LIBERACIÓN-LISIS DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES EN VAGINA
1472	70.1.4	OTRAS VAGINOTOMÍAS
1473	70.2.1	VAGINOSCOPIA
1474	70.2.2	COLPOSCOPIA
1475	70.2.3	BIOPSIA DE FONDO DE SACO
1476	70.2.4	BIOPSIA DE VAGINA
1477	70.3.1	HIMENECTOMÍA
1478	70.3.2	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN FONDO DE SACO
1479	70.3.3	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE TEJIDO EN VAGINA
1480	70.4.1	VAGINECTOMÍA O COLPECTOMIA TOTAL
1481	70.5.1	CORRECCIÓN DE CISTOCELE
1482	70.5.2	CORRECCIÓN DE RECTOCELE
1483	70.5.3	CORRECCIÓN SIMULTÁNEA DE CISTORECTOCELE
1484	70.6.0	RECONSTRUCCIÓN DE VAGINA
1485	70.6.1	CONSTRUCCIÓN DE VAGINA (NEOVAGINA) POR ATRESIA O VAGINOPLASTIA
1486	70.7.1	SUTURA DE LACERACIÓN Y DESGARRO DE VAGINA
1487	70.7.2	CORRECCIÓN DE FÍSTULA COLOVAGINAL (CECOVAGINAL)
1488	70.7.3	CORRECCIÓN DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL
1489	70.7.5	CORRECCIÓN DE OTRAS FÍSTULAS VAGINALES
1490	70.7.7	SUSPENSIÓN Y FIJACIÓN DE CUPULA VAGINAL (COLPOPEXIA)
1491	70.7.9	OTRAS CORRECCIONES DE VAGINA
1492	70.8.1	OBLITERACIÓN Y ESCISIÓN LOCAL DE VAGINA (COLPOCLEISIS)
1493	70.9.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA CON INCISIÓN
1494	70.9.2	OTROS PROCEDIMIENTOS EN FONDO DE SACO
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (70.9.2), salvo: Reparación de enterocele vía abdominal		
1495	71.0.1	LISIS DE ADHERENCIAS EN VULVA
1496	71.0.9	OTRAS INCISIONES EN VULVA Y PERINÉ
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (71.0.9), salvo: Ampliación del introito NCOC		
1497	71.1.1	BIOPSIA EN VULVA
1498	71.1.3	BIOPSIA DE PERINÉ
1499	71.2.1	ASPIRACIÓN CON AGUJA DE LAS GLÁNDULAS DE BARTHOLIN (QUISTE)
1500	71.2.2	INCISIÓN DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN
1501	71.2.3	MARSUPIALIZACIÓN EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN (QUISTE) O DE SKENE
1502	71.2.4	ESCISIÓN U OTRA ABLACIÓN EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN
1503	71.3.1	RESECCIÓN DE GLÁNDULA DE SKENE
1504	71.3.4	RESECCIÓN DE ENDOMETRIOMA PERINEAL

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1505	71.3.5	RESECCIÓN GRANULOMA VULVO-PERINEAL
1506	71.4.1	CLITORIDECTOMÍA O AMPUTACIÓN TOTAL DE CLÍTORIS
1507	71.4.2	CLITORIDOTOMÍA O ESCISIÓN PARCIAL DE CLÍTORIS
1508	71.5.1	VULVECTOMÍA RADICAL
1509	71.5.2	VULVECTOMÍA TOTAL O COMPLETA
1510	71.6.1	VULVECTOMÍA UNILATERAL SIMPLE (HEMIVULVECTOMIA)
1511	71.6.2	VULVECTOMÍA BILATERAL SIMPLE
1512	71.7.1	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE VULVA O PERINÉ
1513	71.7.2	CORRECCIÓN DE FÍSTULA DE VULVA O PERINÉ
1514	71.7.3	DRENAJE DE COLECCIÓN VULVOPERINEAL
1515	71.7.9	OTRAS CORRECCIONES Y PLASTIAS EN VULVA Y PERINÉ
1516	71.8.1	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA Y/O PERINÉ CON INCISIÓN
1517	72.1.0	PARTO INSTRUMENTADO CON FORCEPS O ESPATULAS DE VELASCO
1518	72.5.1	EXTRACCIÓN (TOTAL O PARCIAL) INSTRUMENTADA EN PODÁLICA
1519	73.2.2	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRA DE VERSIÓN FETAL INTERNA Y COMBINADA
1520	73.5.3	ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL CON EPISIORRAFIA Y/O PERINEORRAFIA
1521	73.5.9	OTRAS ASISTENCIAS MANUALES DEL PARTO
1522	74.0.1	CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL
1523	74.0.2	CESÁREA CORPORAL
1524	74.0.3	CESÁREA EXTRAPERITONEAL
1525	74.3.1	REMOCIÓN DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL
1526	74.3.2	REMOCIÓN DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBÁRICA
1527	75.0.1	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO
1528	75.0.2	LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO PARA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO
1529	75.1.1	AMNIOCENTESIS DIAGNÓSTICA
1530	75.1.2	AMNIOCENTESIS TERAPEUTICA (NO DELIBERADAMENTE ABORTIVA)
1531	75.2.1	EXANGUINO-TRANSFUSIÓN EN UTERO
1532	75.3.1	AMNIOSCOPIA
1533	75.4.1	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA Y/O REVISIÓN UTERINA
1534	75.5.1	REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUELLO UTERINO (CERVIX)
1535	75.5.2	REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ACTUAL DE CUERPO UTERINO
1536	75.6.1	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA
1537	75.6.2	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTÉTRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFINTER ANAL
1538	75.6.9	REPARACIÓN DE OTRAS LACERACIONES OBSTÉTRICAS
1539	75.8.1	TAPONAMIENTO OBSTÉTRICO DE UTERO O VAGINA
1540	75.9.1	DRENAJE DE COLECCIÓN OBSTÉTRICA EN PERINÉ POR INCISIÓN
1541	76.0.1	SECUESTRECTOMIA DE HUESO FACIAL
1542	76.0.9	OTRA INCISIÓN DE HUESO FACIAL
1543	76.1.1	BIOPSIA DE HUESO FACIAL
1544	76.1.2	ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA FACIAL
1545	76.1.3	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA EN ARTICULACION FACIAL
1546	76.2.1	RESECCIÓN DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILARES

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1547	76.2.2	RESECCIÓN DE LESIONES MALIGNAS EN MAXILARES
1548	76.3.1	MANDIBULECTOMIA PARCIAL
1549	76.3.9	OSTECTOMIA, EXERESIS O ESCISIÓN PARCIAL DE OTRO HUESO FACIAL
1550	76.4.1	MANDIBULECTOMIA TOTAL CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA
1551	76.4.3	OTRA RECONSTRUCCION DE MANDIBULA
1552	76.4.4	OSTECTOMIA TOTAL DE OTRO HUESO FACIAL CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA
1553	76.4.6	OTRA RECONSTRUCCION DE OTRO HUESO FACIAL
1554	76.5.1	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR
1555	76.5.2	MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR
1556	76.5.3	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
1557	76.6.1	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMIA) DE RAMA MANDIBULAR
1558	76.6.2	OSTEOPLASTIA ABIERTA (OSTEOTOMIA) DE RAMA MANDIBULAR
1559	76.6.3	OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMIA) DE CUERPO DE MANDIBULA
1560	76.6.4	OTRA CIRUGIA ORTOGNATICA EN MANDIBULA
1561	76.6.5	OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMIA) SEGMENTARIA DE MAXILAR
1562	76.6.6	OSTEOPLASTIA TOTAL (OSTEOTOMIA) DE MAXILAR
1563	76.6.7	GENIOPLASTIA CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS]
1564	76.6.9	OTRA REPARACIÓN DE HUESO FACIAL
1565	76.7.2	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MALAR Y CIGOMATICA
1566	76.7.3	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MAXILAR
1567	76.7.4	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MAXILAR
1568	76.7.5	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MANDIBULAR
1569	76.7.6	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MANDIBULAR
1570	76.7.7	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA ALVEOLAR
1571	76.7.8	OTRA REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA FACIAL
1572	76.7.9	OTRA REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA FACIAL
1573	76.8.1	INJERTO ÓSEO EN HUESO FACIAL
1574	76.8.3	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACION TEMPOROMANDIBULAR
1575	76.8.4	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACION TEMPOROMANDIBULAR
1576	76.8.6	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
1577	76.8.7	EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS] DE HUESO FACIAL
1578	76.8.8	OTROS PROCEDIMIENTOS EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
1579	77.0.1	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1580	77.0.2	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HÚMERO
1581	77.0.3	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO
1582	77.0.4	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
1583	77.0.5	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FÉMUR
1584	77.0.6	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RÓTULA
1585	77.0.7	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y/O PERONÉ
1586	77.0.8	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
1587	77.0.9	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE O DESBRIDAMIENTO DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.0.9), salvo: Drenaje por endoscopia en columna vertebral		
1588	77.2.1	OSTEOTOMÍA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1589	77.2.2	OSTEOTOMÍA DE HÚMERO
1590	77.2.3	OSTEOTOMÍA EN RADIO Y CÚBITO
1591	77.2.4	OSTEOTOMÍA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS
1592	77.2.5	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR
1593	77.2.6	OSTEOTOMÍA EN RÓTULA
1594	77.2.7	OSTEOTOMÍA EN TIBIA Y PERONÉ
1595	77.2.8	OSTEOTOMÍA EN TARSIANOS Y METATARSIANOS
1596	77.2.9	OSTEOTOMÍA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.2.9), salvo: Osteotomía vertebral, vía anterior o posterior NCOC y Osteotomía vertebral, vía anterior con fijación interna o externa [dispositivos de fijación o instrumentación]		
1597	77.4.0	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO
1598	77.4.9	BIOPSIA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
1599	77.5.1	JUANECTOMÍA CON CORRECCIÓN DE TEJIDO BLANDO Y OSTEOTOMÍA DEL PRIMER METATARSIANO
1600	77.5.2	JUANECTOMÍA CON CORRECCIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE Y ARTRODESIS
1601	77.5.3	OTRAS JUANECTOMÍAS CON CORRECCIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE
1602	77.5.6	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO
1603	77.5.7	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN GARRA (ALARGAMIENTO DE TENDÓN, CAPSULOTOMÍA, FALANGECTOMIA O FUSIÓN)
1604	77.6.1	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1605	77.6.2	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN HÚMERO
1606	77.6.3	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN RADIO Y CÚBITO
1607	77.6.4	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS
1608	77.6.5	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN FÉMUR
1609	77.6.6	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN RÓTULA
1610	77.6.7	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN TIBIA Y PERONÉ
1611	77.6.8	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA O LESIÓN EN TARSIANOS Y METATARSIANOS
1612	77.6.9	ESCISIÓN DE LESIÓN OSEA EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
1613	77.7.3	TOMA DE INJERTO ÓSEO EN RADIO O CÚBITO
1614	77.7.5	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE FÉMUR
1615	77.7.7	TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONÉ
1616	77.7.8	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE TARSO O METATARSO
1617	77.7.9	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
1618	77.8.1	RESECCIÓN PARCIAL DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1619	77.8.2	RESECCIÓN PARCIAL DE HÚMERO
1620	77.8.3	RESECCIÓN PARCIAL DE RADIO Y CÚBITO
1621	77.8.4	RESECCIÓN PARCIAL DE CARPIANOS O METACARPIANOS
1622	77.8.5	RESECCIÓN PARCIAL DE FÉMUR
1623	77.8.6	RESECCIÓN PARCIAL DE RÓTULA O HEMIPATELECTOMÍA
1624	77.8.7	RESECCIÓN PARCIAL DE TIBIA Y PERONÉ

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1625	77.8.8	RESECCIÓN PARCIAL DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
1626	77.8.9	RESECCIÓN PARCIAL DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.8.9), salvo: Resección de apófisis odontoides por abordaje translateral y Resección de apófisis odontoides, por craneotomía suboccipital
1627	77.9.1	RESECCIÓN TOTAL DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TORAX [COSTILLAS Y ESTERNÓN]
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.9.1), salvo: Resección total de escápula y Resección total de esternón
1628	77.9.2	RESECCIÓN TOTAL DE HÚMERO
1629	77.9.3	RESECCIÓN TOTAL DE RADIO Y CÚBITO
1630	77.9.4	RESECCIÓN TOTAL DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
1631	77.9.6	RESECCIÓN TOTAL DE RÓTULA O PATELECTOMÍA
1632	77.9.7	RESECCIÓN TOTAL DE TIBIA Y PERONÉ
1633	77.9.8	RESECCIÓN TOTAL DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
1634	77.9.9	RESECCIÓN TOTAL DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (77.9.9), salvo: Vertebrectomía total cervical con artrodesis sin instrumentación, Vertebrectomía total cervical con artrodesis con instrumentación y Vertebrectomía total torácica o lumbar con reemplazo corporal artificial
1635	78.0.1	INJERTO ÓSEO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TORAX [COSTILLAS Y ESTERNÓN]
1636	78.0.2	INJERTO ÓSEO EN HÚMERO
1637	78.0.3	INJERTO ÓSEO EN RADIO Y CÚBITO
1638	78.0.4	INJERTO ÓSEO EN CARPIANOS Y METACARPIANOS
1639	78.0.5	INJERTO ÓSEO EN FÉMUR
1640	78.0.7	INJERTO ÓSEO EN TIBIA Y PERONÉ
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.0.7), salvo: Injerto óseo vascularizado (micro) de peroné
1641	78.0.8	INJERTO ÓSEO EN TARSIANOS Y METATARSIANOS
1642	78.0.9	INJERTO O TRASPLANTE ÓSEO EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.0.9), salvo: Reemplazo de cuerpo vertebral
1643	78.1.2	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE HÚMERO
1644	78.1.3	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE RADIO Y/O CÚBITO
1645	78.1.4	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE CARPIANOS Y/O METACARPIANOS
1646	78.1.5	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FÉMUR
1647	78.1.6	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN EN RODILLA O RÓTULA
1648	78.1.7	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE TIBIA Y/O PERONÉ
1649	78.1.8	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE TARSIANOS Y/O METATARSIANOS
1650	78.1.9	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1651	78.2.1	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE HÚMERO
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.2.1), salvo: Epifisiodesis percutánea de húmero y Grapado epifisiario de húmero
1652	78.2.2	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.2.2), salvo: Grapado epifisiario de cúbito o radio y Grapado epifisiario de radio y cúbito
1653	78.2.3	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.2.3), salvo: Epifisiodesis abierta de metacarpianos, Epifisiodesis percutánea de metacarpianos y Grapado epifisiario de metacarpianos
1654	78.2.4	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE FÉMUR
1655	78.2.5	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE TIBIA Y/O PERONÉ
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.2.5), salvo: Grapado epifisiario de tibia o peroné y Grapado epifisiario de tibia y peroné
1656	78.2.6	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE TARSIANOS Y/O METATARSIANOS
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.2.6), salvo: Epifisiodesis abierta de tarsianos o metatarsianos (una o más), Epifisiodesis percutánea de tarsianos o metatarsianos (una o más) y Grapado epifisiario de tarsianos o metatarsianos (una o más)
1657	78.2.7	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO DE FALANGES (DE PIE) (DE MANO)
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.2.7), salvo: Grapado epifisiario de falanges de mano (una o más), Epifisiodesis abierta de falanges de pie (una o más), Epifisiodesis percutánea de falanges de pie (una o más) y Grapado epifisiario de falanges de pie (una o más)
1658	78.3.0	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE EXTREMIDADES SITIO NO ESPECIFICADO
1659	78.3.2	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE HÚMERO
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.3.2), salvo: Alargamiento de húmero por técnica de distracción sin corticotomía/osteotomía y Alargamiento de húmero por técnica de distracción con corticotomía/osteotomía
1660	78.3.5	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE FÉMUR
1661	78.3.7	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ
1662	78.3.8	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.3.8), salvo: Alargamiento de metatarsianos (u o más) por técnica de distracción sin corticotomía/osteotomía y Alargamiento de metatarsianos (u o más) por técnica de distracción con corticotomía/osteotomía
1663	78.3.9	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO DE FALANGES (DE MANO) (DE PIE)

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (78.3.9), salvo: Alargamiento de falanges de mano con injerto sin dispositivos internos de fijación y osteotomía, Alargamiento de falanges de mano por técnica de distracción sin corticotomía/osteotomía y Alargamiento de falanges de mano por técnica de distracción con corticotomía/osteotomía
1664	78.5.1	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1665	78.5.2	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HÚMERO
1666	78.5.3	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO
1667	78.5.4	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
1668	78.5.5	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE FÉMUR
1669	78.5.6	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RÓTULA
1670	78.5.7	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ
1671	78.5.8	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
1672	78.6.1	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN ESCAPULA, CLAVÍCULA O TORAX [COSTILLAS Y ESTERNÓN]
1673	78.6.2	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HÚMERO
1674	78.6.3	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CUBITO
1675	78.6.4	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS
1676	78.6.5	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN FEMUR
1677	78.6.6	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN ROTULA
1678	78.6.7	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONÉ
1679	78.6.8	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS
1680	78.6.9	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
1681	78.7.1	OSTEOCLASTIA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TORAX [COSTILLAS Y ESTERNÓN]
1682	78.7.2	OSTEOCLASTIA DE HÚMERO
1683	78.7.3	OSTEOCLASTIA DE RADIO O CÚBITO
1684	78.7.4	OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS
1685	78.7.5	OSTEOCLASTIA DE FÉMUR
1686	78.7.7	OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONÉ
1687	78.7.8	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS
1688	78.7.9	OSTEOCLASTIA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
1689	79.0.1	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1690	79.0.2	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO
1691	79.0.3	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CUBITO Y/O RADIO
1692	79.0.4	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y/O METACARPIANOS
1693	79.0.5	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
		FÉMUR
1694	79.0.6	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA
1695	79.0.7	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TIBIA Y/O PERONÉ
1696	79.0.8	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
1697	79.0.9	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECIFICOS
1698	79.1.1	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1699	79.1.2	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO
1700	79.1.3	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RADIO Y CÚBITO
1701	79.1.4	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
1702	79.1.5	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE FÉMUR
1703	79.1.6	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA
1704	79.1.7	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA
1705	79.1.8	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
1706	79.1.9	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECIFICOS
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (79.1.9), salvo: Reducción de fractura, descompresión con instrumentación, en segmento torácico o lumbar, vía endoscópica
1707	79.2.1	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA Y TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1708	79.2.2	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO
1709	79.2.3	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO Y/O CÚBITO
1710	79.2.4	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
1711	79.2.5	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FEMUR
1712	79.2.6	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA
1713	79.2.7	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TIBIA Y/O PERONÉ
1714	79.2.8	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE TARSIANOS Y/O METATARSIANOS
1715	79.2.9	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECIFICOS
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (79.2.9), salvo: Reducción abierta de fractura sin fijación de sacro vía anterior y Reducción abierta de fractura sin fijación de sacro vía posterior
1716	79.3.1	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)
1717	79.3.2	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN HÚMERO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1718	79.3.3	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RADIO Y/O CUBITO
1719	79.3.4	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN CARPIANOS Y METACARPIANOS
1720	79.3.5	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN FÉMUR
1721	79.3.6	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN RÓTULA
1722	79.3.7	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN TIBIA Y PERONÉ
1723	79.3.8	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA EN TARSIANOS Y METATARSIANOS
1724	79.3.9	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (79.3.9), salvo: Reducción abierta de fractura de columna vertebral [torácica, lumbar o sacra] con instrumentación por endoscopia		
1725	79.4.1	REDUCCIÓN CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HÚMERO
1726	79.4.2	REDUCCIÓN CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y/O CUBITO
1727	79.4.5	REDUCCIÓN CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN FÉMUR
1728	79.4.6	REDUCCIÓN CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN TIBIA Y/O PERONÉ
1729	79.5.1	REDUCCIÓN ABIERTA CON/SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA EN HÚMERO
1730	79.5.2	REDUCCIÓN ABIERTA CON/SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y/O CUBITO
1731	79.5.5	REDUCCIÓN ABIERTA CON/SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA EN FÉMUR
1732	79.5.6	REDUCCIÓN ABIERTA CON/SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA EN TIBIA Y/O PERONÉ
1733	79.6.1	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO
1734	79.6.2	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RADIO Y/O CÚBITO
1735	79.6.3	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CARPIANOS Y METACARPIANOS
1736	79.6.4	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FALANGES EN MANO
1737	79.6.5	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR
1738	79.6.6	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ
1739	79.6.7	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS Y METATARSIANOS
1740	79.6.8	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE
1741	79.6.9	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE OTROS HUESOS ESPECIFICADOS
1742	79.7.1	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO
1743	79.7.2	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN CODO
1744	79.7.3	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MUÑECA
1745	79.7.4	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MANO Y DEDOS
1746	79.7.5	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O DE LUXACION DE CADERA
1747	79.7.6	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN RODILLA
1748	79.7.7	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN TOBILLO
1749	79.7.8	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN PIE Y DEDOS
1750	79.7.9	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN OTROS HUESOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
		ESPECIFICADOS
1751	79.8.1	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE HOMBRO
1752	79.8.2	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE CODO
1753	79.8.3	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE MUÑECA
1754	79.8.4	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE MANO Y DEDOS
1755	79.8.5	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE CADERA
1756	79.8.6	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE RODILLA
1757	79.8.7	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN EN TOBILLO
1758	79.8.8	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE PIE Y DEDOS
1759	79.8.9	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
1760	79.9.1	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO
1761	79.9.2	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN CODO
1762	79.9.3	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN MUÑECA
1763	79.9.4	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN MANOS Y DEDOS
1764	79.9.5	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN CADERA
1765	79.9.6	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA
1766	79.9.7	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN TOBILLO
1767	79.9.8	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN PIE Y DEDOS DE PIE
1768	80.0.1	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA
1769	80.0.2	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CODO POR ARTROTOMÍA
1770	80.0.3	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA
1771	80.0.4	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMÍA
1772	80.0.5	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN CADERA POR ARTROTOMÍA
1773	80.0.6	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN RODILLA POR ARTROTOMÍA
1774	80.0.7	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA
1775	80.0.8	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO O CUERPO EXTRAÑO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMÍA
1776	80.1.1	OTRA ARTROTOMÍA DE HOMBRO
1777	80.1.2	OTRA ARTROTOMÍA DE CODO
1778	80.1.3	OTRA ARTROTOMÍA DE MUÑECA
1779	80.1.4	OTRA ARTROTOMÍA DE MANO Y DEDO
1780	80.1.5	OTRA ARTROTOMÍA DE PELVIS
1781	80.1.6	OTRA ARTROTOMÍA DE RODILLA
1782	80.1.7	OTRA ARTROTOMÍA DE TOBILLO
1783	80.1.8	OTRA ARTROTOMÍA EN PIE Y ARTEJOS
1784	80.2.1	ARTROSCOPIA DE HOMBRO
1785	80.2.2	ARTROSCOPIA DE CODO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1786	80.2.3	ARTROSCOPIA DE MUÑECA
1787	80.2.4	ARTROSCOPIA DE MANO Y DEDO
1788	80.2.5	ARTROSCOPIA DE PELVIS
1789	80.2.6	ARTROSCOPIA DE RODILLA
1790	80.2.7	ARTROSCOPIA DE TOBILLO
1791	80.2.8	ARTROSCOPIA EN PIE Y ARTEJOS
1792	80.3.1	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO
1793	80.3.2	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO
1794	80.3.3	BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA
1795	80.3.4	BIOPSIA ABIERTA ARTICULAR EN MANO Y DEDO
1796	80.3.5	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA
1797	80.3.6	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA
1798	80.3.7	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO
1799	80.3.8	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS
1800	80.4.1	DIVISIÓN DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE HOMBRO
1801	80.4.2	DIVISIÓN DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CODO
1802	80.4.3	DIVISIÓN DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE MUÑECA Y MANO
1803	80.4.5	DIVISIÓN DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CADERA
1804	80.4.6	DIVISIÓN DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE RODILLA
1805	80.4.7	DIVISIÓN DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE TOBILLO
1806	80.4.8	DIVISIÓN DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS
1807	80.5.1	DISCECTOMIA O ESCISIÓN QUIRURGICA DE DISCO INTERVERTEBRAL
1808	80.5.2	QUIMIONUCLEOLISIS O DISCOLISIS INTERVERTEBRAL
1809	80.5.9	OTRA ABLACIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL
1810	80.6.1	ESCISIÓN DE MENISCOS DE RODILLA
1811	80.7.1	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO
1812	80.7.2	SINOVECTOMÍA DE CODO
1813	80.7.3	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA
1814	80.7.4	SINOVECTOMÍA DE MANO Y DEDO
1815	80.7.5	SINOVECTOMÍA DE CADERA
1816	80.7.6	SINOVECTOMÍA DE RODILLA
1817	80.7.7	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO
1818	80.7.8	SINOVECTOMÍA DE PIE Y ARTEJOS
1819	80.8.0	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN
1820	80.8.1	OTRA ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE HOMBRO
1821	80.8.2	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE CODO
1822	80.8.3	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE MUÑECA
1823	80.8.4	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE MANO Y DEDO
1824	80.8.5	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE CADERA
1825	80.8.6	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE RODILLA
1826	80.8.7	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE TOBILLO
1827	80.8.8	OTRA ESCISIÓN DE LESIÓN ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS
1828	81.0.1	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL ATLAS-AXIS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1829	81.0.2	OTRA ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL, TÉCNICA ANTERIOR
1830	81.0.3	OTRA ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL CERVICAL, TÉCNICA POSTERIOR
1831	81.0.4	ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA ANTERIOR
1832	81.0.5	ARTRODESIS O FUSIÓN TORÁCICA Y TORACOLUMBAR, TÉCNICA POSTERIOR
1833	81.0.6	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA ANTERIOR
1834	81.0.7	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA LATERAL-TRANSVERSA
1835	81.0.8	ARTRODESIS O FUSIÓN ESPINAL LUMBAR Y LUMBOSACRA, TÉCNICA POSTERIOR
1836	81.0.9	REFUSIÓN DE COLUMNA VERTEBRAL
1837	81.1.1	ARTRODESIS DE TOBILLO
1838	81.1.2	ARTRODESIS TRIPLE
1839	81.1.3	ARTRODESIS SUBASTRAGALINA O SUBTALAR
1840	81.1.4	ARTRODESIS MEDIOTARSAL
1841	81.1.5	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL
1842	81.1.6	ARTRODESIS METATARSOFALANGICA
1843	81.1.7	OTRA ARTRODESIS DE PIE
1844	81.2.1	ARTRODESIS DE CADERA
1845	81.2.2	ARTRODESIS DE RODILLA
1846	81.2.3	ARTRODESIS DE HOMBRO
1847	81.2.4	ARTRODESIS DE CODO
1848	81.2.5	ARTRODESIS CARPORADIAL
1849	81.2.6	ARTRODESIS CARPOMETACARPIANA
1850	81.2.7	ARTRODESIS METACARPO-FALÁNGICA
1851	81.2.8	ARTRODESIS INTERFALANGEAL EN MANO
1852	81.2.9	ARTRODESIS DE OTRA ARTICULACIÓN ESPECIFICADA
1853	81.3.1	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
1854	81.3.2	OTRA ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS
1855	81.4.1	ARTROPLASTIA DE CADERA
1856	81.4.2	ARTROPLASTIAS O REPARACIONES EN RODILLA
1857	81.4.4	ESTABILIZACIÓN PATELAR
1858	81.4.5	OTRA REPARACIÓN DE LIGAMENTOS CRUZADOS
1859	81.4.6	OTRA REPARACIÓN DE LIGAMENTOS COLATERALES
1860	81.4.7	OTRA REPARACIÓN DE RODILLA
1861	81.4.9	OTRA REPARACIÓN DE TOBILLO
1862	81.5.1	REEMPLAZO TOTAL DE CADERA
1863	81.5.2	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA
1864	81.5.3	REVISIÓN DE REEMPLAZO DE CADERA
1865	81.5.4	REEMPLAZO DE RODILLA
1866	81.5.5	REVISIÓN DE REEMPLAZO DE RODILLA
1867	81.5.6	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO
1868	81.5.7	REEMPLAZO ARTICULAR DE PIE Y ARTEJOS
1869	81.5.8	REVISIÓN DE REEMPLAZO ARTICULAR TOBILLO
1870	81.7.2	ARTROPLASTIA DE MANO Y DEDOS SIN PRÓTESIS SINTÉTICA O IMPLANTE

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1871	81.7.9	OTRA REPARACIÓN DE MANO, MUÑECA Y DEDOS
1872	81.8.0	REEMPLAZO TOTAL DE HOMBRO
1873	81.8.1	REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE HOMBRO
1874	81.8.2	REPARACIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO
1875	81.8.3	OTRA REPARACIÓN DE HOMBRO
1876	81.8.4	REEMPLAZO TOTAL PROTÉSICO DE CODO
1877	81.8.5	REEMPLAZO PARCIAL PROTÉSICO DE CODO
1878	81.8.6	OTRAS REPARACIONES DEL CODO
1879	81.9.1	ARTROCENTESIS
1880	81.9.2	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPEÚTICA DENTRO DE ARTICULACIÓN O LIGAMENTO
1881	81.9.3	SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO O CARTÍLAGO DE EXTREMIDAD SUPERIOR
1882	81.9.4	SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE TOBILLO Y PIE
1883	81.9.5	OTRA SUTURA DE CÁPSULA O LIGAMENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR
1884	81.9.7	REVISIÓN DE REEMPLAZO ARTICULAR DE EXTREMIDAD SUPERIOR
1885	82.0.1	INCISIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO
1886	82.0.2	MIOTOMÍA DE MANO
1887	82.0.4	INCISIÓN Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR
1888	82.1.1	TENOTOMÍA DE MANO
1889	82.1.2	FASCIOTOMÍA DE MANO
1890	82.1.9	OTRA DIVISIÓN O INCISIÓN DE TEJIDO BLANDO DE MANO
1891	82.2.1	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO
1892	82.2.2	ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO DE MANO
1893	82.3.2	ESCISIÓN DE TENDÓN DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA)
1894	82.3.3	OTRA TENDONECTOMÍA DE MANO
1895	82.3.4	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO
1896	82.3.5	OTRA FASCIECTOMÍA DE MANO
1897	82.4.1	SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO
1898	82.4.2	SUTURA DE TENDÓN FLEXOR DE DEDOS EN MANO
1899	82.4.3	SUTURA DE OTRO TENDÓN DE DEDOS EN MANO
1900	82.4.6	SUTURA DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO
1901	82.5.1	AVANZAMIENTO DE TENDÓN DE MANO
1902	82.5.3	REFIJACIÓN O REINSERCIÓN DE TENDÓN DE MANO
1903	82.5.4	REFIJACIÓN DE MÚSCULO DE MANO
1904	82.5.5	ALARGAMIENTO DE TENDÓN EN MANO
1905	82.6.1	PROCEDIMIENTOS DE PULGARIZACIÓN O POLICITACIÓN CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR
1906	82.6.9	OTRA RECONSTRUCCIÓN DEL PULGAR
1907	82.7.1	RECONSTRUCCIÓN DE POLEA DE TENDÓN
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (82.7.1), salvo: Reconstrucción para plastia de oponente		
1908	82.7.9	PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON OTRO INJERTO O IMPLANTE
1909	82.8.1	TRANSFERENCIA DE DEDO, EXCEPTO PULGAR
1910	82.8.2	REPARACIÓN DE DEFORMIDADES CONGENITAS DE LA MANO
1911	82.8.3	REPARACIÓN DE MACRODACTILIA, CAMPODACTILIA, SINDACTILIA, CLINODACTILIA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1912	82.8.4	REPARACIÓN DE DEDOS DE MANO
1913	82.8.5	OTRAS TENODESIS DE MANO
1914	82.8.9	OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO
1915	82.9.1	LISIS DE ADHERENCIAS DE MANO
1916	82.9.2	ASPIRACIÓN DE BURSA DE MANO
1917	82.9.4	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO
1918	82.9.5	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDÓN DE MANO
1919	82.9.9	OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EN MANO
1920	83.0.1	INCISIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN
1921	83.0.2	MIOTOMÍA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.0.2), salvo: Miotomía pterigoideo	
1922	83.0.3	BURSOTOMÍA
1923	83.1.1	TENOTOMÍAS EN PIE Y TOBILLO
1924	83.1.2	TENOTOMÍA EN CADERA
1925	83.1.3	OTRAS TENOTOMÍAS
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.1.3), salvo: Tenotomía torácica (en descompresión)	
1926	83.1.4	FASCIOTOMÍA
1927	83.1.9	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO BLANDO
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.1.9), salvo: Incisión de músculo NCOC	
1928	83.2.1	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO (MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA INCLUYENDO MANO)
1929	83.3.0	RESECCIÓN DE TUMOR DE MUSCULO, TENDON, FASCIA Y BOLSA SINOVIOL
1930	83.3.1	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN
1931	83.3.2	ESCISIÓN DE LESIÓN DE MÚSCULO
1932	83.3.9	ESCISIÓN DE LESIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO
1933	83.4.1	ESCISIÓN DE TENDÓN PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA)
1934	83.4.2	OTRA TENDONECTOMÍA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.4.2), salvo: Tenosivectomía NCOC	
1935	83.4.3	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA PARA INJERTO
1936	83.4.5	OTRA MIECTOMÍA
1937	83.4.6	RESECCIÓN DE BOLSA TENDINOSA, FASCIA, MÚSCULO O TENDÓN; EXCEPTO MANO Y PIE
1938	83.4.9	OTRA ESCISIÓN DE TEJIDO BLANDO NO ARTICULAR
1939	83.5.1	BURSECTOMÍA ABIERTA
1940	83.5.5	BURSECTOMÍA POR ARTROSCOPIA
1941	83.6.0	SUTURA DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA
1942	83.6.1	SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDÓN
1943	83.6.2	SUTURA DIFERIDA DE TENDÓN
1944	83.6.3	REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR
1945	83.6.4	OTRA SUTURA DE TENDÓN
1946	83.7.5	TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE TENDÓN

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1947	83.7.6	TRANSPOSICIÓN MIOTENDINOSA
1948	83.7.7	TRANSFERENCIA O TRASPLANTE DE MÚSCULO
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.7.7), salvo: Trasplante de músculo NCOC	
1949	83.7.9	OTRA TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO
1950	83.8.5	OTRO CAMBIO DE LONGITUD EN MÚSCULO O TENDÓN
1951	83.8.6	CUADRICEPSPLASTIA
1952	83.8.8	OTROS PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN TENDÓN
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (83.8.8), salvo: Miotenoplastia NCOC y Fijación de tendón NCOC	
1953	83.9.1	LISIS DE ADHERENCIAS DE MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA
1954	83.9.4	ASPIRACIÓN DE BURSA
1955	83.9.6	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPEÚTICA DENTRO DE BURSA
1956	83.9.7	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPEÚTICA DENTRO DE TENDÓN
1957	83.9.9	OTROS PROCEDIMIENTOS EN MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA
1958	84.0.0	AMPUTACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR NO CLASIFICADO BAJO OTRO CONCEPTO
1959	84.0.1	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDOS DE LA MANO
1960	84.0.2	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE PULGAR
1961	84.0.3	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE HUESOS DEL CARPO (MANO)
1962	84.0.4	DESARTICULACIÓN DE MUÑECA
1963	84.0.5	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE ANTEBRAZO
1964	84.0.6	DESARTICULACIÓN DE CODO
1965	84.0.7	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE HÚMERO
1966	84.0.8	DESARTICULACIÓN DE HOMBRO
1967	84.0.9	AMPUTACIÓN INTERTORACO ESCAPULAR
1968	84.1.0	AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (84.1.0), salvo: Amputación abierta o de guillotina de miembro inferior sitio no especificado	
1969	84.1.1	AMPUTACIÓN O DESARTICULACION DE ARTEJOS
1970	84.1.2	AMPUTACIÓN O DESARTICULACION DE PIE
1971	84.1.3	DESARTICULACIÓN DE TOBILLO
1972	84.1.4	AMPUTACIÓN DE TOBILLO A TRAVÉS DEL MALEÓLO DE TIBIA Y PERONÉ
1973	84.1.5	OTRA AMPUTACIÓN POR DEBAJO DE LA RODILLA
1974	84.1.6	DESARTICULACIÓN DE RODILLA
1975	84.1.7	AMPUTACIÓN POR ENCIMA DE RODILLA
1976	84.1.8	DESARTICULACIÓN DE CADERA
1977	84.2.1	REIMPLANTE DE PULGAR
1978	84.2.2	REIMPLANTE DE DEDOS EN MANO
1979	84.2.3	REIMPLANTE DE ANTEBRAZO, MUÑECA O MANO
1980	84.2.4	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL BRAZO
1981	84.2.6	REIMPLANTE DE PIE
1982	84.2.7	REIMPLANTE DE PIERNA O TOBILLO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1983	84.3.1	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE HOMBRO
1984	84.3.2	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO
1985	84.3.3	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE BRAZO
1986	84.3.4	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE MANO
1987	84.3.5	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE DEDOS DE MANO
1988	84.3.6	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE MUSLO
1989	84.3.7	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE LA PIERNA
1990	84.3.8	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DEL PIE Y/O ARTEJOS
1991	84.3.9	REMODELACIÓN [REVISIÓN] [RECONSTRUCCIÓN] DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE CADERA
1992	84.4.1	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE BRAZO Y HOMBRO
1993	84.9.0	CORRECCIÓN DE MALFORMACION CONGENITA DE PIE
1994	84.9.4	CORRECCIÓN DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL
1995	84.9.5	PROCEDIMIENTOS MULTIPLES EN MIEMBROS INFERIORES
1996	85.0.1	DRENAJE EN MAMA POR MASTOTOMIA O MAMOTOMIA
1997	85.0.2	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA
1998	85.1.1	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) [AGUJA] DE MAMA
1999	85.1.2	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA
2000	85.1.3	LOCALIZACION DE LESIÓN NO PALPABLE, DE MAMA
2001	85.2.1	ESCISIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA
2002	85.2.2	RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA
2003	85.2.3	MASTECTOMIA SUBTOTAL
2004	85.2.4	ESCISIÓN DE TEJIDO MAMARIO ECTOPICO
2005	85.3.1	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN
2006	85.4.1	MASTECTOMIA SIMPLE UNILATERAL
2007	85.4.2	MASTECTOMIA SIMPLE BILATERAL
2008	85.4.3	MASTECTOMIA SIMPLE AMPLIADA UNILATERAL
2009	85.4.4	MASTECTOMIA SIMPLE AMPLIADA BILATERAL
2010	85.4.5	MASTECTOMIA RADICAL UNILATERAL
2011	85.4.6	MASTECTOMIA RADICAL BILATERAL
2012	85.4.7	MASTECTOMIA RADICAL AMPLIADA UNILATERAL
2013	85.5.0	MAMOPLASTIA DE AUMENTO COMPENSATORIA
2014	85.7.2	RECONSTRUCCION DE MAMA CON COLGAJO
2015	85.8.1	SUTURA DE HERIDA DE LA MAMA
2016	85.8.2	INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA
2017	85.8.4	COLGAJO EN LA MAMA
2018	85.8.7	RECONSTRUCCIÓN DE PEZÓN
2019	85.9.5	INSERCIÓN DE EXPANSOR CUTÁNEO EN MAMA
2020	85.9.6	EXTRACCIÓN DE EXPANSORES DE TEJIDO MAMARIO
2021	86.0.1	BIOPSIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
2022	86.0.2	PRUEBAS DERMICAS DE SENSIBILIZACION
2023	86.1.1	DRENAJE DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2024	86.1.2	INCISIÓN CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
2025	86.1.4	INYECCIÓN, INFILTRACION DE MATERIAL DE RELLENO O TATUAJE DE LESIÓN O DEFECTO DE PIEL
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.1.4), salvo: Tatuafe intradérmico o inyección de pigmentos opacos insolubles	
2026	86.1.8	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO TERAPEUTICO EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.1.8), salvo: Inserción de dispositivo de acceso vascular (dav) totalmente implantable, Inserción de catéter subdérmico (epidermocllsis) y Inserción de estimulador eléctrico transcutáneo (para control de dolor)	
2027	86.2.1	ESCISIÓN DE QUISTE O SENO PILONIDAL
2028	86.2.2	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN SUPERFICIAL
2029	86.2.3	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL POR LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS
2030	86.2.5	ABRASION DERMICA
2031	86.2.7	EXTRACCIÓN DE UÑA, LECHO O PLIEGUE
2032	86.2.8	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO
2033	86.2.9	FISTULECTOMÍA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO
2034	86.3.1	ABLACIÓN DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA
2035	86.3.5	ESCISIÓN DE LESIONES CUTANEAS POR RADIOFRECUENCIA
2036	86.4.1	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL
2037	86.4.2	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
2038	86.4.2	AREA ESPECIAL (CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES)
2039	86.4.3	CIRUGIA MICROGRAFICA DE MOHS POR CORTE
2040	86.5.1	SUTURA DE HERIDA EN AREA GENERAL
2041	86.5.2	SUTURA DE HERIDA EN AREA ESPECIAL (CARA, CUERO CABELLUDO, CUELLO, MANOS, PIES PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES)
2042	86.6.1	INJERTO DE PIEL PARCIAL
2043	86.6.2	INJERTO DE PIEL TOTAL LIBRE
2044	86.6.3	INJERTO CONDROCUTANEO
2045	86.6.4	INJERTO DE REGION PILOSA (CEJA, BARBA Y/O CUERO CABELLUDO)
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.6.4), salvo: Microinjerto de cuero cabelludo	
2046	86.6.6	HOMOINJERTO DE PIEL
2047	86.6.7	LIPONJERTO (INJERTO GRASO)
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.6.7), salvo: Injerto graso NCOC y con fines estéticos o de embellecimiento.	
2048	86.7.0	COLGAJO LOCAL
2049	86.7.1	COLGAJOS DE CUERO CABELLUDO, CUTANEO Y COMPUESTO
2050	86.7.2	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD (MUSCULARES, FASCIOCUTÁNEOS, MÚSCULO-CUTÁNEOS, OSTEOMÚSCULO-CUTÁNEOS)
2051	86.7.3	DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO (DELAY)

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2052	86.7.5	REVISIÓN DE INJERTO O COLGAJO
2053	86.8.1	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE CICATRICES
2054	86.8.3	PLASTIAS DE REDUCCIÓN DE TAMAÑO
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (86.8.3), salvo: Reducción de tejido adiposo en área submandibular, por liposucción o lipectomía y con fines estéticos o de embellecimiento.
2055	86.8.4	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL
2056	86.8.5	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, ZONAS DE FLEXIÓN, MANOS, PIES Y GENITALES)
2057	86.9.1	RESECCIÓN DE GLÁNDULAS SUDORIPARAS
2058	86.9.2	MANEJO QUIRÚRGICO DE LINFEDEMA
2059	86.9.4	RETIRO DE SUTURA EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
2060	86.9.5	CURACION DE LESIONES EN PIEL Y/O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
2061	86.9.6	INSERCIÓN DE EXPANSOR TISULAR
2062	86.9.7	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR
2063	87.0.0	RADIOLOGIA GENERAL DE CRANEO
2064	87.0.1	RADIOLOGIA GENERAL DE CARA O HUESOS FACIALES Y TEJIDOS DENTARIOS
2065	87.0.3	TOMOGRFIA LINEAL Y POLITOMOGRFIA DE CABEZA Y CUELLO
2066	87.0.4	RADIOGRAFÍAS INTRAORALES
2067	87.0.6	RADIOLOGIA GENERAL DE CUELLO
2068	87.1.0	RADIOLOGIA GENERAL DE COLUMNA VERTEBRAL
2069	87.1.1	RADIOLOGIA GENERAL DE TORAX
2070	87.1.2	RADIOLOGIA GENERAL DE CORAZON Y GRANDES VASOS
2071	87.1.3	RADIOLOGIA GENERAL DE MEDIASTINO Y ORGANOS RELACIONADOS
2072	87.1.4	TOMOGRFIA LINEAL Y POLITOMOGRFIA EN COLUMNA VERTEBRAL, TORAX Y ORGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS
2073	87.2.0	RADIOLOGIA GENERAL DE ABDOMEN
2074	87.2.1	RADIOLOGIA GENERAL DE VÍA DIGESTIVA
2075	87.2.2	RADIOLOGIA GENERAL DE VASOS INTRABDOMINALES
2076	87.2.5	RADIOLOGIA GENERAL DE VÍAS BILIARES
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.2.5), salvo: Colangiografía - tomografía y Colecistografía- tomografía
2077	87.2.7	RADIOLOGIA GENERAL DE VÍAS URINARIAS
2078	87.3.0	RADIOLOGIA GENERAL DE EXTREMIDADES
2079	87.3.1	RADIOLOGIA GENERAL DE EXTREMIDADES SUPERIORES
2080	87.3.2	RADIOLOGIA GENERAL DE ARTICULACIONES EN MIEMBRO SUPERIOR
2081	87.3.3	RADIOLOGIA GENERAL DE EXTREMIDADES INFERIORES
2082	87.3.4	RADIOLOGIA GENERAL DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR
2083	87.3.7	TOMOGRFIA LINEAL Y POLITOMOGRFIA EN EXTREMIDADES
2084	87.4.1	ARTERIOGRAFÍAS DE VASOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO
2085	87.4.2	RADIOGRAFÍAS DE CONTRASTE EN CEREBRO Y CRANEO
2086	87.4.3	FLEBOGRAFIA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.4.3), salvo: Flebografía epidural, Flebografía orbitaria y Flebografía yugular con catéter
2087	87.4.5	ARTROGRAFIA EN CABEZA, CARA Y CUELLO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2088	87.4.6	DACRIOCISTOGRAFIA
2089	87.4.7	SIALOGRAFIA
2090	87.4.8	RADIOLOGIA ESPECIAL EN CUELLO, FARINGE, LARINGE
2091	87.4.9	OTROS ESTUDIOS DE RADIOLOGIA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE CABEZA, CARA Y CUELLO
2092	87.5.1	ARTERIOGRAFIA DE VASOS ESPINALES
2093	87.5.4	DISCOGRAFIA
2094	87.5.5	MIELOGRAFIAS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.5.5), salvo: Mielografía dinámica lumbar		
2095	87.5.6	ARTROGRAFIAS EN COLUMNA
2096	87.6.1	ARTERIOGRAFIAS EN VASOS DEL TORAX
2097	87.6.2	ANGIOCARDIOGRAFIAS CON MEDIO DE CONTRASTE
2098	87.6.3	FLEBOGRAFIAS DE VASOS DEL TORAX
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.6.3), salvo: Flebografía torácica, otras venas intratorácicas NCOC		
2099	87.6.4	LINFANGIOGRAFIA INTRATORÁCCICA
2100	87.6.5	SINOGRAFIA O FISTULOGRAFIA DE PARED TORÁCCICA
2101	87.6.6	BRONCOGRAFIA DE CONTRASTE
2102	87.6.8	XEROMAMOGRAFIA O MAMOGRAFIA
2103	87.6.9	GALACTOGRAFIA DE CONTRASTE
2104	87.7.1	ARTERIOGRAFIAS DE VASOS ABDOMINALES Y PELVICOS
2105	87.7.2	FLEBOGRAFIAS DE VASOS ABDOMINALES Y PELVICOS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.7.2), salvo: Venografía abdominal: vena suprahepática, en cuña o libre, sin evaluación hemodinámica y Flebografía de otras venas intrabdominales NCOC		
2106	87.7.3	LINFANGIOGRAFIAS DE VASOS ABDOMINALES Y PELVICOS
2107	87.7.4	SINOGRAFIA O FISTULOGRAFIA DE PARED ABDOMINAL
2108	87.7.6	RADIOLOGIA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA EN VÍAS BILIARES
2109	87.7.8	RADIOLOGIA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA URINARIO
2110	87.7.9	RADIOLOGIA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA DE SISTEMA GENITAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (87.7.9), salvo: Vesiculografía, Epididimografía de contraste y Deferentografía o vasografía		
2111	87.8.1	ARTERIOGRAFIA EN VASOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES
2112	87.8.2	ARTERIOGRAFIA EN VASOS DE EXTREMIDADES INFERIORES
2113	87.8.3	FLEBOGRAFIA EN VASOS DE EXTREMIDADES SUPERIORES
2114	87.8.4	FLEBOGRAFIA EN VASOS DE EXTREMIDADES INFERIORES
2115	87.8.5	LINFANGIOGRAFIA DE EXTREMIDADES SUPERIORES
2116	87.8.6	LINFANGIOGRAFIA DE EXTREMIDADES INFERIORES
2117	87.8.7	ARTROGRAFIA O NEUMOARTROGRAFIA DE EXTREMIDADES SUPERIORES
2118	87.8.8	ARTROGRAFIA O NEUMOARTROGRAFIA DE EXTREMIDADES INFERIORES
2119	87.8.9	OTROS PROCEDIMIENTOS DE RADIOLOGIA ESPECIAL E INTERVENCIONISTA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO
2120	87.9.1	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) DE CABEZA, CARA Y CUELLO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2121	87.9.2	TOMOGRFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) DE COLUMNA
2122	87.9.3	TOMOGRFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) DE TORAX
2123	87.9.4	TOMOGRFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) DE ABDOMEN Y PELVIS
2124	87.9.5	TOMOGRFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) DE EXTREMIDADES
2125	87.9.9	OTROS ESTUDIOS CON TOMOGRFIA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC) NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO
2126	88.1.1	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA (ECOGRFAS) DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO
2127	88.1.2	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA (ECOGRFAS) DEL TORAX Y ORGANOS TORACICOS
2128	88.1.3	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA (ECOGRFAS) DE ABDOMEN, PELVIS Y ORGANOS O ESTRUCTURAS CONEXAS
2129	88.1.4	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA (ECOGRFAS) DE PELVIS Y DE GENITALES FEMENINOS
2130	88.1.5	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA (ECOGRFAS) PELVICA Y DE GENITALES MASCULINOS
2131	88.1.6	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA (ECOGRFAS) DE LAS EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES
2132	88.2.1	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO
2133	88.2.2	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DEL ABDOMEN Y PELVIS
2134	88.2.3	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE EXTREMIDADES
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (88.2.3), salvo: Flebografía de impedancia		
2135	88.2.6	ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS DE TRASPLANTES [ORGANOS TRASPLANTADOS]
2136	88.2.8	OTROS ESTUDIOS VASCULARES NO INVASIVOS NO ESPECIFICADOS EN OTRO CONCEPTO
2137	88.3.1	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CABEZA, CARA Y CUELLO
2138	88.3.2	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA VERTEBRAL Y CANAL ESPINAL
2139	88.3.3	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE TORAX
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (88.3.3), salvo: Resonancia nuclear magnética de corazón con mapeo de la velocidad de flujo		
2140	88.3.4	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ABDOMEN Y PELVIS
2141	88.3.5	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE EXTREMIDADES
2142	88.3.7	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MEDULA OSEA
2143	88.3.9	ESTUDIOS DE RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO
2144	88.6.0	ESTUDIOS DE DENSIDAD MINERAL OSEA
2145	88.7.0	CINERADIOGRAFÍA
2146	89.0.1	ENTREVISTA, CONSULTA Y EVALUACION [VISITA] DOMICILIARIA O AL SITIO DE TRABAJO
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.0.1), salvo: Atención [visita] al sitio de trabajo, por terapia (ocupacional y/o física) y Atención [visita] al sitio de trabajo, por equipo Interdisciplinario, por corresponder a Riesgos Laborales		
2147	89.0.2	CONSULTA DESCRITA COMO GLOBAL O DE PRIMERA VEZ
2148	89.0.3	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2149	89.0.4	INTERCONSULTA
2150	89.0.5	JUNTA MEDICA
2151	89.0.6	CUIDADO (MANEJO) Y ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA
2152	89.0.7	CONSULTA DE URGENCIAS
2153	89.1.0	PRUEBA DEL AMOBARBITAL INTRACAROTIDEO
2154	89.1.2	RINOMANOMETRIA
2155	89.1.4	ELECTROENCEFALOGRAMA
2156	89.1.5	OTRAS PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO NEUROLOGICO NO QUIRURGICAS
2157	89.1.7	POLISOMNOGRAMA
2158	89.1.8	OTRAS PRUEBAS FUNCIONALES DEL TRASTORNO DEL SUEÑO
2159	89.1.9	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICAS POR VIDEO Y RADIO
2160	89.2.0	URODINAMIA
2161	89.2.2	CISTOMETROGRAMA
2162	89.2.3	ELECTROMIOGRAFIA ESFINTER
2163	89.2.4	UROFLUJOMETRIA (UFM)
2164	89.2.5	PERFIL DE PRESION URETRAL (PPU)
2165	89.2.6	ESFINTEROMANOMETRIA
2166	89.2.8	CISTOMETRIA
2167	89.2.9	OTRAS MEDICIONES Y/O EXAMENES DEL APARATO GENITOURINARIO NO OPERATORIAS
2168	89.3.1	EXAMEN Y MEDICION ANATOMICA-FISIOLOGICA DENTAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.3.1), salvo: Fotografía clínica extraoral, intraoral, frontal o lateral, Evaluación y medición ortodóntica y ortopédica oral, Mascara facial diagnostica y Control de ortodoncia fija, removible o tratamiento ortopédico funcional y mecánico		
2169	89.3.6	ELECTROMIOGRAFIA DE ESFINTER ANAL
2170	89.3.7	DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD VITAL
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.3.7), salvo: Volúmenes pulmonares por pletismografía, pre y post broncodilatadores y Volúmenes pulmonares por gases (helio otros.), pre y post broncodilatadores		
2171	89.3.8	OTRAS MEDICIONES RESPIRATORIAS NO QUIRURGICAS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.3.8), salvo: Presión transdiafragmática con balones, Prueba de broncoprovocación específica (alérgeno) o inespecífica y Medición de calorimetría indirecta		
2172	89.3.9	OTRAS MEDICIONES Y EXAMENES NO QUIRURGICOS
Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.3.9), salvo: Medición de acidez gástrica en 24 horas [phmetría], Estudio de motilidad esofágica y Estudio de motilidad esofágica con perfusión de ácido		
2173	89.4.1	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR CON EMPLEO DE CINTA RODANTE
2174	89.5.0	MONITORIZACION CARDIACA AMBULATORIA
2175	89.5.1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO
2176	89.5.3	VECTOCARDIOGRAMA (CON ECG)

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2177	89.5.5	FONOCARDIOGRAMA Y PULSOS
2178	89.5.9	OTRAS MEDICIONES CARDIACAS Y VASCULARES NO OPERATORIAS
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.5.9), salvo: Medición de saturación venosa cerebral	
2179	89.6.0	MONITORIZACION DE FRACCION DE EYECCION VENTRICULO DERECHO
2180	89.6.1	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA
2181	89.6.2	MONITORIZACION DE PRESION VENOSA CENTRAL
2182	89.6.3	MONITORIZACION DE PRESION DE ARTERIA PULMONAR
2183	89.6.4	MONITORIZACION DE PRESION CAPILAR DE ARTERIA PULMONAR
2184	89.6.6	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA MIXTA
2185	89.6.7	MONITORIZACION DE GASTO CARDIACO POR TECNICAS DE CONSUMO DE OXIGENO
2186	89.7.0	MONITORIA FETAL
2187	89.8.0	PROCEDIMIENTOS [ESTUDIOS] ANATOMOPATOLOGICOS EN CITOLOGÍA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.8.0), salvo: Estudio de biología molecular en citología y Estudio de microscopia electrónica en citología	
2188	89.8.1	PROCEDIMIENTOS [ESTUDIOS] ANATOMOPATOLOGICOS, EN BIOPSIA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.8.1), salvo: Estudio de biología molecular en biopsia, Estudio de citogenética en biopsia y Estudio de oncogenes en biopsia	
2189	89.8.2	PROCEDIMIENTOS [ESTUDIOS] ANATOMOPATOLÓGICOS EN ESPECIMEN
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (89.8.2), salvo: Estudio de biología molecular en espécimen de reconocimiento, Estudio de biología molecular en espécimen con múltiple muestreo, Estudio de biología molecular en espécimen con resección de márgenes, Estudio de coloración Inmufluorescencia en espécimen con mapeo y Estudio de microscopia electrónica en espécimen con mapeo	
2190	89.8.3	PROCEDIMIENTOS [ESTUDIOS] ANATOMOPATOLOGICOS POSMORTEM
2191	89.8.8	OTROS PROCEDIMIENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS EN CITOLOGÍA, BIOPSIA, ESPECIMEN O POSMORTEM
2192	91.1.0	INMUNOHEMATOLOGIA
	Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (91.1.0), salvo: Fenotipage eritrocitario extendido [D, KELL, DUFFY, KIDD y otros] por microtécnica y Prueba para determinar D W o variante DU [Rh débil] por microtécnica	
2193	91.1.1	SEPARACION DE COMPONENTES
2194	91.1.2	AFERESIS DE DONANTE
2195	91.1.3	AFERESIS TERAPEUTICA
2196	91.2.0	MEDICINA TRANSFUSIONAL (APLICACIÓN DE SANGRE O SUS DERIVADOS)
2197	92.0.1	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA NERVIOSO
2198	92.0.2	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA ENDOCRINO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.2), salvo: Gammagrafía con octreotide
2199	92.0.3	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.3), salvo: Gammagrafía spect tórax
2200	92.0.4	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.4), salvo: Gammagrafía de viabilidad miocárdica con tallo o marcadores de TC.
2201	92.0.5	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA HEMATICO LINFATICO
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.5), salvo: Gammagrafía de infección con HIG
2202	92.0.6	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.6), salvo: Gammagrafía Spect abdomen
2203	92.0.7	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA HEPATOBILIAR
2204	92.0.8	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA GENITOURINARIO
2205	92.0.9	GAMAGRAFÍA, ESTUDIOS ISOTOPICOS FUNCIONALES Y MORFOLOGICOS DEL SISTEMA OSTEOARTICULAR
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.0.9), salvo: Gammagrafía Spect columna
2206	92.1.1	DACRIOCISTOGAMAGRAFÍA (GAMAGRAFÍA DE VÍAS LAGRIMALES)
2207	92.1.2	GAMAGRAFÍA CON GALIO 67
2208	92.1.3	GAMAGRAFÍA DE VIABILIDAD TUMORAL (RASTREO GAMAGRAFICO)
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.1.3), salvo: Gammagrafía tumoral con 11 C. Metionina
2209	92.2.1	RADIOTERAPIA SUPERFICIAL
2210	92.2.2	RADIOTERAPIA ORTOVOLTAJE
2211	92.2.3	TELETERAPIA CON RADIOISOTOPOS
2212	92.2.4	TELETERAPIA CON FOTONES
2213	92.2.5	TELETERAPIA CON ELECTRONES
2214	92.2.6	BRAQUITERAPIA
2215	92.2.8	TERAPIA CON RADIOISOTOPOS
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (92.2.8), salvo: Terapia con Itrium 90
2216	92.3.1	RADIOCIRUGIA ESTEREOTAXICA CON ACELERADOR LINEAL
2217	93.0.1	EVALUACION FUNCIONAL
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (93.0.1), salvo: Evaluación del desempeño ocupacional funcional, por corresponder a Riesgos Laborales

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2218	93.0.2	EVALUACION ORTÉSICA
2219	93.0.3	EVALUACION PROTESICA EN EXTREMIDADES
2220	93.0.8	ELECTRODIAGNOSTICO
2221	93.1.0	TERAPIA FISICA
2222	93.1.1	EJERCICIO ASISTIDO
2223	93.1.5	MODALIDADES ELECTRICAS Y ELECTROMAGNETICAS DE TERAPIA
2224	93.1.6	MODALIDADES MECANICAS DE TERAPIA
2225	93.1.7	MODALIDADES NEUMATICAS DE TERAPIA
2226	93.2.4	DISEÑO, ADECUACION Y ENTRENAMIENTO EN USO TECNOLOGIA DE REHABILITACIÓN
2227	93.3.3	TERAPIA MODALIDADES HIDRAULICAS E HIDRICAS
2228	93.3.5	REHABILITACION PULMONAR
2229	93.3.6	REHABILITACION CARDIACA
2230	93.3.7	ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO
2231	93.3.9	TERAPIA DE INTEGRACION SENSORIAL
2232	93.4.1	TRACCION ESPINAL CON EMPLEO DE DISPOSITIVO CRANEAL
2233	93.4.2	OTRA TRACCION ESPINAL
2234	93.5.0	INMOVILIZACION, PRESION Y CUIDADO DE HERIDA DE LUGAR NO ESPECIFICADO
2235	93.5.1	APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO
2236	93.5.3	APLICACIÓN O CAMBIO DE OTRA ESCAYOLA
2237	93.5.4	APLICACIÓN DE FERULA
2238	93.5.7	APLICACIÓN DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA
2239	93.5.9	OTRA INMOVILIZACION, PRESION Y CUIDADO DE HERIDA
2240	93.6.1	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO PARA MOVILIZACION GENERAL
2241	93.6.2	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE ALTA VELOCIDAD Y BAJA AMPLITUD (FUERZAS DE EMPUJE)
2242	93.6.3	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO CON EMPLEO DE FUERZAS DE BAJA VELOCIDAD Y ALTA AMPLITUD (FUERZAS DE RESORTE)
2243	93.6.4	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO CON EMPLEO DE FUERZAS ISOTONICAS E ISOMETRICAS
2244	93.6.5	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO CON EMPLEO DE FUERZAS INDIRECTAS
2245	93.6.6	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO PARA DESPLAZAR LÍQUIDOS DE TEJIDOS
2246	93.6.8	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECÍFICA
2247	93.7.0	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL
2248	93.7.1	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE
2249	93.7.2	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES DEL HABLA, VOZ, FLUIDEZ, ARTICULACION, RESONANCIA
2250	93.7.3	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS
2251	93.7.4	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS
2252	93.7.5	OTRO ENTRENAMIENTO Y TERAPIA DEL HABLA
2253	93.8.3	TERAPIA OCUPACIONAL
2254	93.9.0	RESPIRACION DE PRESION POSITIVA CONTINUA (RPPC)
2255	93.9.1	RESPIRACION DE PRESION POSITIVA INTERMITENTE (RPPI)
2256	93.9.3	METODOS DE RESUCITACION NO MECANICOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2257	93.9.4	TERAPIA RESPIRATORIA
2258	93.9.5	OXIGENACION HIPERBARICA
2259	94.0.2	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD
2260	94.0.3	ANALISIS DE CARÁCTER [CONDUCTA]
2261	94.0.9	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSICOLOGICO
2262	94.1.1	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL PSIQUIATRICO
2263	94.3.1	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL
2264	94.3.5	INTERVENCION EN CRISIS
2265	94.4.0	PSICOTERAPIA DE PAREJA
2266	94.4.1	PSICOTERAPIA FAMILIAR
2267	94.4.2	PSICOTERAPIA DE GRUPO
2268	95.0.1	EVALUACION ORTOPTICA
2269	95.0.2	EVALUACION DE BAJA VISION
2270	95.0.3	EVALUACION O EXAMEN OFTALMOLOGICO ESPECIAL O EXTENDIDO
2271	95.0.5	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL
2272	95.0.6	OTROS PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS EN OJO
2273	95.1.1	FOTOGRAFIA DE SEGMENTO ANTERIOR Y/O POSTERIOR DEL OJO
2274	95.1.2	ANGIORRETINOFLUORESCEINOGRAMIA
2275	95.1.3	ESTUDIO DE OJO CON ULTRASONIDO
2276	95.1.5	TOPOGRAFIA CORNEAL COMPUTARIZADA
2277	95.1.7	FLUOROSCOPIA DE OJO
2278	95.1.8	OCULOPLETISMOGRAMIA
2279	95.2.0	BIOMETRIA OCULAR
2280	95.2.1	ELECTRORRETINOGRAMIA
2281	95.2.2	ELECTROOCULOGRAMA
2282	95.2.3	POTENCIALES EVOCADOS VISUALES
2283	95.2.4	ELECTRONISTAGMOGRAMIA [ENG]
2284	95.2.5	PAQUIMETRIA
2285	95.2.6	TONOGRAFIA OCULAR, PRUEBAS DE PROVOCACION Y OTRAS PRUEBAS DE GLAUCOMA
2286	95.3.5	TERAPEUTICA ORTOPTICA
2287	95.3.8	BETATERAPIA
2288	95.4.1	AUDIOMETRIA
2289	95.4.3	EVALUACION AUDIOLOGICA
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (95.4.3), salvo: Pruebas de contexto cerrado y contexto abierto (discriminación), Pruebas de desórdenes del procesamiento auditivo central y Pruebas de simulación y disimulación
2290	95.4.4	PRUEBAS CLINICAS DE LA FUNCION VESTIBULAR
2291	95.4.6	OTRAS PRUEBAS AUDITIVAS Y VESTIBULARES
		Nota: Están cubiertos todos los procedimientos de la Categoría (95.4.6), salvo: Emisiones otacústicas, Electroneuronografía (ENOG), Liberación y reposicionamiento canalicular [terapia de rehabilitación vestibular periférica] y Prueba de promontorio
2292	95.4.8	ADAPTACION DE PROTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS
2293	96.0.1	INSERCIÓN DE VÍA AEREA NASOFARINGEA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2294	96.0.2	INSERCIÓN DE VÍA AEREA OROFARINGEA
2295	96.0.3	INSERCIÓN DE VÍA AEREA OBTURADA ESOFÁGICA
2296	96.0.4	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL
2297	96.0.5	OTRA INTUBACION DE TRACTO RESPIRATORIO
2298	96.0.6	INSERCIÓN DE TUBO O Sonda DE SENGSTAKEN (TAPONAMIENTO ESOFAGICO)
2299	96.0.7	INSERCIÓN DE OTRO TUBO O Sonda NASO-GASTRICA (INTUBACION PARA DECOMPRESION)
2300	96.0.9	INSERCIÓN O SUSTITUCION DE TUBO O Sonda RECTAL
2301	96.1.4	TAPONAMIENTO VAGINAL
2302	96.1.6	INSERCIÓN DE CATETER (SONDA) EN TRACTO URINARIO
2303	96.2.1	DILATACIÓN DEL RECTO
2304	96.2.2	DILATACIÓN DEL ESFINTER ANAL
2305	96.2.3	DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA
2306	96.2.4	DILATACIÓN Y MANIPULACIÓN DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA
2307	96.2.6	REDUCCIÓN MANUAL DE PROLAPSO RECTAL
2308	96.3.1	LAVADO GASTRICO PARA HIPOTERMIA O CONGELACION GASTRICA
2309	96.3.3	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA
2310	96.3.8	EXTRACCIÓN DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS
2311	96.3.9	IRRIGACION O ENEMA TRANSANAL
2312	96.4.1	IRRIGACION DE COLECISTOSMIA Y OTRO TUBO BILIAR
2313	96.4.9	OTRA INSTILACION GENITOURINARIA
2314	96.5.1	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO
2315	96.5.2	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS
2316	96.5.3	IRRIGACION DE CONDUCTOS NAALES Y SENOS PARANAALES
2317	96.5.5	LIMPIEZA Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMIA
2318	96.5.9	LAVADO, IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA NO QUIRURGICOS
2319	96.6.1	INFUSIÓN DE ALIMENTACION ENTERAL
2320	97.0.1	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA
2321	97.0.2	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMIA
2322	97.0.3	SUSTITUCION DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMIA DEL INTESTINO DELGADO
2323	97.0.4	SUSTITUCION DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMIA DEL INTESTINO GRUESO
2324	97.0.5	SUSTITUCION DE TUBO O DISPOSITIVO EN VÍAS BILIARES O CONDUCTO PANCREATICO
2325	97.1.1	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO SUPERIOR
2326	97.1.2	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR
2327	97.1.4	SUSTITUCION DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACION MUSCULOESQUELETICA
2328	97.1.5	SUSTITUCION DE CATETER DE HERIDA
2329	97.1.6	SUSTITUCION DE TAPON O DRENAJE DE HERIDA
2330	97.2.1	SUSTITUCION DE TAPON NASAL
2331	97.2.2	SUSTITUCION DE TAPON DENTAL
2332	97.2.3	SUSTITUCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA
2333	97.2.6	SUSTITUCION DE OTRO TAPON O DRENAJE VAGINAL O VULVAR
2334	97.3.2	EXTRACCIÓN DE TAPON NASAL
2335	97.3.7	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA
2336	97.3.8	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2337	97.4.1	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TORACOTOMIA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL
2338	97.4.2	EXTRACCIÓN DE DREN MEDIASTINICO
2339	97.4.3	RETIRO DE SUTURAS DE TORAX
2340	97.5.1	EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMIA
2341	97.5.2	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO DELGADO
2342	97.5.3	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO GRUESO O APENDICE
2343	97.5.4	EXTRACCIÓN DE TUBO DE COLECISTOSTOMIA
2344	97.5.5	EXTRACCIÓN DE TUBO EN T U OTRO TUBO DE VÍA BILIAR O TUBO HEPATICO
2345	97.5.6	EXTRACCIÓN DE TUBO O DREN PANCREATICO
2346	97.6.1	EXTRACCIÓN DE TUBO DE PIELOSTOMIA Y NEFROSTOMIA
2347	97.6.2	EXTRACCIÓN DE TUBO DE URETEROSTOMIA Y DE CATETER URETERAL
2348	97.6.3	EXTRACCIÓN DE TUBO DE CISTOSTOMIA
2349	97.6.5	EXTRACCIÓN Y/O REEMPLAZO DE Sonda URETRAL
2350	97.7.1	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)
2351	97.7.2	EXTRACCIÓN DE TAPON INTRAUTERINO
2352	97.7.5	EXTRACCIÓN DE TAPON [MECHA] VAGINAL O VULVAR
2353	97.8.1	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE RETROPERITONEAL
2354	97.8.2	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE PERITONEAL
2355	97.8.3	EXTRACCIÓN DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL
2356	97.8.8	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACIÓN EXTERNO
2357	98.1.1	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO
2358	98.1.2	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA NARIZ
2359	98.1.3	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE
2360	98.1.4	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA LARINGE
2361	98.1.6	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DEL UTERO
2362	98.1.7	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA
2363	98.1.9	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA URETRA
2364	98.2.1	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN OJO
2365	98.2.2	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN CUELLO Y CABEZA
2366	98.2.3	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN VULVA
2367	98.2.4	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO
2368	98.2.6	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO
2369	98.2.7	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO
2370	98.2.8	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE
2371	98.2.9	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE
2372	98.5.1	LITOTRIPCIÓN EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE EN RIÑÓN, URETER Y VEJIGA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2373	98.5.2	LITOTRIPICIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE EN VESICULA O CONDUCTO BILIAR
2374	99.0.1	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD
2375	99.0.2	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD
2376	99.1.1	INYECCIÓN DE GLOBULINA INMUNE RH
2377	99.1.4	INYECCIÓN DE GAMMA GLOBULINA O DE SUEROS INMUNES
2378	99.1.5	INFUSIÓN PARENTERAL DE SUSTANCIAS NUTRITIVAS CONCENTRADAS
2379	99.1.6	INYECCIÓN DE ANTÍDOTO
2380	99.1.8	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ELECTROLITOS
2381	99.2.1	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIOTICO
2382	99.2.2	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE SUSTANCIA HORMONAL
2383	99.2.3	INYECCIÓN/INFILTRACION DE ESTEROIDE
2384	99.2.5	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE REGIMEN DE QUIMIOTERAPIA [1]
2385	99.2.9	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA O PROFILACTICA
2386	99.3.1	VACUNACION E INOCULACION PROFILACTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES BACTERIANAS
2387	99.3.5	VACUNACION E INOCULACION PROFILACTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES VIRICAS
2388	99.4.1	ADMINISTRACION DE ANTITOXINA TETANICA
2389	99.4.2	ADMINISTRACION DE ANTITOXINA DE BOTULISMO
2390	99.4.3	ADMINISTRACION DE ANTITOXINA DIFTERICA
2391	99.5.1	VACUNACION CONTRA MALARIA
2392	99.6.1	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA
2393	99.6.3	MASAJE CARDIACO A TORAX CERRADO
2394	99.6.4	ESTIMULACION DE SENO CAROTIDEO
2395	99.6.9	OTRA CONVERSION DE RITMO CARDIACO O RESUCITACION CARDIOPULMONAR NO CLASIFICADA BAJO OTRO CONCEPTO
2396	99.7.1	APLICACIÓN DE SUSTANCIAS PREVENTIVAS EN DIENTES
2397	99.7.3	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL [CONTROL MECANICO DE PLACA]
2398	99.8.0	MONITORIA Y CONTROL DE TEMPERATURA PERIOPERATORIA
2399	99.8.3	FOTOTERAPIAS
2400	99.9.1	ACUPUNTURA Y TERAPIA NEURAL
2401	99.9.2	TERAPIA DE FILTROS
2402	A1.0.0	INFORMACIÓN, EDUCACION Y COMUNICACION (IEC) EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
2403	A1.0.3	INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION (IEC) EN FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES HACIA EL CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES
2404	A2.0.0	ASISTENCIA TECNICA EN PREVENCION Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD
2405	A2.2.0	ORIENTACION E IDENTIFICACION DE LA POBLACION HACIA DETECCION TEMPRANA
2406	C0.0.0	CODIGOS CREADOS CON LA ACTUALIZACION POS 2011 (ACUERDO 29) Y ACTUALIZACION POS 2013
2407	S5.0.0	TEMAS DE POBLACION INDIGENAS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

ANEXO 03

Laboratorio Clínico

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)
2	901002	ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO AUTOMÁTICO
3	901003	ANTIBIOGRAMA (MIC) METODO MANUAL
4	901004	HONGOS, PRUEBAS DE SENSIBILIDAD
5	901005	LEVADURAS, PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCION
6	901007	MYCOBACTERIUM, PRUEBAS DE SENSIBILIDAD
7	901101	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NIELSEN] Y LECTURA O BACILOSCOPIA *
8	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA *
9	901103	COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA
10	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
11	901105	COLORACION FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA
12	901106	COLORACION GIEMSA Y LECTURA
13	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA *
14	901108	COLORACION ROMANOWSKY Y LECTURA *
15	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA
16	901110	COLORACION TRICRÓMICA MODIFICADA Y LECTURA
17	901201	ACTINOMYCES, CULTIVO HONGOS
18	901202	BORDETELLA PERTUSIS, CULTIVO
19	901203	BRUCELLA, CULTIVO *
20	901204	CLOSTRIDIUM BOTULINUM, CULTIVO
21	901205	CLOSTRIDIUM DIFFICILE, CULTIVO
22	901206	COPROCULTIVO
23	901207	CORYNEBACTERIUM DIFTERIAE, CULTIVO
24	901208	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, CULTIVO
25	901209	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES: BILIS, LCR, PERITONEAL, PLEURAL, ASCÍTICO, SINOVIAL, OTROS DIFERENTE A ORINA
26	901210	CULTIVO ESPECIALES PARA OTROS MICROORGANISMOS
27	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA OSEA
28	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA
29	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL
30	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA OSEA
31	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA OSEA
32	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA OSEA
33	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA OSEA, ORINA Y HECES *
34	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA OSEA
35	901220	HELICOBACTER PYLORI, CULTIVO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
36	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO POR MÉTODO AUTOMÁTICO *
37	901222	HEMOCULTIVO AEROBIO POR MÉTODO MANUAL *
38	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR MÉTODO AUTOMÁTICO
39	901224	HEMOCULTIVO ANAEROBIO POR MÉTODO MANUAL
40	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS
41	901226	HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACION
42	901227	HEMOCULTIVO RESINAS
43	901228	LEGIONELLA, CULTIVO
44	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS, CULTIVO
45	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, CULTIVO *
46	901231	MYCOPLASMA, CULTIVO
47	901232	NEISSERIA GONORRHOEAE, CULTIVO *
48	901233	NEISSERIA MENINGITIDIS, CULTIVO *
49	901234	NOCARDIA SPP, CULTIVO HONGOS
50	901235	UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]
51	901236	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC AUTOMÁTICO]
52	901237	UROCULTIVO [ANTIOGRAMA MIC MANUAL]
53	901238	YERSINIA ENTEROCOLÍTICA, CULTIVO
54	901301	BETA LACTAMASA, PRUEBA DE PENICILINASA
55	901303	ESCHERICHIA COLI ENTEROPATÓGENA, EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN
56	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA
57	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]
58	901311	LEPTOSPIRA, SEROTIPIFICACIÓN
59	901312	LISTERIA, SEROTIPIFICACIÓN *
60	901313	MYCOBACTERIUM, IDENTIFICACION
61	901314	MYCOBACTERIUM, IDENTIFICACION POR PCR
62	901317	NEISSERIA MENINGITIDIS, SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX
63	901319	SHIGUELLA, SEROTIPIFICACIÓN *
64	901320	STAPHILOCOCCUS AUREUS, SEROTIPIFICACIÓN
65	901321	STREPTOCOCCUS BETA HEMOLÍTICO GRUPO A [PRUEBA RÁPIDA O DIRECTA]
66	901322	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE [PNEUMOCOCCUS] SEROTIPIFICACIÓN *
67	901402	INTRADERMOREACCION PARA COMPROBAR INMUNIDAD CONTRA BACTERIAS, HONGOS, PARASITOS O VIRUS
68	901403	PRUEBA DE MACHADO GUERREIRO [TRIPANOSOMA CRUZI] *
69	901404	PRUEBA DE MANTOUX [TUBERCULINA]
70	901405	PRUEBA DE MITSUDA [LEPROMINA]
71	901406	PRUEBA DE MONTENEGRO [LEISHMANIA] *
72	901407	PRUEBA INTRADERMICA DE ALERGIAS CON ESCARIFICACION O PUNTURA (AEROALERGENOS, ALIMENTOS, VENENOS DE INSECTOS Y/O MEDICAMENTOS)
73	901408	PRUEBA INTRADERMOREACCIÓN DE ESPOROTRIQUINA
74	902002	AGREGACION PLAQUETARIA, CADA AGENTE
75	902003	AGREGACION PLAQUETARIA, CURVA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
76	902004	ANTICOAGULANTE CIRCULANTE [LUPICO]
77	902005	ANTICOAGULANTE LÚPICO, PRUEBA CONFIRMATORIA CON VENENO DE VIBORA DE RUSSEL
78	902006	ANTITROMBINA III POR COAGULACION
79	902007	ANTITROMBINA III POR CROMÓGENOS
80	902008	ANTITROMBINA III POR IDR
81	902009	ANTITROMBINA III POR NEFELOMETRIA
82	902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]
83	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]
84	902012	FACTOR II DE LA COAGULACION, CUANTIFICACION [PROTROMBINA]
85	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]
86	902015	FACTOR III PLAQUETARIO
87	902016	FACTOR V DE LA COAGUALCION [LABIL O PROACELERINA]
88	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]
89	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION
90	902019	FACTOR VON WILLEBRAND
91	902020	FACTOR X [STUART POWER]
92	902021	FACTOR XI [PTA]
93	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN, DE CONTACTO]
94	902023	FACTOR XIII [FSF, FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]
95	902024	FIBRINOGENO, COAGULACION
96	902025	HEPARINA, DOSIFICACION POR COAGULACION
97	902026	HEPARINA, DOSIFICACION POR CROMOGENOS
98	902029	PLASMINOGENO
99	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOÓGENO [PDF]
100	902033	PROTEINA C DE LA COAGULACION, ACTIVIDAD
101	902034	PROTEINA C DE LA COAGULACION
102	902035	PROTEINA S DE LA COAGULACION, ACTIVIDAD
103	902036	PROTEINA S DE LA COAGULACION, ANTÍGENO TOTAL
104	902037	PROTEINA S DE LA COAGULACION, ANTÍGENO LIBRE
105	902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA [FACTOR DE LEIDEN]
106	902040	RESISTENCIA A LA PROTEINA C [FACTOR DE LEIDEN] POR PCR
107	902041	RETRACCION DE COAGULO
108	902043	TIEMPO DE COAGULACION
109	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]
110	902046	TIEMPO DE SANGRIA [IVY O DUKE]
111	902047	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO < O:P>
112	902048	TIEMPO DE TROMBINA
113	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]
114	902101	CELULAS LE
115	902102	CUERPOS DE HEINZ, PRUEBA DIRECTA
116	902103	CUERPOS DE HEINZ, PRUEBA INDUCIDA POR FENILHIDRAZINA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
117	902104	DIMERO D POR EIA
118	902105	DIMERO D POR LÁTEX
119	902106	ERITROPOYETINA
120	902107	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS
121	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA, CUALITATIVA
122	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA, CUANTITATIVA
123	902110	HEMOGLOBINA A 2 POR CROMATOGRFIA
124	902111	HEMOGLOBINA FETAL
125	902112	HEMOGLOBINA FETAL POR CROMATOGRFIA DE ALTA RESOLUCION
126	902113	HEMOGLOBINA LIBRE EN PLASMA
127	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL [KLEIN HAVER]
128	902115	HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]
129	902116	HIERRO MÉDULAR
130	902117	METAHEMOGLOBINA, CUALITATIVA
131	902118	METAHEMOGLOBINA, CUANTITATIVA
132	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]
133	902201	COOMBS DIRECTO, PRUEBA CUALITATIVA
134	902202	COOMBS INDIRECTO, PRUEBA CUALITATIVA
135	902203	COOMBS INDIRECTO, PRUEBA CUANTITATIVA
136	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG]
137	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA
138	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA, ESTUDIO DE MORFOLOGIA
139	902207	HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] MÉTODO MANUAL
140	902208	HEMOGRAMA II [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS] MÉTODO MANUAL Y SEMIAUTOMATICO
141	902209	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMÁTICO
142	902210	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] MÉTODO AUTOMÁTICO
143	902211	HEMATOCRITO
144	902212	HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH
145	902213	HEMOGLOBINA
146	902214	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE GOTA GRUESA *
147	902215	HEMOPARASITOS, EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA *
148	902216	LEUCOGRAMA [RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL]
149	902217	PRUEBA DE TORNQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]
150	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
151	902219	RECuento DE EOSINOFILO EN MOCO NASAL POR COLORACIÓN DE HAN
152	902220	RECuento DE PLAQUETAS, MÉTODO AUTOMÁTICO
153	902221	RECuento DE PLAQUETAS, MÉTODO MANUAL
154	902222	RECuento DE RETICULOCITOS, CONTADOR DE CELULAS
155	902223	RECuento DE RETICULOCITOS, MÉTODO MANUAL
156	902224	RECuento DE RETICULOCITOS POR CITOMETRIA DE FLUJO
157	902225	TITULO ANTI D
158	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA
159	903002	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LIQUIDO AMNIÓTICO
160	903003	BICARBONATO
161	903004	CALCULO BILIAR, ANALISIS FÍSICO-QUIMICO CUANTITATIVO
162	903005	CALCULO RENAL, ANALISIS FÍSICO-QUIMICO CUANTITATIVO
163	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS [ADRENALINA O EPINEFRINA Y NORADRENALINA O NOREPINEFRINA] EN ORINA DE 24 H
164	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS [ADRENALINA O EPINEFRINA Y NORADRENALINA O NOREPINEFRINA] EN PLASMA
165	903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H
166	903010	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA
167	903011	DEOXIPIRIDINOLINA
168	903013	ESPERMOGRAMA CON BIOQUÍMICA
169	903014	ESTERASA PANCREATICA, ENZIMA ALFA NAFTIL-BUTIRATO
170	903015	ESTERASA PANCREATICA, ENZIMA ALFA NAFTIL-CLORACETATO
171	903016	FERRITINA
172	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA
173	903020	HAPTOGLOBINA POR IDR
174	903021	HAPTOGLOBINA POR NEFELOMETRIA
175	903022	HOMOCIST(E)INA
176	903024	LACTOGENO PLACENTARIO
177	903025	METAEPINEFRINAS EN ORINA DE 24H
178	903026	MICROALBUMINURIA POR EIA
179	903027	MICROALBUMINURIA POR NEFELOMETRIA
180	903028	MICROALBUMINURIA POR RIA
181	903029	MICROALBUMINURIA POR TURBIDIMETRIA
182	903030	MIOGLOBINA CARDIACA
183	903031	MIOGLOBINA EN ORINA
184	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA
185	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO
186	903037	PIRIDINOLINA EN ORINA
187	903038	PORFIRINAS EN ORINA DE 24 H [UROPORFIRINAS]
188	903039	PORFIRINAS EN SANGRE
189	903040	PORFOBILINOGENO EN ORINA
190	903041	PORFOBILINOGENO EN ORINA DE 24 H

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
191	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]
192	903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA HELICOBACTER PILORY
193	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA
194	903045	TRANSFERRINA POR IDR
195	903046	TRANSFERRINA POR NEFELOMETRIA
196	903047	TRIPSINA EN SUERO
197	903101	ACIDOS BILIARES
198	903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 H
199	903104	ACIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 H
200	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO
201	903106	ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS
202	903109	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 H
203	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR FLUOROMETRIA
204	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] POR METODO ENZIMATICO
205	903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO]
206	903113	ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 H
207	903202	FENILALANINA EN ORINA
208	903301	GALACTOSA
209	903302	LACTOSA, CURVA DE
210	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA] *
211	903402	ALDOLASA
212	903403	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA POR IDR
213	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA POR IDR
214	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA POR NEFELOMETRIA
215	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE
216	903409	APOLIPOPROTEINAS A1 POR IDR
217	903410	APOLIPOPROTEINAS B POR IDR
218	903411	APOLIPOPROTEINAS A1 POR NEFELOMETRIA
219	903412	APOLIPOPROTEINAS B POR NEFELOMETRIA
220	903413	APOLIPOPROTEINAS A1 POR TURBIDIMETRIA
221	903414	APOLIPOPROTEINAS B POR TURBIDIMETRIA
222	903416	CERULOPLASMINA POR IDR
223	903417	CERULOPLASMINA POR NEFELOMETRIA
224	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [VERDADERA O ACETILCOLINESTERASA] *
225	903420	COLINESTERASA SERICA [SEUDOCOLINESTERASA]
226	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 H
227	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 H POR CROMATOGRAFIA
228	903423	D- XILOSA, PRUEBA DE ABSORCION
229	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA [HBDH]
230	903425	FRUCTOSAMINA
231	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES
232	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR CROMATOGRAFÍA DE COLUMNA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
233	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA
234	903429	ISOCITRATO DESHIDROGENASA [ICDH]
235	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA [LAP]
236	903431	LIPOPROTEÍNA A [LPA]
237	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA [ZPP] *
238	903436	TROPONINA I, CUALITATIVA
239	903437	TROPONINA I, CUANTITATIVA
240	903438	TROPONINA T, CUALITATIVA
241	903439	TROPONINA T, CUANTITATIVA
242	903501	LIQUIDO AMNIÓTICO, CURVA ESPECTRAL O DE LILEY
243	903502	LIQUIDO AMNIOTICO, INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR [LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBÚMINA, FOSFATIDIL GLICEROL, RECUENTO DE CELULAS LAMELARES O ESPECTOFOTOMETRIA 650 NM]
244	903503	LIQUIDO PERICARDICO [EXAMEN FÍSICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS]
245	903504	LIQUIDO SINOVIÁL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS, GLUCOSA, PROTEINAS, FACTOR RA, COMPLEMENTO, TEST DE MUCINA Y ANALISIS CON LUZ POLARIZADA]
246	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 H
247	903602	AMONIO
248	903603	CALCIO ABSORCION ATOMICA
249	903604	CALCIO IONICO
250	903605	IONOGRAMA [CLORO, SODIO, POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]
251	903606	IONTOFORESIS [CLORO]
252	903607	IONTOFORESIS [CLORO] POST ESTIMULACION CON PILOCARPINA
253	903608	ZINC
254	903609	ZINC EN ORINA DE 24H
255	903701	VITAMINA A [RETINOL]
256	903702	VITAMINA B 1
257	903703	VITAMINA B 12
258	903704	VITAMINA B 2
259	903705	VITAMINA B 6
260	903706	VITAMINA D 25 DIHIDROXI
261	903707	VITAMINA D 1, 25 DIHIDROXI
262	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]
263	903801	ACIDO URICO< O:P>
264	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 H
265	903803	ALBUMINA
266	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 H
267	903805	AMILASA
268	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 H
269	903807	ASPIRADO GASTRICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO DE POLIMORFO NUCLEARES]
270	903808	BALANCE NITROGENADO [INDICE CATABOLICO]

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
271	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
272	903810	CALCIO POR COLORIMETRÍA *
273	903811	CALCIO EN ORINA DE 24 H POR COLORIMETRIA
274	903812	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO [TIBC]
275	903813	CLORO [CLORURO]
276	903814	CLORO [CLORURO] EN ORINA DE 24 H
277	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]
278	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO
279	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLOGICO DIRECTO
280	903818	COLESTEROL TOTAL
281	903819	CREATIN QUINASA [FRACCION MB] POR ESPECTOFOTOMETRIA
282	903820	CREATIN QUINASA [FRACCION MB] POR MÉTODO INMUNOLOGICO
283	903821	CREATIN QUINASA TOTAL CK- CPK
284	903822	CREATINA
285	903823	CREATININA DEPURACION
286	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 H
287	903825	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
288	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA
289	903827	CUERPOS CETONICOS O CETÓNAS EN SANGRE
290	903828	DESHIDROGENASA LACTICA [LDH]
291	903829	DESHIDROGENASA LACTICA, ISOENZIMAS
292	903830	FOSFATASA ACIDA
293	903831	FOSFATASA ACIDA, FRACCION PROSTATIC A
294	903832	FOSFATASA ACIDA, FRACCION PROSTATICA POR EIA/RIA
295	903833	FOSFATASA ALCALINA
296	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO
297	903835	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS]
298	903836	FOSFORO INORGANICO [FOSFATOS] EN ORINA DE 24 H
299	903837	FRACCION EXCRETADA DE SODIO [FENA]
300	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA [GGT]
301	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)
302	903840	GLUCOSA EN ORINA
303	903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
304	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA
305	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL
306	903844	GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA
307	903845	GLUCOSA, TEST O' SULLIVAN
308	903846	HIERRO TOTAL
309	903847	LIPASA
310	903848	LIQUIDO AMNIÓTICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS, TEST DE CLEMENS Y CREATININA]
311	903849	LIQUIDO ASCITICO [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO]

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
312	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [LCR, EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA, PROTEINAS, MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS]
313	903851	LIQUIDO PERITONEAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS, RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS, GLUCOSA, PROTEINAS Y AMILASA]
314	903852	LIQUIDO PLEURAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS, GLUCOSA Y LDH]
315	903853	LIQUIDO SINOVIAL [EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS, GLUCOSA, PROTEINAS Y TEST DE MUCINA]
316	903854	MAGNESIO
317	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24H *
318	903856	NITROGENO UREICO [BUN] *
319	903857	NITROGENO UREICO [BUN] EN ORINA DE 24 H
320	903858	OSMOLARIDAD CÁLCULADA
321	903859	POTASIO
322	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 H *
323	903861	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBÚMINA/GLOBULINA] *
324	903862	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 H
325	903863	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS
326	903864	SODIO
327	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS *
328	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICOPIRÚVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT] *
329	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]
330	903868	TRIGLICÉRIDOS
331	903869	UREA
332	904003	RENINA
333	904101	FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA [SOMATO-MEDINA C]
334	904102	HORMONA ANTIDIURETICA
335	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA [ACTH]
336	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO O SOMATOTROPICA
337	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE [FSH]
338	904106	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA
339	904107	HORMONA LUTEINIZANTE [LH]
340	904108	PROLACTINA [BASAL]
341	904109	PROLACTINA [MEZCLA DE TRES MUESTRAS]
342	904201	HORMONA DEL CRECIMIENTO PRE Y POST ESTIMULACION
343	904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO PRE Y POST EJERCICIO
344	904203	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST ESTIMULACIÓN
345	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN
346	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
347	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA
348	904303	CORTISOL Y GLUCOSA, PRE Y POST INSULINA
349	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICA
350	904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA, PRE Y POST ACTH
351	904501	ANDROSTENEDIONA
352	904502	ANDROSTERONA EN ORINA
353	904503	ESTRADIOL
354	904504	ESTRIOL
355	904505	ESTRIOL LIBRE
356	904506	ESTROGENOS [ESTRADIOL 17 BETA]
357	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA, [BHCG] PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO
358	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA
359	904510	PROGESTERONA
360	904601	TESTOSTERONA LIBRE
361	904602	TESTOSTERONA TOTAL
362	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA
363	904703	INSULINA, CURVA [CINCO MUESTRAS]
364	904704	INSULINA [CADA MUESTRA]
365	904705	INSULINA LIBRE
366	904706	PÉPTIDO C
367	904707	PROINSULINA §
368	904708	SOMATOSTATINA
369	904801	ALDOSTERONA
370	904802	ALDOSTERONA EN ORINA
371	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURÓNIDO, 3 ALFA
372	904804	CETOESTEROIDES 17
373	904805	CORTISOL
374	904806	CORTISOL [DOS MUESTRAS -AM/PM-]
375	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 H
376	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA
377	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA -DHEA-SO ₄]
378	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES, 17 [17 OHCS]
379	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA [TBG]
380	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]
381	904903	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] NEONATAL
382	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE
383	904905	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN
384	904906	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE
385	904911	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL
386	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA
387	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA [PARATOHORMONA PTH]

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
388	904914	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL
389	904920	TIROGLOBULINA
390	904921	TIROXINA LIBRE [T4L]
391	904922	TIROXINA TOTAL [T4]
392	904923	TRIYODOTIRONINA [CAPTACIÓN O UPTAKE T3]
393	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE [T3L]
394	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3]
395	905001	LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA Y DE GASES
396	905002	LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
397	905003	PROCAINAMIDA METABOLITOS, N-ACETIL PROCAINAMIDA [NAPA]
398	905101	CUMARINICOS
399	905102	WARFARINA CUALITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA DELGADA
400	905103	WARFARINA CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA
401	905201	ACIDO VALPROICO
402	905202	ACIDO VALPROICO LIBRE
403	905203	BARBITURICOS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
404	905204	BARBITURICOS, SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO< /O:P>
405	905205	CARBAMAZEPINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE LIQUIDA O DE GASES
406	905206	CARBAMAZEPINA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA
407	905207	CARBAMAZEPINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
408	905208	ETOSUXIMIDA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
409	905210	FENITOINA LIBRE
410	905211	FENITOINA LIBRE Y TOTAL, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
411	905212	FENITOINA LIBRE Y TOTAL, CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA
412	905213	FENITOINA TOTAL, SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
413	905214	FENOBARBITAL, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
414	905215	FENOBARBITAL, CUANTITATIVO POR NEFELOMETRIA
415	905216	FENOBARBITAL, SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
416	905301	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
417	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO
418	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
419	905304	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS, SEMICUANTITATIVO POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
420	905305	BENZODIACEPINAS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O GASES
421	905306	BENZODIACEPINAS, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA DELGADA E INMUNOENSAYO
422	905307	CLORPROMAZINA
423	905308	FENCICLIDINA
424	905309	FENOTIAZINAS EN SUERO, ORINA Y LAVADO GASTRICO, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
425	905310	FENOTIAZINAS EN SUERO, ORINA Y LAVADO GASTRICO, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
426	905312	LITIO POR FOTOMETRIA DE LLAMA
427	905313	LITIO EN SANGRE POR ABSORCION ATOMICA
428	905401	AMIKACINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
429	905402	AMIKACINA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA
430	905403	AMIKACINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO
431	905404	GENTAMICINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA
432	905405	GENTAMICINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO
433	905406	KANAMICINA, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
434	905407	NETILMICINA
435	905408	PROCAINAMIDA POR INMUNOENSAYO
436	905409	TOBRAMICINA
437	905410	VANCOMICINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE LIQUIDA
438	905411	VANCOMICINA, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
439	905502	CICLOSPORINA A Y METABOLITOS
440	905601	DIGITOXINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
441	905602	DIGITOXINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
442	905603	DIGOXINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
443	905604	DIGOXINA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA
444	905605	DIGOXINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
445	905606	NITROPRUSIATO DE SODIO
446	905607	TEOFILINA POR EIA
447	905608	TEOFILINA POR NEFELOMETRIA
448	905701	ACETAMINOFEN, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
449	905702	ACETAMINOFEN, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO
450	905703	ALCALOIDES, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA DE ALTA RESOLUCION O DE GASES
451	905704	ALCALOIDES, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
452	905705	ALCOHOL ETILICO EN CUALQUIER MUESTRA POR CROMATOGRAFIA DE GASES
453	905706	ALCOHOL ETILICO EN CUALQUIER MUESTRA POR INMUNOENSAYO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
454	905707	ALCOHOL METILICO - FORMALDEHIDO EN CUALQUIER MUESTRA POR COLORIMETRIA
455	905708	ALCOHOL METILICO - FORMALDEHIDO EN CUALQUIER MUESTRA POR CROMATOGRAFIA DE GAS
456	905709	ARSENICO EN ORINA O SANGRE POR ABSORCION ATOMICA
457	905710	ATROPINICOS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
458	905711	ATROPÍNICOS, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
459	905713	BIPIRIDILO, SEMICUANTITATIVA POR COLORIMETRIA
460	905714	CAFEINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
461	905715	CAFEINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO Y CROMA-TOGRAFIA DE CAPA FINA
462	905716	CANNABINOIDES, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
463	905717	CANNABINOIDES, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA O INMUNOENSAYO
464	905718	CARBAMATOS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA EN ORINA
465	905719	CARBAMATOS, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFÍA DE CAPA DELGADA EN SANGRE * +
466	905720	CIANUROS, CUANTITATIVO POR ESPECTOFOTOMETRIA POR INFRARROJO
467	905721	CIANUROS, SEMICUANTITATIVO POR COLORIMETRIA
468	905722	HIDROCARBUROS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE GASES
469	905723	HIDROCARBUROS, SEMICUANTITATIVO POR CO LORIMETRIA
470	905724	COCAINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE LIQUIDA O DE GASES
471	905725	COCAINA, METABOLITOS EN ORINA
472	905726	COCAINA, SEMICUANTITATIVA POR INMUNOENSAYO O CROMA-TOGRAFIA DE CAPA FINA
473	905727	DROGAS DE ABUSO NCOC
474	905728	ESTRIGNINA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFÍA LÍQUIDA O DE GASES
475	905729	ESTRIGNINA, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFÍA DE CAPA FINA
476	905730	MERCURIO EN CABELLO O UÑAS *
477	905731	MERCURIO EN ORINA DE 24H O SANGRE *
478	905732	METACUALONA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
479	905733	METACUALONA, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
480	905734	METADONA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
481	905735	METADONA, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
482	905736	METALES PESADOS, CADA UNO POR ABSORCIÓN ATOMICA *
483	905737	MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] CUANTITATIVA POR ESPECTROMETRIA ULTRAVIOLETA VISIBLE

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
484	905738	MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMICUAN-TITATIVA POR COLORIMETRIA
485	905739	OPIACEOS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
486	905740	OPIACEOS, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA O INMUNOENSAYO
487	905741	ORGANOCOLORADOS
488	905742	ORGANOFOSFORADOS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
489	905743	ORGANOFOSFORADOS, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA *
490	905744	PARANITROFENOL
491	905746	PIRETRINAS, CUANTITATIVO POR CROMATOGRAFÍA DE GASES +
492	905748	PIRETROIDES, CUALITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
493	905749	PRIMIDONA, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE GASES O LIQUIDA
494	905750	PRIMIDONA, SEMICUANTITATIVO POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
495	905751	PROPOXIFENO, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
496	905752	PROPOXIFENO, SEMICUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA DE CAPA FINA
497	905753	QUININA POR FLUOROMETRIA EN ORINA O SANGRE
498	905755	SALICILATOS, CUANTITATIVA POR CROMATOGRAFIA LIQUIDA O DE GASES
499	905756	SALICILATOS, SEMICUANTITATIVA POR COLORIMETRIA
500	905758	SOLVENTES O METABOLITOS, SEMICUANTITATIVO POR COLORIMETRÍA *
501	905759	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS
502	905760	TALIO EN ORINA DE 24 H *
503	906001	ANTIESTREPTOLISINA "O" CUANTITATIVA POR NEFELOMETRIA
504	906002	ANTIESTREPTOLISINA "O" CUANTITATIVA POR TITULACIÓN
505	906004	BORDETELLA PERTUSSI, ANTICUERPOS IG G POR EIA
506	906006	BORDETELLA PERTUSSI, ANTICUERPOS IG M POR EIA *
507	906008	BORRELIA BURGDORFERI, ANTICUERPOS IG G -ENF DE LYME-
508	906018	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTICUERPOS IG A
509	906019	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTICUERPOS IG G
510	906020	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTICUERPOS IG M
511	906021	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTICUERPOS TOTALES
512	906023	HELICOBACTER PYLORI, ANTICUERPOS IG G
513	906024	Helicobacter pylori, ANTICUERPOS Ig M +
514	906025	Helicobacter pylori, ANTICUERPOS TOTALES +
515	906026	LEGIONELLA, ANTICUERPOS IG G SEROTIPOS 1-14
516	906028	LEGIONELLA PNEUMONIAE, ANTICUERPOS POR IFI
517	906029	LEPTOSPIRA, ANTICUERPOS IG G
518	906030	LEPTOSPIRA, ANTICUERPOS IG M
519	906033	MYCOPLASMA PNEUMONIAE, ANTICUERPOS IG A
520	906034	MYCOPLASMA PNEUMONIAE, ANTICUERPOS IG G

005521

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
521	906035	MYCOPLASMA PNEUMONIAE, ANTICUERPOS IG M
522	906036	MYCOPLASMA PNEUMONIAE, ANTICUERPOS TOTALES
523	906039	TREPONEMA PALLIDUM, ANTICUERPOS (FTA-ABS O TPHA-PRUEBA TRE-PONEMICA)
524	906040	TREPONEMA PALLIDUM, ANTICUERPOS IG G
525	906041	Treponema pallidum, ANTICUERPOS Ig M +
526	906101	ACTYNOICES, ANTICUERPOS
527	906102	ASPERGILLUS, ANTICUERPOS POR LÁTEX
528	906103	BLASTOMYCES, ANTICUERPOS
529	906104	CANDIDA ALBICANS, ANTICUERPOS IG A
530	906105	CANDIDA ALBICANS, ANTICUERPOS IG G
531	906106	CANDIDA ALBICANS, ANTICUERPOS IG M
532	906107	CISTICERCO, ANTICUERPOS IG G POR EIA *
533	906108	CISTICERCO, ANTICUERPOS IG G POR WESTER BLOT *
534	906109	CISTICERCO, ANTICUERPOS TOTALES
535	906111	COCCIDIOIDES, ANTICUERPOS
536	906112	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, ANTICUERPOS POR LÁTEX
537	906113	ENTAMOEBA HISTOLÍTICA, ANTICUERPOS POR EIA
538	906114	ENTAMOEBA HISTOLÍTICA, ANTICUERPOS POR INMUNODIFUSION
539	906118	HISTOPLASMA CAPSULATUM, ANTICUERPOS POR EIA
540	906119	HONGOS, ANTICUERPOS TOTALES POR SEROLOGIA, FIJACION DE COMPLEMENTO
541	906120	HONGOS, ANTICUERPOS TOTALES POR SEROLOGIA, INMUNO-DIFUSION
542	906121	LEISHMANIA MUCOCUTANEA [VICERAL] ANTICUERPOS POR IFI *
543	906126	Toxoplasma gondii, ANTICUERPOS Ig A +
544	906127	TOXOPLASMA GONDII, ANTICUERPOS IG G POR EIA
545	906128	TOXOPLASMA GONDII, ANTICUERPOS IG G POR IFI
546	906129	TOXOPLASMA GONDII, ANTICUERPOS IG M POR EIA
547	906130	TOXOPLASMA GONDII, ANTICUERPOS IG M POR IFI
548	906131	TRIPANOSOMA CRUZY [CHAGAS] ANTICUERPOS POR EIA * &
549	906132	TRIPANOSOMA CRUZY [CHAGAS] ANTICUERPOS POR LÁTEX
550	906205	CITOMEGALOVIRUS, ANTICUERPOS IG G [CMV-G] POR EIA
551	906206	CITOMEGALOVIRUS, ANTICUERPOS IG M [CMV-M] POR EIA
552	906207	DENGUE, ANTICUERPOS IG G
553	906208	DENGUE, ANTICUERPOS IG M
554	906209	Dengue, ANTICUERPOS TOTALES +
555	906210	ENTEROVIRUS, ANTICUERPOS
556	906211	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG A [CÁPSULA EB-VCA-A]
557	906212	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG G [CÁPSULA EB-VCA-G] POR EIA
558	906213	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG G [NUCLEARES EBNA-G] POR EIA
559	906214	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG G [TEMPRANOS G] POR EIA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
560	906215	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG M [CÁPSULA EB-VCA-M] POR EIA
561	906216	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG M [NUCLEARES EBNA-M] POR EIA
562	906217	EPSTEIN-BARR, ANTICUERPOS IG M [TEMPRANOS M] POR EIA
563	906218	HEPATITIS A, ANTICUERPOS IG M [ANTI HVA-M] *
564	906219	HEPATITIS A, ANTICUERPOS TOTALES [ANTI HVA]
565	906220	HEPATITIS B, ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M]
566	906221	HEPATITIS B, ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] & *
567	906222	HEPATITIS B, ANTICUERPOS E [ANTI-HBE]
568	906223	HEPATITIS B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] *
569	906224	HEPATITIS B, DNA POLIMERASA, ANTICUERPOS
570	906225	HEPATITIS C, ANTICUERPO [ANTI-HVC] & *
571	906226	HEPATITIS DELTA, ANTICUERPOS [ANTI-HVD]
572	906227	HEPATITIS DELTA, ANTICUERPOS [ANTI-HVD] IG M
573	906228	HERPES I, ANTICUERPOS IG G
574	906229	HERPES I, ANTICUERPOS IG M
575	906230	HERPES II, ANTICUERPOS IG G
576	906231	HERPES II, ANTICUERPOS IG M
577	906232	HTLV-I Y II, ANTICUERPOS [ANTI HTLV-I] TOTALES &
578	906233	HTLV-I Y II, ANTICUERPOS [ANTI HTLV-I] TOTALES CONFIRMATIVO
579	906241	RUBEOLA, ANTICUERPOS IG G POR EIA
580	906242	RUBEOLA, ANTICUERPOS IG G POR RIA
581	906243	RUBEOLA, ANTICUERPOS IG M POR EIA *
582	906244	RUBEOLA, ANTICUERPOS IG M POR RIA *
583	906245	SARAMPIÓN, ANTICUERPOS IG G POR EIA
584	906246	SARAMPIÓN, ANTICUERPOS IG M *
585	906247	VARICELA ZOSTER, ANTICUERPOS IG G
586	906248	VARICELA ZOSTER, ANTICUERPOS IG M
587	906249	VIH 1 Y 2, ANTICUERPOS & *
588	906250	VIH, PRUEBA CONFIRMATORIA POR WESTERN BLOT O EQUIVALENTE *
589	906253	VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO, ANTICUERPOS IG G
590	906301	ADENOVIRUS, ANTÍGENO
591	906302	ANTIGENO P 24 VIH 1
592	906303	ANTIGENOS BACTERIANOS EN LCR, SANGRE U OTRA MUESTRA, PRUEBA DIRECTA [POLIVALENTE PARA MENINGITIS]
593	906304	ANTIGENOS FEBRILES [VIDAL O WEIL FELIX]
594	906306	BORDETELLA PERTUSIS, ANTÍGENO *
595	906307	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTÍGENO POR EIA
596	906308	CHLAMYDIA TRACHOMATIS, ANTÍGENO POR IFD
597	906309	CITOMEGALOVIRUS, ANTÍGENO POR PCR
598	906314	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS, ANTÍGENO
599	906315	ENTAMOEBIA HISTOLÍTICA, ANTÍGENO

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
600	906316	GIARDIA LAMBLIA, PRUEBA DIRECTA
601	906317	HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS] & *
602	906318	HEPATITIS B, ANTIGENO E [AG HBE]
603	906319	HEPATITIS DELTA, ANTIGENO [AG HVD]
604	906321	INFLUENZA, ANTIGENO
605	906322	LEGIONELLA, ANTIGENO
606	906323	NEISSERIA GONORRHOEAE, ANTIGENO
607	906324	PARAINFLUENZA VIRUS TIPO 1-3, ANTÍGENO
608	906326	ROTAVIRUS, ANTIGENOS EN MATERIA FECAL POR EIA
609	906327	ROTAVIRUS, ANTIGENOS EN MATERIA FECAL POR LATEX
610	906328	SALMONELLA, IDENTIFICACION DIRECTA EN MATERIA FECAL POR LATEX
611	906329	VIRUS SICIAL RESPIRATORIO, ANTÍGENO
612	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [RO] SS-B [LA] RNP Y SM
613	906407	CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS IG A POR EIA
614	906408	CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS IG G POR EIA
615	906409	CARDIOLIPINA, ANTICUERPOS IG M POR EIA
616	906411	CÉLULAS PARIETALES, ANTICUERPOS
617	906413	CENTRÓMERO, ANTICUERPOS POR IFI
618	906414	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS, ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] POR EIA
619	906415	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS, ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] POR IFI
620	906417	DNA N, ANTICUERPOS POR EIA
621	906418	DNA N, ANTICUERPOS POR IFI
622	906419	ESPERMA O ESPERMATOZOIDES, ANTICUERPOS POR CITOMETRÍA DE FLUJO
623	906420	ESPERMA O ESPERMATOZOIDES, ANTICUERPOS POR EIA
624	906422	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS IG G POR EIA
625	906423	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS IG M POR EIA
626	906424	HISTONA, ANTICUERPOS
627	906427	ISOAGLUTININAS
628	906428	ISOLEUCOAGLUTININAS
629	906429	JO1, ANTICUERPOS POR EIA
630	906430	LA/SSB, ANTICUERPOS POR EIA
631	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO, ANTICUERPOS
632	906432	MITOCONDRIA, ANTICUERPOS [AMA] POR EIA
633	906433	MITOCONDRIA, ANTICUERPOS [AMA] POR IFI
634	906434	MITOCONDRIA, ANTICUERPOS [AMA] POR RIA
635	906436	MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR EIA
636	906437	MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR IFI
637	906438	MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR IHA
638	906439	MUSCULO LISO, ANTICUERPOS [ASMA] POR RIA
639	906440	NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR EIA
640	906441	NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR IFI
641	906442	NUCLEARES, ANTICUERPOS [ANA] POR RIA
642	906443	PLAQUETARIOS, ANTICUERPOS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
643	906444	PLAQUETARIOS, ANTICUERPOS POR CITOMETRÍA DE FLUJO
644	906445	PLAQUETAS, ANTICUERPOS CIRCULANTES IG G, IG M E IG A POR CITOMETRÍA DE FLUJO
645	906446	PLAQUETAS, ANTÍGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G, Ig M e Ig A POR CITOMETRÍA DE FLUJO +
646	906447	PM/SCL, ANTICUERPOS
647	906448	PM1, ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS
648	906449	PM2, ANTICUERPOS
649	906453	RNP, ANTICUERPOS
650	906454	RO/SSA, ANTICUERPOS POR EIA
651	906455	SCL 70, ANTI ESCLERODERMA, ANTICUERPOS POR EIA
652	906456	SM, ANTICUERPOS POR EIA
653	906457	TIROIDEOS COLOIDALES, ANTICUERPOS
654	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR EIA
655	906459	TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR IFI
656	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR IHA
657	906461	TIROIDEOS MICROSOMALES, ANTICUERPOS POR RIA
658	906462	TIROIDEOS PEROXIDASA, ANTICUERPOS POR EIA
659	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS, ANTICUERPOS POR EIA
660	906464	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS, ANTICUERPOS POR IFI
661	906465	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS, ANTICUERPOS POR IHA
662	906501	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO A, B, C [CLASE I]
663	906502	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO A, B, C, DR, DQ [CLASE I Y II]
664	906503	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO B-5, B-7, B-8, B-12, B-40, B-45, B-47, OTROS [CLASE II] CADA UNO
665	906504	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTÍGENO DR POR CITOMETRÍA DE FLUJO
666	906505	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTIGENO DR, DQ [CLASE II] POR PCR-SSP
667	906506	HISTOCOMPATIBILIDAD, ANTÍGENO DR, DQ [CLASE II] POR SEROLOGÍA
668	906507	HLA B-27, ANTÍGENO POR CITOMETRÍA DE FLUJO
669	906508	HLA B-27, ANTIGENO POR SEROLOGIA
670	906509	HLA CITOTOXICOS, ANTICUERPOS POR CITOMETRIA DE FLUJO
671	906510	HLA CITOTOXICOS, ANTICUERPOS POR SEROLOGIA
672	906601	ACIDO SIALICO
673	906602	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] SÉRICA
674	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO [ACE-CEA]
675	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3]
676	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125]
677	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9]
678	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA]
679	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, FRACCIÓN LIBRE
680	906612	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA, VELOCIDAD DE CAMBIO, 2 MUESTRAS
681	906613	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR [TPA-TPS] POR EIA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
682	906614	ANTÍGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACION CELULAR [TPA- TPS] POR RIA
683	906618	ANTÍGENO TUMORAL DE VÉJIGA
684	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA EN CUALQUIER MUESTRA
685	906621	CALCITONINA
686	906622	ENOLASA ESPECÍFICA
687	906624	GASTRINA
688	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA, SUBUNIDAD BETA CUANTITATIVA [BHCG]
689	906701	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS
690	906702	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS, GRANULOCITOS POR CITOMETRÍA DE FLUJO
691	906706	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS POR CITOMETRÍA DE FLUJO
692	906709	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUÍMICA
693	906711	LINFOCITOS B, CUANTIFICACIÓN [TOTALES CD19 Y MADUROS CD20] POR CITOMETRÍA DE FLUJO
694	906712	LINFOCITOS T CD3 POR CITOMETRÍA DE FLUJO
695	906713	LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA
696	906714	LINFOCITOS T CD4 POR CITOMETRÍA DE FLUJO
697	906715	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA
698	906717	LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFLUORESCENCIA §
699	906720	LINFOCITOS T CD8 POR CITOMETRÍA DE FLUJO
700	906721	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA
701	906722	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR CITOMETRÍA DE FLUJO
702	906724	LINFOCITOS CD11 POR CITOMETRÍA DE FLUJO
703	906725	LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUÍMICA
704	906726	LINFOCITOS CD13 POR CITOMETRÍA DE FLUJO §
705	906728	LINFOCITOS CD15 POR CITOMETRÍA DE FLUJO §
706	906730	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR CITOMETRÍA DE FLUJO +
707	906732	LINFOCITOS CD22 POR CITOMETRÍA DE FLUJO §
708	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR CITOMETRIA DE FLUJO
709	906740	LINFOCITOS CD79a POR CITOMETRÍA DE FLUJO §
710	906744	LINFOCITOS T, CUANTIFICACION CD3, CD4, CD8 POR CITOMETRIA DE FLUJO
711	906746	MONOCITOS CD45 POR CITOMETRÍA DE FLUJO §
712	906748	MONOCITOS CD64 POR CITOMETRIA DE FLUJO
713	906750	PLAQUETAS CD41 POR CITOMETRIA DE FLUJO
714	906801	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I
715	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA
716	906804	CITOMEGALOVIRUS, CARGA VIRAL
717	906807	ELECTROFORESIS DE AMINOÁCIDOS EN ORINA
718	906808	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA EN MEDIO ÁCIDO
719	906809	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA EN MEDIO ALCALINO
720	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
721	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LCR [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES]
722	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS EN CUALQUIER LIQUIDO INCLUIDO SUERO Y ORINA
723	906814	FAGOCITOSIS, ESTUDIO
724	906815	HEPATITIS B, CARGA VIRAL
725	906816	HEPATITIS B, VIRUS DNA CUANTIFICACIÓN
726	906817	HEPATITIS C, CARGA VIRAL
727	906818	HEPATITIS C, PRUEBA CONFIRMATORIA
728	906820	HERPES SIMPLEX I Y II, DNA DETECTOR
729	906821	HERPES SIMPLEX, CARGA VIRAL
730	906823	INHIBIDORES DE ESTERASAS DE C1Q
731	906824	INMUNOELECTROFORESIS DE CUALQUIER MUESTRA
732	906825	INMUNOFIJACIÓN DE PROTEÍNAS [GAMMAGLOBULINAS] EN ORINA, SUERO O LCR+
733	906826	INMUNOGLOBULINA A [IGA] CUANTITATIVA POR IDR
734	906827	INMUNOGLOBULINA A [IGA] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRÍA
735	906828	INMUNOGLOBULINA G [IGG] CUANTITATIVA POR IDR
736	906829	INMUNOGLOBULINA G [IGG] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRÍA
737	906830	INMUNOGLOBULINA G [IgG] SUBCLASES 1,2,3,4 §
738	906831	INMUNOGLOBULINA M [IGM] CUANTITATIVA POR IDR
739	906832	INMUNOGLOBULINA M [IGM] CUANTITATIVA POR NEFELOMETRÍA
740	906833	INMUNOGLOBULINA D [IG D] DOSIFICACIÓN
741	906834	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECÍFICA [DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO- RAST]
742	906835	INMUNOGLOBULINA E [IG E] TOTAL POR EIA
743	906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] TOTAL POR RIA < O:P>
744	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA, CUANTITATIVA POR NEFELOMETRÍA PARA CUALQUIER MUESTRA +
745	906840	VIH, CARGA VIRAL CUALQUIER TÉCNICA
746	906860	VIH, GENOTIPIFICACION VIRAL
747	906901	AGLUTININAS AL FRIO
748	906902	AGLUTININAS AL CALOR
749	906903	ANTICUERPOS HETERÓFILOS [ESPECÍFICOS Y TOTALES]
750	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50]
751	906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 CUANTITATIVO POR IDR
752	906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA
753	906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 CUANTITATIVO POR IDR
754	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA
755	906909	CRIOGLOBULINAS
756	906910	FACTOR REMATOIDEO [RA] CUANTITATIVO POR NEFELOMETRÍA
757	906911	FACTOR REMATOIDEO [R.A.] SEMICUANTITATIVO POR LÁTEX
758	906912	PREALBUMINA POR NEFELOMETRÍA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
759	906913	PROTEÍNA C REACTIVA, CUANTITATIVO DE ALTA PRECISIÓN
760	906914	PROTEÍNA C REACTIVA, PRUEBA SEMICUANTITATIVA
761	906915	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPONÉMICA] RPR &
762	906916	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & *
763	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES
764	907002	COPROLÓGICO
765	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN
766	907004	COPROSCÓPICO
767	907005	FROTIS RECTAL [IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS]
768	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III]
769	907007	OXIUROS, IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]
770	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]
771	907009	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA POR EIA
772	907010	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL, CUALITATIVO
773	907011	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL, CUANTITATIVO
774	907101	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA
775	907102	HEMOGLOBINURIA
776	907103	PROTEÍNA BENGE JONES POR CALOR
777	907104	RECuento DE ADDIS
778	907105	RECuento HAMBURGUER
779	907106	UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA
780	907107	UROBILINOGENO EN ORINA
781	907201	ESPERMOGRAMA BÁSICO
782	907202	MOCO CERVICAL, ANÁLISIS [SIMS HUNN ER]
783	907203	LIQUIDO PROSTÁTICO [EXAMEN MICROSCÓPICO]
784	908101	AMINOACIDOS, CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFIA EN ORINA
785	908102	AMINOACIDOS, CUALITATIVOS POR CROMATOGRAFÍA EN SANGRE
786	908103	AMINOACIDOS POR CLORURO FÉRRICO
787	908104	AMINOACIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA
788	908105	AMINOACIDOS POR NITROPRUSIATO
789	908106	AMINOACIDOS POR NITROSONAFTOL
790	908109	FENILALANINA, CUANTITATIVA EN ORINA O SANGRE
791	908110	GLISINA, DETERMINACION EN ORINA O SANGRE
792	908111	LISINA, DETERMINACION EN ORINA O SANGRE
793	908113	TIROSINA, CUANTITATIVA EN ORINA O SANGRE
794	908402	BCL-2, TRANSLOCACION DE GENES POR BIOLOGIA MOLECULAR
795	908403	BCR/ABL, TRANSLOCACION DE GENES POR BIOLOGIA MOLECULAR
796	908404	CARIOTIPO CON BANDEO G EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA
797	908405	CARIOTIPO CON BANDEO Q EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA

Continuación de la resolución "Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)"

No.	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
798	908406	CARIOTIPO CON BANDEO C EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA
799	908407	CARIOTIPO CON BANDEO RT EN CUALQUIER TIPO DE MUESTRA
800	908408	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMATIDES HERMANAS [SCE]
801	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FRAGIL X
802	908410	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA FILADELFIA
803	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS
804	908412	DIAGNOSTICO MOLECULAR DE ENFERMEDADES
805	908413	HIBRIDIZACIÓN "IN SITU" CON FLUORESCENCIA [FISH]
806	908501	ARILSULFATASA B, EN SUERO Y LEUCOCITOS
807	908503	BETA GALACTOCIDASA, EN LEUCOCITOS Y SUERO
808	908506	MUCOPOLISACARIDOS POR ELECTROFORESIS
809	908507	MUCOPOLISACARIDOS [ALBUMINA ACIDA Y CLORURO DE CETIL PIRIDIO]
810	908701	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA, CUANTITATIVO
811	908702	ARILSULFATASA A, EN LEUCOCITOS
812	908703	ARILSULFATASA A, EN SUERO
813	908704	BETA GLUCORONIDASA, EN LEUCOCITOS
814	908705	HEXOSAMINIDASA A Y B EN LEUCOCITOS
815	908706	HEXOSAMINIDASA A Y B EN SUERO
816	908707	OLIGOSACÁRIDOS POR CROMATOGRFÍA EN ORINA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 2851 DE 2012

(17 SEP 2012

Por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1º, 2º, 4º y 5º de la Resolución 3754 de 2008, y los artículos 13 y 14 de la Resolución 3099 de 2008

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial, de las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el parágrafo 4º del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 y el Decreto - Ley 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que los artículos 10 y 11 de la Resolución 3099 de 2008, modificados en lo pertinente por los artículos 1º y 2º de la Resolución 3754 de 2008, exigen como requisito para la radicación de los recobros por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por Fallos de Tutela, la presentación de la copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, con constancia de cancelación.

Que de acuerdo con la información contenida en la base de datos del Fosyga, gran parte de los valores recobrados corresponden a medicamentos No POS autorizados por el Comité Técnico-Científico u ordenados por Fallos de Tutela.

Que mediante Sentencia T-760 de 2008, la Honorable Corte Constitucional, impartió una serie de órdenes al entonces Ministerio de la Protección Social y entre otras, la relacionada con la necesidad de que adopte las medidas pertinentes para que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, funcione de manera eficiente y que el Fosyga desembolse prontamente los dineros concernientes a dichas solicitudes.

Que en cumplimiento de la mencionada orden, se hace necesario que este Ministerio en calidad de Consejo de Administración del Fosyga, adopte disposiciones frente a las solicitudes de recobros por concepto de medicamentos No POS presentadas por las entidades recobrantes ante el FOSYGA, orientadas a permitir que las facturas de los proveedores de medicamentos que cumplan las condiciones que se señalan en la modificación que se introduce con la presente resolución, se presenten sin la constancia de cancelación, con el fin de optimizar el flujo de caja, la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y la adecuada prestación de los servicios de salud.

Que los artículos 13, 14, 15 y 16 de la Resolución 3099 de 2008, establecen términos para la radicación y el estudio de la procedencia y pago de las solicitudes de recobro, así como sus causales de devolución y rechazo.

[Firma]

[Firma]

Continuación de la Resolución "Por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1º, 2º, 4º y 5º de la Resolución 3754 de 2008, así como los artículos 13 y 14 de la Resolución 3099 de 2008"

Que en consideración a las circunstancias generadas por los cambios normativos, así como lo evidenciado en el proceso de auditoría integral, es menester adoptar disposiciones tendientes a que el procedimiento de recobro sea más eficaz y expedito para las entidades recobrantes.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1º. Modifícase el literal c) del artículo 10 de la Resolución 3099 de 2008, modificado por el artículo 1º de la Resolución 3754 de 2008, el cual quedará así:

"c) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario y la constancia de cancelación.

La factura o documento equivalente, debe identificar:

- i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios);*
- ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud;*
- iii) Código, descripción, valor unitario y total;*
- iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud;*
- v) Valor unitario;*
- vi) Valor Total.*

Adicionalmente, al presentar las solicitudes de recobro de medicamentos importados por las EPS, por las cajas de compensación, las que incluyen facturas de tratamientos de más de un afiliado y de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud adquiridos al por mayor, se deben considerar los siguientes requisitos, según sea el caso:

i) Si el medicamento suministrado fue importado por la entidad recobrante, en los campos del NIT y nombre del proveedor de que trata el formato MYT 01, deberá diligenciarse el número de aceptación de la declaración de importación y la razón social del declarante autorizado que se haya registrado en la declaración de importación. Igualmente, deberá allegarse copia de la declaración de importación, de la declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la EPS utilizó para la nacionalización del producto.

ii) Para efectos del recobro de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, prestados por las Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el NIT de la respectiva Caja de Compensación.

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

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

Tratándose de medicamentos No POS que se hayan suministrado de forma ambulatoria, esto es, aquel que sea suministrado sin necesidad de internación u hospitalización del paciente, no constituirá requisito para la presentación de la cuenta, la constancia de cancelación de la factura de venta o documento equivalente de que trata el presente literal, siempre que los proveedores de dichos medicamentos hayan facturado a las entidades administradoras de planes de beneficios en conjunto, más de Dos Mil Millones de Pesos M/Cte (\$2.000.000.000).

Continuación de la Resolución "Por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1º, 2º, 4º y 5º de la Resolución 3754 de 2008, así como los artículos 13 y 14 de la Resolución 3099 de 2008"

Los proveedores serán identificados con base en el valor aprobado a las EPS por concepto de medicamentos No POS suministrados de forma ambulatoria de las solicitudes presentadas en el penúltimo periodo con resultado de auditoría integral, lo anterior será certificado por el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga.

En todo caso, las entidades administradoras de Planes de Beneficios seguirán siendo responsables del aseguramiento de sus afiliados y de la observancia de los requisitos en la presentación de los recobros, de que trata la Resolución 3099 de 2008 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, los cuales habrán de ser verificados en el proceso de auditoría integral".

Artículo 2º. Modifícase el literal c) del artículo 11 de la Resolución 3099 de 2008, modificado por el artículo 2º de la Resolución 3754 de 2008, el cual quedará así:

"c) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario y la constancia de cancelación.

La factura o documento equivalente, debe identificar:

- i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios);
- ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud;
- iii) Código, descripción, valor unitario y total;
- iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud;
- v) Valor unitario;
- vi) Valor Total.

Adicionalmente, al presentar las solicitudes de recobro de medicamentos importados por las EPS, por las cajas de compensación, las que incluyen facturas de tratamientos de más de un afiliado y de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud adquiridos al por mayor, se deben considerar los siguientes requisitos, según sea el caso:

- i) Si el medicamento suministrado fue importado por la entidad recobrante, en los campos del NIT y nombre del proveedor de que trata el formato MYT 02, deberá diligenciarse el número de aceptación de la declaración de importación y la razón social del declarante autorizado que se haya registrado en la declaración de importación. Igualmente, deberá allegarse copia de la declaración de importación, de la declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la EPS utilizó para la nacionalización del producto.
- ii) Para efectos del recobro de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, prestados por las Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el NIT de la respectiva Caja de Compensación.
- iii) Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: el medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor.
- iv) En el evento que se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al paciente a quien le fue suministrado, el representante legal de la entidad administradora de planes de beneficios, deberá certificar bajo la gravedad de juramento tal circunstancia, indicando a qué factura imputa el respectivo medicamento, servicio médico o prestación de salud.

Tratándose de medicamentos No POS que se hayan suministrado de forma ambulatoria, esto es, aquel que sea suministrado sin necesidad de internación u hospitalización del paciente, no constituirá requisito para la presentación de la cuenta, la constancia de cancelación de la factura de venta o documento equivalente de que trata el presente literal, siempre que los proveedores de dichos medicamentos hayan facturado a las entidades recobrantes en conjunto, más de Dos Mil Millones de Pesos M/Cte (\$2.000.000.000).

Continuación de la Resolución "Por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1º, 2º, 4º y 5º de la Resolución 3754 de 2008, así como los artículos 13 y 14 de la Resolución 3099 de 2008"

Los proveedores serán identificados con base en el valor aprobado a las EPS por concepto de medicamentos No POS suministrados de forma ambulatoria de las solicitudes presentadas en el penúltimo periodo con resultado de auditoría integral, lo anterior será certificado por el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga.

En todo caso, las entidades administradoras de Planes de Beneficios seguirán siendo responsables del aseguramiento de sus afiliados y de la observancia de los requisitos en la presentación de los recobros, de que trata la Resolución 3099 de 2008 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, los cuales habrán de ser verificados en el proceso de auditoría integral".

Artículo 3. Modifícase el artículo 13 de la Resolución 3099 de 2008, el cual quedará así:

"Artículo 13. Término Para Estudiar la Procedencia y el Pago de las Solicitudes de Recobro. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, deberá adelantar el estudio de la solicitud de recobro e informar a la entidad reclamante el resultado del mismo, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual, se efectuará el pago de las solicitudes de recobro presentadas oportunamente y en debida forma.

Como resultado del estudio, las solicitudes de recobro podrán ser objeto de rechazo, devolución, aprobación condicionada, inconsistencia o aprobación para pago.

Parágrafo. Tratándose de solicitudes de medicamentos No POS que se hayan suministrado de forma ambulatoria y respecto de las cuales no constituye requisito, la constancia de la cancelación de la factura, conforme a lo previsto en el literal c) de los artículos 10 y 11 de la Resolución 3099 de 2008, modificados por los artículos 1º y 2º de la Resolución 3754 de 2008 y por los Artículos 1º y 2º de la presente resolución, las entidades administradoras de planes de beneficios de manera trimestral, autorizarán al Ministerio de Salud y Protección Social – FOSYGA, en el formato que éste establezca, para que se efectúe el pago directo a los proveedores de tales medicamentos a nombre de dichas entidades".

Artículo 4º. Modifícase el artículo 14 de la Resolución 3099 de 2008, el cual quedará, así:

"Artículo 14. Término Para Radicar las Solicitudes de Recobro. Las entidades administradoras de planes de beneficios, deberán presentar las solicitudes de recobro dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. En caso de ser necesario, la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social o la dependencia que haga sus veces, podrá establecer otros periodos de radicación.

Aquellos recobros que transcurrido el término de los quince (15) días calendario de radicación ante este Ministerio o la entidad que se defina para tal efecto, se les venza el término de un (1) año de que trata el artículo 13 del Decreto – Ley 1281 de 2002, modificado por el artículo 111 del Decreto – Ley 019 de 2012, se entenderán presentados oportunamente, siempre y cuando su radicación se efectúe dentro de los primeros quince (15) días calendario del siguiente mes".

Artículo 5º. Modifícase el artículo 15 de la Resolución 3099 de 2008, modificado por el artículo 4º de la Resolución 3754 de 2008, el cual quedará así:

"Artículo 15. Causales de Rechazo de las Solicitudes de Recobro. Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela serán rechazadas en forma definitiva, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

Continuación de la Resolución "Por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1º, 2º, 4º y 5º de la Resolución 3754 de 2008, así como los artículos 13 y 14 de la Resolución 3099 de 2008"

- a) Cuando fueren presentadas en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002 y de acuerdo con las fechas establecidas en los artículos 12 y 14 de la presente resolución.(Código 1-01);
- b) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de la solicitud de recobro no corresponda a lo ordenado por el fallo de tutela o al autorizado por el Comité Técnico-Científico, según el caso (Código 1-02);
- c) Cuando los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el Fosyga (Código 1-03);
- d) Cuando no se anexe al recobro la factura del proveedor o prestador del servicio en la que conste su cancelación (Código 1-04). Esta causal no será aplicable cuando se trate de las solicitudes de medicamentos No POS que se hayan suministrado de forma ambulatoria y respecto de los cuales no constituye requisito la constancia de la cancelación de la factura conforme a lo previsto en el literal c) de los artículos 10 y 11 de la Resolución 3099 de 2008, modificados por los artículos 1º y 2º de la Resolución 3754 de 2008 y por los Artículos 1º y 2º de la presente Resolución;
- e) Cuando al recobro no se adjunta copia del fallo o fallos de tutela (Código 1-05);
- f) Cuando al recobro no se aporta el Acta del Comité Técnico-Científico (Código 1-06).
- g) Cuando el usuario reportado en el recobro pertenezca al Régimen Subsidiado o al régimen de excepción y no haya fallo de tutela que autorice el recobro ante el FOSYGA (Código 1-07);
- h) Cuando las prestaciones objeto del recobro hayan sido recobradas y pagadas con anterioridad por el FOSYGA (Código 1-08);
- i) Cuando las prestaciones objeto del recobro sean consecuencia de una enfermedad profesional o accidente de trabajo (Código 1-09).
- j) Cuando el servicio prestado corresponda a una consecuencia de accidente de tránsito y no se hayan agotado los toques SOAT (Código 1-10).

Parágrafo. Las causales previstas en los literales e) y f), no serán aplicables cuando se trate de recobros por prestaciones sucesivas y dichos documentos fueron aportados en la primera solicitud".

Artículo 6º. Adiciónense los literales g) y h) al numeral i) del artículo 16 de la Resolución 3099 de 2008, modificado por el artículo 5º de la Resolución 3754 de 2008 y adicionado por los artículos 7º de la Resolución 4377 de 2010 y 3º de la Resolución 1089 de 2011, con el siguiente contenido:

"g) Cuando el usuario reportado en el recobro se registre como fallecido en la BDUA, RNEC, RUAF o en aquellas bases de datos que se utilicen para tal efecto, para la fecha de prestación del servicio (Código 2-25);

h) Cuando el recobro sea objeto de investigaciones por parte de las autoridades judiciales o administrativas competentes (Código 2-26)".

Artículo 7º. Modifíquense los campos 27, 28, 31, 54 y 55 del Formato de solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios o prestaciones de salud No POS-CTC (MYT-01) y los campos 32, 33, 36, 59 y 60 del Formato de solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02), los cuales quedaran tal como se señalan en el Anexo Técnico, que hace parte integral de la presente Resolución.

Artículo 8º. Transitorio. Las solicitudes de medicamentos No POS que se hayan suministrado de forma ambulatoria y respecto de las cuales no constituye

Continuación de la Resolución "Por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1º, 2º, 4º y 5º de la Resolución 3754 de 2008, así como los artículos 13 y 14 de la Resolución 3099 de 2008"

requisito, la constancia de la cancelación de la factura, conforme a lo previsto en el literal c) de los artículos 10 y 11 de la Resolución 3099 de 2008, modificados por los artículos 1º y 2º de la Resolución 3754 de 2008 y por los Artículos 1º y 2º de la presente resolución y que a la fecha de entrada en vigencia del presente Acto Administrativo no se hayan radicado ante el FOSYGA, podrán ser presentadas siempre que no haya transcurrido el término de un (1) año de que trata el artículo 13 del Decreto – Ley 1281 de 2002, modificado por el artículo 111 del Decreto – Ley 019 de 2012.

Artículo 9º. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y será aplicable a los recobros que se encuentren en proceso de auditoría integral.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los **17 SEP 2012**


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la Resolución "Por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1º, 2º, 4º y 5º de la Resolución 3754 de 2008, así como los artículos 13 y 14 de la Resolución 3099 de 2008"

Anexo Técnico

a. Los campos 27, 28, 31, 54 y 55 del formato MYT-01, se diligenciarán de la siguiente manera:

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño	Obligatoriedad
27	NitProveedor	NIT del prestador del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Número de identificación tributaria del prestador del servicio incluido el dígito de verificación y con guión o número de aceptación de la declaración de importación del formato de la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales, DIAN, cuando sea la EPS la que importe directamente los medicamentos.	Texto	20	Si
28	NombreProveedor	Nombre del prestador del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Nombre o razón social del prestador del servicio, o razón social del declarante autorizado que se registró en la declaración de importación del formato de la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales, DIAN, cuando sea la EPS la que importe directamente los medicamentos.	Texto	200	Si
31	TipItem	Sigla del tipo de servicio de salud prestado	Medicamentos=MD. Medicamentos suministrados por proveedores de forma ambulatoria = MDA. Actividad=AC. Procedimiento=PD. Intervención=INT. Insumos=IN. Dispositivo y equipo Biomédicos=OBIO. Producto Biológico=PBIO.	Texto	4	Si
54	FacturaProveedor(No. Doc)	Cantidad de facturas	Corresponde a la cantidad de facturas que se adjuntan al recibo	Numérico	3	Si
55	FacturaProveedor(No. Folios)	Cantidad de folios correspondientes a las facturas	Corresponde a la cantidad de folios de las facturas que se adjuntan al recibo	Numérico	3	Si

b. Los campos 32, 33, 36, 59 y 60 del formato MYT-02, se diligenciará de la siguiente manera:

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño	Obligatoriedad
32	NITProveedor	NIT del prestador del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Número de identificación tributaria del prestador del servicio incluido el dígito de verificación y con guión o número de aceptación de la declaración de importación del formato de la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales, DIAN, cuando sea la EPS la que importe directamente los medicamentos.	Texto	20	Si
33	NombreProveedor	Nombre del prestador del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Nombre o razón social del prestador del servicio, o razón social del declarante autorizado que se registró en la declaración de importación del formato de la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales, DIAN, cuando sea la EPS la que importe directamente los medicamentos.	Texto	200	Si
36	TipItem	Sigla del tipo de servicio de salud prestado	Medicamentos=MD. Medicamentos suministrados por proveedores de forma ambulatoria = MDA. Actividad=AC. Procedimiento=PD. Intervención=INT. Insumos=IN. Dispositivo y equipo Biomédicos=OBIO. Producto Biológico=PBIO.	Texto	4	Si
59	Factura proveedor (No. Doc)	Cantidad de facturas	Corresponde a la cantidad de facturas que se adjuntan al recibo	Numérico	3	Si

77 2012

17 SEP 2012

RESOLUCIÓN NÚMERO

0002851

DE 2012

HOJA N° 8

Continuación de la Resolución "Por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1º, 2º, 4º y 5º de la Resolución 3754 de 2008, así como los artículos 13 y 14 de la Resolución 3099 de 2008"

60	Factura proveedor (No. Folios)	Cantidad de folios correspondientes a las facturas	Corresponde a la cantidad de folios de las facturas que se adjuntan al recobro	Número	3	SI

77 257



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0000458 DE 2013

(22 FEB. 2013)

Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el numeral 30 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011,
y

CONSIDERANDO:

Que la Honorable Corte Constitucional a través de la Sentencia T-760 de 2008, impartió una serie de órdenes, entre otras, la adopción de las medidas necesarias para la aprobación de los servicios de salud no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud -POS, distintos a medicamentos y las relacionadas con el derecho a su recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA.

Que la Sala Especial conformada en dicha Corporación para llevar a cabo el seguimiento al cumplimiento de la referida sentencia, verificó las órdenes vigésima cuarta y vigésima séptima, relacionadas con la necesidad de que se adopten las medidas pertinentes que garanticen que el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos para financiar los servicios de salud. Igualmente, que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcione de manera eficiente y que el FOSYGA desembolse prontamente los dineros concernientes a las solicitudes de recobro, lo que consecuentemente, llevó a que se proferiera el Auto 263 de 2012.

Que allí se ordenó el rediseño del sistema actual de verificación, control y pago de los servicios y prestaciones de salud no contenidas en el Plan Obligatorio de Salud - POS, mediante la unificación de la normativa vigente.

Que por lo anterior, se hace necesario definir los elementos esenciales que originan la solicitud del recobro, así como establecer un procedimiento claro, preciso, transparente, seguro, ágil, eficaz y con suficiencia, que permita unificar términos y fechas de pago, eliminar requisitos inocuos y suprimir glosas infundadas para garantizar el adecuado, efectivo y oportuno flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, unificando y ajustando la normativa vigente.

Que en mérito de lo expuesto,

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

RESUELVE:

CAPÍTULO I

REQUISITOS PARA LA VERIFICACIÓN Y CONTROL DEL PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO

Artículo 1. Recobro. Se entiende por recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, el procedimiento que se adelanta para presentar cuentas por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud -POS, suministradas a un usuario y autorizadas por el Comité Técnico Científico -CTC u ordenadas por fallos de tutela.

Parágrafo 1. Para efectos del recobro, el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA - Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, debe considerar que el Plan Obligatorio de Salud -POS, de conformidad con la normativa vigente, incluye los medicamentos, independientemente de la forma de comercialización que se utilice, vale decir, genérico o de marca.

Parágrafo 2. Las Entidades Promotoras de Salud - EPS y las Entidades Obligadas a Compensar - EOC, tramitarán por el procedimiento de recobro los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que no estén cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud - POS del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni por regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud, con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT, en los términos del parágrafo del artículo 54 de la Ley 1448 de 2011 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Artículo 2. Requisitos para las entidades recobrantes. Para efectos de presentar las solicitudes de recobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para tal efecto, 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. Para el evento en que se modifique la representación legal o domicilio, deberá allegarse nuevamente el certificado.
2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. Deberá presentar nuevo poder en caso de revocatoria, renuncia o sustitución.
3. El plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, el cual deberá actualizarse dentro de los quince (15) días siguientes a su fijación o modificación anual y el valor que deberá cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.
4. La certificación de cumplimiento del reporte trimestral al Sistema de Información de Precios de Medicamentos - SISMED, el cual deberá remitirse el último día

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

hábil de los meses de enero, abril, julio y octubre de cada año, respecto de los precios de compra de medicamentos, en la que se indique que el archivo fue procesado exitosamente.

Artículo 3. Requisitos generales para el proceso de verificación de los recobros. Las entidades recobrantes deberán anexar a las solicitudes de recobro los siguientes documentos:

1. Formato de solicitud de recobro que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.
2. Copia del Acta de Comité Técnico Científico - CTC o del fallo de tutela. En caso de prestaciones periódicas, se radicará por una única vez y en las posteriores solicitudes de recobro se informará el número único de radicación del recobro donde fue aportada la copia.
3. Copia de la factura de venta o documento equivalente.

Artículo 4. Requisitos específicos para los recobros originados en acta de Comité Técnico Científico - CTC. Los requisitos específicos para los recobros originados en actas de Comité Técnico Científico - CTC, donde se determine y concluya la autorización respectiva de las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud - POS, son:

1. Copia del acta del Comité Técnico Científico -CTC, en el formato que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.
 - 1.1 Fecha de elaboración y número de acta.
 - 1.2 Datos de identificación del usuario.
 - 1.3 Diagnóstico y descripción en la codificación internacional de enfermedades - CIE 10 y análisis del caso objeto de estudio.
 - 1.4 Resumen de las prescripciones u órdenes médicas, cantidad autorizada y justificación o justificaciones efectuadas por el médico tratante, identificando el nombre del médico.
 - 1.5 De las tecnologías en salud No POS:
 - 1.5.1 Del o los medicamentos: el nombre del medicamento en su denominación común internacional, identificar su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada.
 - 1.5.2 Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos: identificar el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación).

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

- 1.5.3 Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos, pero que deben ser repetidos: el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), motivo (por qué se requiere nueva evaluación, por complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).
- 1.5.4 Del o los servicios médicos y prestaciones de salud sucesivos, objetivo, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.
- 1.5.5 De las actividades, procedimientos e intervenciones deberá indicarse el código CUPS. Si estos no están incluidos deberá indicarse el código interno del proveedor.
- 1.5.6 De los insumos, dispositivos biomédicos y productos biológicos deberá indicarse el código interno del proveedor.
- 1.6 La identificación del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud – POS del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, con la descripción de su principio(s) activo(s), concentración y forma farmacéutica y el número de días/tratamiento y dosis/día equivalentes al medicamento autorizado o negado.
- 1.7 La identificación del o los servicios médicos y prestaciones de salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud - POS, objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total, que se reemplazan o sustituyen en dicho plan, equivalentes al servicio (s) médicos y prestaciones de salud autorizados o negados.
- 1.8 En el caso de que no existan en el Plan Obligatorio de Salud – POS los servicios médicos o prestaciones de salud que se puedan considerar reemplazados o sustituidos por el servicio médico o prestación de salud No POS, autorizados por el Comité Técnico Científico - CTC, debe quedar manifiesta esta situación en el acta, soportada en la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.
- 1.9 La verificación del cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización contenidos en la presente resolución, certificando que éstos han sido constatados en resumen de atención o epicrisis, historia clínica del afiliado o paciente.
- 1.10 La decisión adoptada frente al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cual, en caso de definir su no autorización, deberá indicar la justificación técnica y normativa que la soporta.
- 1.11 Nombre y firma de los integrantes del Comité Técnico Científico - CTC. Para los médicos integrantes se requiere el número del registro médico.
2. Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con firma y registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo estipulado en los

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

3. Documento que evidencie la entrega de la tecnología No POS:

3.1 De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, la certificación del prestador o el formato diseñado para tal efecto por las entidades administradoras de planes de beneficios que deberá ser firmado por el paciente, su representante, responsable, acudiente o quien recibe, con número de identificación como constancia de recibido;

3.2 En atención inicial de urgencias: copia del informe de atención inicial de urgencias;

3.3 En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): resumen de atención o epicrisis.

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

Artículo 5. Requisitos específicos para los recobros originados en fallos de tutela. A los recobros originados en fallos de tutela, además de los requisitos generales, se deberán anexar para el proceso de verificación, los siguientes documentos:

1. Fallo de tutela, el cual deberá presentarse en copia íntegra, legible, con el número del proceso, el nombre de la autoridad judicial, conforme a la base de datos del Consejo Superior de la Judicatura, nombre, tipo y número de identificación del usuario.

2. Para solicitudes de recobro consecutivas originadas en el mismo fallo, se relacionará el número único de radicación del recobro en el cual se anexó la copia del fallo.

3. Documento que evidencie la entrega de la tecnología No POS:

3.1 De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, la certificación del prestador o el formato diseñado para tal efecto por las entidades administradoras de planes de beneficios, que deberá ser firmado por el paciente, su representante, responsable, acudiente o quien recibe, con número de identificación como constancia de recibido.

3.2 En atención inicial de urgencias: copia del informe de atención inicial de urgencias.

3.3 En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria), resumen de atención o epicrisis.

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

4. Copia de la orden y/o fórmula médica vigente, de conformidad con el servicio efectivamente prestado:
 - 4.1 Para el caso de medicamentos se deberá adjuntar la fórmula médica cuya prescripción debe presentarse de conformidad con los requisitos establecidos en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
 - 4.2 Para el caso de procedimientos se deberá adjuntar la orden médica la cual debe contener, nombre, tipo e identificación del usuario, frecuencia y cantidad.
 - 4.3 Para el caso de insumos se deberá adjuntar la orden médica donde se especifique a qué procedimiento corresponde el insumo a solicitar, descripción detallada del mismo y cantidad requerida.
5. Justificación de la necesidad médica de la tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud – POS, que corresponderá siempre y en cualquier caso a la condición clínico patológica del paciente, junto con el tipo de objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), debidamente firmada por un médico de la entidad recobrante, con su respectivo registro, en el formato que para tal fin se establezca.

Artículo 6. Requisitos específicos para la factura de venta o documento equivalente. La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor cumplirá los requisitos del Estatuto Tributario y deberá especificar:

1. Nombre, tipo e identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud.
2. Código, descripción, valor unitario, valor total y cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud – POS.
3. Documento del proveedor con detalle de cargos, cuando en la factura no esté pormenorizada la atención.
4. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente, certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud de cada usuario, no incluida en el Plan Obligatorio de Salud – POS.
5. Certificación bajo la gravedad de juramento del representante legal de la entidad recobrante, en la que indique a qué factura imputa la tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud – POS y el paciente a quien le fue suministrada, cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que la recibió.

Para el caso de recobros por medicamentos importados por la entidad recobrante, en los campos de nombre o razón social y tipo e identificación del proveedor, deberá diligenciarse el número de aceptación de la declaración de importación y la razón

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

social del declarante autorizado que se haya registrado en la declaración de importación. Igualmente, deberá allegarse copia de la declaración de importación, de la declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad recobrante utilizó para la nacionalización del producto.

Cuando se evidencien disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante, éstos podrán ser suministrados a otros usuarios, previa verificación de la prescripción médica y de las causas que originaron tales disponibilidades.

Para efectos del recobro por tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud – POS, suministradas por las Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el nombre o razón social y tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación.

CAPÍTULO II

PROCESO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL PARA PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO

Artículo 7. Etapas que se surtirán en el proceso de verificación y control para pago de los recobros. Las etapas que se surtirán en el proceso de verificación y control para pago de los recobros, serán la de pre-radicación, radicación, pre-auditoría y auditoría integral.

Artículo 8. Etapa de pre-radicación de los recobros. Esta etapa se efectuará por las entidades recobrantes vía web en el sistema que para el efecto implemente el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para tal fin, donde se registrará la información correspondiente a cada solicitud de recobro, según el anexo técnico que se adopte.

Registrada la información a que refiere el inciso anterior, se efectuarán validaciones mediante cruces de información para establecer la existencia del usuario, de los reportes requeridos, de los códigos de medicamentos y de investigaciones administrativas o judiciales. Dichas validaciones se efectuarán contra bases de datos tales como:

1. Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.
2. Registraduría Nacional del Estado Civil – RNEC.
3. Sistema de Información de Precios de Medicamentos – SISMED.
4. Código Único de Medicamentos – CUM.

Cuando se valide la información registrada, el sistema generará automáticamente el número de identificación y el formato de solicitud de recobro que individualiza cada una de éstas, el cual contendrá datos básicos tanto de la entidad recobrante, como del usuario, así como la relación de documentos que lo soportan.

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

Surtida la actuación a que se refiere el inciso anterior, la entidad recobrante podrá finalizar el registro de la información de los recobros a radicar, generará automáticamente el formato resumen con número de radicado, que deberá ser impreso y suscrito por su representante legal y contador público, debidamente identificado con el número de la matrícula profesional y el sistema le asignará fecha para su radicación dentro del plazo señalado en la presente resolución.

Parágrafo 1. La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social establecerá los formatos y señalará la dirección electrónica para el efecto.

Parágrafo 2. El administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA o la entidad que se defina para el efecto, dispondrá para consulta las bases de datos que servirán de fuente para las validaciones previas a la generación de los formatos.

Artículo 9. Etapa de radicación de los recobros. Las entidades recobrantes deberán presentar los formatos de solicitud de recobro y de resumen, junto con los soportes documentales que correspondan, a través de la dependencia de radicación del Ministerio de Salud y Protección Social o quien se defina para el efecto, de lo cual habrá de entregarse la respectiva constancia de radicación.

En caso de que la entidad recobrante no aporte el formato resumen, o cuando éste no contenga la firma del representante legal y del contador público debidamente identificado con el número de su matrícula profesional, o se presente fuera del plazo establecido en la presente resolución, se anularán los números de identificación de la solicitud de recobro y el de radicación y se entenderá por no presentada la respectiva solicitud.

Parágrafo 1. Los formatos de solicitud de recobro y el de resumen se presentarán conforme las especificaciones técnicas e instructivos que se señalen.

Parágrafo 2. Los soportes documentales de las solicitudes de recobro podrán presentarse en medio impreso o magnético, conforme a las especificaciones técnicas que se definan para el efecto. En caso de presentación 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 radicadas.

Parágrafo 3. Las entidades recobrantes deberán garantizar el envío, adecuado embalaje, foliado, calidad y nitidez de los documentos soportes de los recobros impresos.

Artículo 10. Etapa de pre-auditoría de los recobros. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, cotejará dentro de los doce (12) días calendario siguientes a la radicación de los recobros, el soporte documental y la información suministrada por la entidad recobrante respecto de los recobros efectivamente presentados.

Parágrafo 1. En la etapa de pre-auditoría se verificará el soporte documental y la información de cada recobro suministrada por la entidad recobrante, en relación con:

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

1. Existencia de sobrantes y/o faltantes de solicitudes de recobro, respecto a lo registrado en el formato resumen.
2. Inconsistencia del tipo y número de identificación del usuario en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del recobro.
3. Ausencia de la copia del acta del Comité Técnico Científico - CTC o del fallo de tutela, según sea el caso.
4. Ausencia de la copia de la factura de venta o documento equivalente.
5. Ilegibilidad de los soportes del recobro.
6. Incumplimiento de requisitos generales de la entidad recobrante.

Parágrafo 2. Si el resultado de la verificación arroja la ocurrencia de una o varias de las situaciones enumeradas anteriormente, se anulará el número de radicación del recobro y el de resumen, este último si es del caso, se tendrá por no presentadas las respectivas solicitudes de recobro, se informará a la entidad recobrante al día hábil siguiente a la finalización de la etapa de pre-auditoría y se citará a las entidades recobrantes para la entrega de la documentación cuando haya lugar a ello.

Parágrafo 3. Si se cumple el año de que trata el artículo 13 del Decreto - Ley 1281 de 2002, modificado por el artículo 111 del Decreto - Ley 19 de 2012 para presentar ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA una solicitud de recobro, radicada oportunamente y es objeto de anulación en la etapa de pre-auditoría, la entidad recobrante podrá presentarla por una única vez, en el período de radicación inmediatamente siguiente al oficio que informe sobre entrega de la documentación, evento en el cual, se entenderá radicada en tiempo. En todo caso, la entidad recobrante deberá informar el número de radicación anteriormente generado para ese recobro.

Artículo 11. Etapa de auditoría integral de los recobros. Las solicitudes de recobro que ingresen al proceso de auditoría integral serán verificadas conforme a los lineamientos técnicos contenidos en el manual de auditoría que defina el comité que se conforme para el efecto.

El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de recobro será de aprobación, o aprobación con reliquidación o no aprobación.

Artículo 12. Comunicación a las entidades recobrantes. El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de recobro deberá comunicarse por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para tal fin, al representante legal de la entidad recobrante, en la dirección electrónica registrada y por escrito al domicilio informado, dentro de los tres (3) días calendario siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación. De lo anterior se conservará copia de la constancia de envío.

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

A la comunicación impresa se anexará medio magnético bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme al manual de auditoría de que trata el artículo anterior. Dicha comunicación contendrá la siguiente información:

1. Fecha de expedición de la comunicación.
2. Número de radicación del recobro.
3. Resultado de la auditoría integral por recobro: aprobado, o aprobado con reliquidación, o no aprobado.
4. Código y causales de aprobación con reliquidación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro presentado, conforme al manual de auditoría.
5. Código y causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro presentado, conforme al manual de auditoría.

Parágrafo 1. El cierre efectivo del proceso de verificación de las solicitudes de recobro comprenderá las etapas de que trata la presente resolución, la auditoría externa del FOSYGA y la ordenación del gasto.

Parágrafo 2. Las solicitudes de recobro que resulten no aprobadas se entregarán a la entidad recobrante dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la comunicación del resultado de auditoría integral y se citará a las entidades recobrantes para la entrega de la documentación cuando fuere el caso.

Artículo 13. Objeción de la entidad recobrante. Una vez recibida la comunicación por la entidad recobrante, del resultado del proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro aprobadas con reliquidación, podrá ser objetado, acogiéndose a los términos y formalidades que establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, precisando los argumentos que le permitan al auditor evidenciar las razones de la objeción por cada uno de los recobros.

La objeción de la entidad recobrante no puede versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada.

En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro, respecto de las cuales pretenda modificar el resultado de la auditoría integral, se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones. Las glosas no objetadas se entenderán aceptadas.

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

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

Parágrafo 1. Cuando la entidad recobrante pretenda objetar el resultado de un recobro no aprobado, deberá surtir nuevamente las etapas del proceso de verificación y control para pago de los recobros.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad definida para el efecto, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud de aquellas entidades que incumplan lo previsto en este artículo, para las investigaciones a que hubiere lugar.

Artículo 14. Oportunidad para presentar y sustentar la objeción. La entidad recobrante tendrá un término de dos (2) meses contados a partir de la comunicación del resultado del proceso de verificación y control para pago, para presentar y sustentar el objeción.

Las objeciones deberán presentarse y sustentarse dentro del período comprendido entre los días 16 al 20 del mes inmediatamente siguiente al vencimiento de los dos (2) meses a que refiere el inciso anterior.

Las objeciones deben incluir el número de identificación de la solicitud de recobro asignado inicialmente.

Artículo 15. Respuesta a la objeción presentada por la entidad recobrante. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se autorice para tal efecto, contará con un (1) mes para informarle a la entidad recobrante la respuesta a la objeción presentada. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo.

CAPÍTULO III

DE LOS TÉRMINOS, PLAZOS Y DEL PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO

Artículo 16. Término para presentar las solicitudes de recobro. Las entidades recobrantes deberán tramitar y presentar en debida forma las solicitudes de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, dentro del año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda.

Artículo 17. Plazo para radicar las solicitudes de recobro. Las entidades recobrantes deberán presentar las solicitudes de recobro dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes, en los días que se asignen por el sistema.

Parágrafo 1. Aquellos recobros cuyo año de vencimiento para ser presentados ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, suceda en día posterior al día de radicación, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación inmediatamente siguiente.

Parágrafo 2. La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o la dependencia que haga sus veces, podrá establecer otros periodos de radicación en caso de ser necesario.

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

Artículo 18. Plazo para adelantar las etapas del proceso de verificación de las solicitudes de recobro y efectuar el pago en caso de aprobación o aprobación con reliquidación. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, deberá llevar a cabo las etapas del proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro e informar de su resultado a la entidad recobrante, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes, contados a partir del vencimiento del período de radicación mensual.

Dentro del mismo término, efectuará el pago a las entidades recobrantes o a los proveedores autorizados por éstas, en caso de que la auditoría integral arroje como resultado aprobación o aprobación con reliquidación, mediante giro o transferencia electrónica a la cuenta bancaria registrada ante el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA o quien haga sus veces.

Artículo 19. Pago previo al proceso de auditoría integral de los recobros. El administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA o quien haga sus veces, efectuará a más tardar el octavo día hábil siguiente al vencimiento del período de radicación mensual, pagos previos a la auditoría integral, equivalentes al porcentaje variable que se calculará de acuerdo con el valor total de los recobros radicados en el correspondiente mes, menos el valor resultante de la glosa promedio de los últimos doce períodos, excluyendo la de extemporaneidad y una desviación estándar. Los cálculos de este valor se realizarán teniendo en cuenta la información correspondiente a cada entidad recobrante y conforme con la metodología que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o quien haga sus veces.

Parágrafo 1. La procedencia del pago que se autoriza previo al proceso de auditoría integral de los recobros, estará supeditado al cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Autorización del representante legal de la entidad recobrante para deducir de los pagos que deba efectuar el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, por concepto de compensación, recobros referentes a otros períodos o pagos de cualquier otra índole, los montos insolutos cuando el valor aprobado de los recobros resulte inferior al pago previo al proceso de auditoría integral, que se realice conforme a las reglas establecidas.

El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, acudirá al mecanismo que sea necesario para obtener el reintegro de los valores, cuando a ello hubiere lugar.

2. Autorización del representante legal de la entidad recobrante, para el giro directo mínimo del 50% del monto resultante de la liquidación del pago previo, a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas, mediante giro o transferencia electrónica a la cuenta bancaria registrada por el proveedor del servicio ante el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA o quien haga sus veces.

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

3. Renuncia expresa de la entidad recobrante que se acoja a la medida establecida en el presente artículo, al cobro de cualquier tipo de interés y otros gastos, independientemente de su denominación, respecto de los recobros cuyo pago se efectúe.
4. Certificación sobre el valor a pagar, expedida por el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA o quien haga sus veces, que deberá contener el concepto de procedibilidad del pago emitido por el supervisor y/o interventor del contrato de encargo fiduciario, a efecto de que se proceda por el Ministerio de Salud y Protección Social a la ordenación del gasto.

Parágrafo 2. Las entidades recobrantes para acceder a este pago, deberán remitir las autorizaciones y la renuncia de que tratan los numerales 2 y 3 del parágrafo 1 del presente artículo, en los formatos que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o quien haga sus veces.

Artículo 20. Monto a reconocer y pagar por el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, por suministro de tecnologías en salud No POS. Las solicitudes de recobro por concepto de fallos de tutela o autorizadas por el Comité Técnico Científico - CTC, presentadas por las entidades recobrantes ante este Ministerio o la entidad que se defina para tal efecto, que cumplan los requisitos, condiciones y trámites previstos en la presente resolución, una vez se encuentren aprobadas y certificadas para pago, darán lugar al traslado a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o quien haga sus veces, para los trámites correspondientes a la ordenación del gasto.

El monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS, se determinará sobre el precio de compra al proveedor, soportado en la factura de venta o documento equivalente, de la siguiente forma:

1. **Medicamentos No POS autorizados por Comité Técnico Científico - CTC u ordenados por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, autorizados por el Comité Técnico Científico - CTC u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en dicho Plan del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

Al valor resultante se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios 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.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

2. **Servicios médicos y prestaciones de salud NO POS, autorizados por Comité Técnico Científico – CTC u ordenados por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud – POS, autorizados por Comité Técnico Científico – CTC u ordenados por fallos de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, de acuerdo con el reglamento que expida este Ministerio.

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

3. **Servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico Científico – CTC o por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, pero realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por el Comité Técnico Científico – CTC u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del servicio médico y prestación de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del servicio médico y prestación de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS.

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. Hasta tanto se expida dicho manual, aplicarán las tarifas que reconoce la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.

Al valor resultante, se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios 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.

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 se determinen precios máximos de tecnologías en salud No POS, el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, reconocerá y pagará dicho valor, previas las deducciones correspondientes al valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

Parágrafo 2. Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo, se reconocerá el valor solicitado, previas las deducciones correspondientes al valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, de acuerdo con el reglamento que expida este Ministerio.

Artículo 21. Pago de solicitudes de recobro aprobadas con reliquidación. El Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, reliquidará y pagará un valor diferente al solicitado en el recobro, por las causales que se señalan a continuación:

1. Cuando exista error en los cálculos del recobro.
2. Cuando como consecuencia del acta del Comité Técnico Científico – CTC o por fallos de tutela, se incluyan prestaciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud - POS.
3. Cuando el valor recobrado de las tecnologías No POS sea superior al valor máximo que se determine.
4. 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.
5. Cuando uno o varios ítems incluidos en el recobro presente alguna causal de no aprobación, conforme con el manual de auditoría.

Artículo 22. Pago a proveedores por medicamentos suministrados en forma ambulatoria. Las entidades recobrantes podrán autorizar que se efectúe el pago directo a los proveedores de medicamentos No POS que fueren suministrados de forma ambulatoria, esto es, sin necesidad de internación u hospitalización del paciente, cuando no se haya efectuado el pago de la factura o documento equivalente.

Parágrafo 1. La procedencia del pago que se autoriza, posterior al proceso de verificación y auditoría integral de los recobros, estará supeditada al cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Autorización semestral del representante legal de la entidad recobrante, para que el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA pague al proveedor a nombre de la misma, mediante giro o transferencia electrónica a la cuenta bancaria registrada por el proveedor de los medicamentos suministrados en forma ambulatoria ante el administrador fiduciario de los recursos de dicho Fondo o quien haga sus veces.

Los proveedores de medicamentos No POS suministrados de forma ambulatoria, deben haber facturado en el promedio semestral a las entidades administradoras de planes de beneficios en conjunto, más de tres mil cuatrocientos salarios mínimos legales mensuales vigentes (3.400 SMLMV), monto que podrá ser recalculado por el Comité de que trata el artículo 11 de la presente resolución.

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

2. La relación de los proveedores destinatarios del pago se definirá para el primer semestre del año con base en el valor aprobado a las entidades recobrantes por concepto de medicamentos No POS, suministrados de forma ambulatoria entre los meses de mayo a octubre del año inmediatamente anterior; y para el segundo semestre del año, con base en el valor aprobado a las entidades recobrantes por concepto de medicamentos No POS, suministrados de forma ambulatoria entre los meses de noviembre del año inmediatamente anterior a abril del año que esté en curso.
3. Certificación expedida por el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA o quien haga sus veces, de los proveedores que pueden ser objeto del pago.
4. Las entidades administradoras de planes de beneficios seguirán siendo responsables del aseguramiento de sus afiliados y de la observancia de los requisitos en la presentación de los recobros, los cuales serán verificados en el proceso de auditoría integral.

Parágrafo 2. Las entidades recobrantes deberán remitir la autorización en el formato que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o quien haga sus veces.

Artículo 23. Términos y formatos para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro. La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o quien haga sus veces, 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.

Parágrafo. El formato que se defina para el acta del Comité Técnico Científico – CTC, será exigible para los recobros cuya prestación del servicio se efectúe con posterioridad a la adopción que de dichos formatos realice la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o la dependencia que haga sus veces.

Artículo 24. Control y seguimiento. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, 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 superen el promedio mensual histórico de recobros de la entidad, cuando se presenten recobros por prestaciones que correspondan al Plan Obligatorio de Salud – POS sin que medie causa justificada para el recobro, o cuando el veinte por ciento (20%) del acumulado anual de las solicitudes sean objeto de no aprobación.

Este Ministerio en la realización de los estudios del Plan Obligatorio de Salud - POS y de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, considerará los medicamentos o procedimientos recobrados y trasladará a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos el listado de precios de los medicamentos recobrados para la adopción de las medidas propias de su competencia.

Continuación de la resolución "Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

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

Parágrafo. Las entidades que intervienen en el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro previstas en la presente resolución, deberán garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del afiliado.

Artículo 25. Vigencia. La presente resolución rige a partir del 1° de octubre de 2013, deroga a partir de la misma fecha la Resolución 3099 de 2008, salvo lo dispuesto en sus artículos 1° al 8°. Igualmente deroga las Resoluciones 3754 y 5033 de 2008; 1099 y 3876 de 2009; 4377 de 2010; 20, 65, 456, 1089, 1383, 2064, 2256, 3385, 4427, 4475 (artículos 5 y 6), 4752 y 5161 de 2011; 28, 782, 1153, 1405, 1701, 2492, 2851 y 3086 de 2012 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

Artículo 26. Transitorio. Hasta tanto entre en vigencia la presente resolución, autorizase a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social para que conforme con los estudios y diagnósticos adelantados y previa recomendación del Comité de Divergencias Recurrentes de que trata la Resolución 3408 de 2012, fije criterios de auditoría y consecuente con ello, actualice los instructivos de auditoría, contenidos en el Manual de Operaciones del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA. Los anteriores criterios serán aplicables para los recobros que se radiquen a partir de marzo de 2013.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C, a los 22 FEB. 2013


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

1251



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 005395 DE 2013

24 DIC. 2013

Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por el 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

CONSIDERANDO:

Que la Honorable Corte Constitucional a través de la Sentencia T–760 de 2008 impartió una serie de órdenes, entre otras, la adopción de las medidas necesarias para la aprobación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud –POS, y las relacionadas con el derecho a su recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA.

Que la Sala Especial conformada en dicha Corporación para llevar a cabo el seguimiento al cumplimiento de la referida sentencia, verificó las órdenes vigésima cuarta y vigésima séptima, relacionadas con la necesidad de que se adopten las medidas pertinentes que garanticen que el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos para financiar los servicios de salud. Igualmente, que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcione de manera eficiente y que el FOSYGA desembolse oportunamente los dineros concernientes a las solicitudes de recobro, lo que consecuentemente, llevó a que se proferiera el Auto 263 de 2012.

Que allí se ordenó el rediseño del sistema actual de verificación, control y pago de los servicios y prestaciones de salud no contenidas en el Plan Obligatorio de Salud –POS, mediante la unificación de la normativa vigente.

Que con el fin de dar cumplimiento a las anteriores órdenes, éste Ministerio expidió la Resolución 458 de 2013, a través de la cual se unificó el procedimiento de recobro ante el FOSYGA.

Que conforme a lo anteriormente señalado y dado que con posterioridad a la expedición de la Resolución 458 de 2013 se han generado trámites complementarios a la solicitud y pago de recobros, se hace necesario expedir un acto administrativo unificado, relacionado con tal procedimiento.

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 FOSYGA, por cualquier causal, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos o

[Firma manuscrita]

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

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 Decreto 1865 de 2012, mediante el cual se reglamentó el mecanismo de saneamiento de cuentas por recobro cuando se presente divergencias recurrentes, 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 con el fin de cumplir en debida forma las funciones de este Ministerio en cuanto a la adopción de criterios y lineamientos para el reconocimiento o no de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, se hace necesario crear un comité interdisciplinario que tenga a su cargo asesorar a esta Cartera Ministerial en tales definiciones.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

TÍTULO I ASPECTOS GENERALES

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto unificar 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 el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA, 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.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. El presente acto administrativo aplica a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio y demás entidades Obligadas a Compensar -EOC, que garanticen a sus afiliados la prestación de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y recobren los mismos al FOSYGA y aquellas entidades diferentes a las mencionadas que amparadas en un fallo judicial deban recobrar al FOSYGA tales servicios.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos de la presente resolución, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Recobro. Solicitud presentada por una entidad recobrante ante el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para tal efecto, a fin de obtener el pago de cuentas por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud - POS, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y autorizado por el Comité Técnico Científico -CTC u ordenadas por fallos de tutela.

Entidad recobrante. Entidad que garantiza el suministro de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a uno de sus afiliados en virtud de una autorización de Comité Técnico Científico -CTC o de un fallo de tutela y solicita ante el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para el efecto, el pago de dichas tecnologías en salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

Tecnología en salud. De conformidad con lo establecido en el Acuerdo 029 de 2011 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, se entiende por tecnologías en salud todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

Comparador administrativo. Tecnología en salud incluida en el Plan Obligatorio de Salud - POS, que las entidades recobrantes utilizarán para definir el monto a recobrar por aquella tecnología en salud que es objeto de recobro.

Cierre efectivo del proceso de verificación. Término que corresponde a la finalización de las etapas de pre-radicación, radicación, pre-auditoría y auditoría integral del proceso de recobros adelantado por el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para el efecto, en un período de tiempo determinado.

Ítems del recobro. Corresponde a cada tecnología en salud presentada en un mismo recobro para pago.

TÍTULO II DE LOS COMITÉS TÉCNICO CIENTÍFICOS

Artículo 4. *Integración de los comités técnico científicos.* Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB autorizadas para operar por la Superintendencia Nacional de Salud, integrarán un Comité Técnico Científico -CTC, que estará conformado por un (1) representante de la entidad administradora de planes de beneficios, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS de su red y un representante de los usuarios.

El representante legal de cada una de las entidades administradoras de planes de beneficios, deberá reportar a la Superintendencia Nacional de Salud el acta de conformación de los Comités, identificando sus integrantes. Así mismo, deberán reportar las sustituciones que se produzcan, identificando de la misma manera a los nuevos integrantes.

Artículo 5. *Requisitos de los miembros del comité.* Tanto el representante de la Entidad Administradora de Planes de Beneficios como el representante de la Institución Prestadora de Salud - IPS, deberán ser médicos con experiencia comprobada de mínimo dos (2) años en el ejercicio profesional.

Bajo ninguna circunstancia el personal administrativo de las Entidades Promotoras de Salud integrará estos comités, así sean médicos.

Los representantes que conformen los Comités Técnico Científicos - CTC deberán presentar una carta de compromiso en la cual manifiesten que a partir del momento de la aceptación del cargo y hasta su retiro, no recibirán ningún tipo de beneficios de compañías productoras y/o distribuidoras de tecnologías en salud. Quienes sean miembros de Junta Directiva, administradores y/o socios o tener vínculo laboral o contractual con compañías productoras y/o distribuidoras de tecnologías en salud, no podrán ser representantes del Comité.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

Artículo 6. Elección de los representantes. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios deberán realizar una convocatoria abierta entre sus prestadores de servicios de salud que permita la selección objetiva del representante del Comité.

Parágrafo. Los miembros del Comité Técnico Científico serán escogidos con sus respectivos suplentes para un período de dos (2) años, quienes podrán ser reelegidos máximo por otro periodo igual. En caso de ausencia definitiva o novedad de alguno de los miembros, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios deberán designar su reemplazo en un término no mayor a una (1) semana, contada a partir de la fecha en que se produzca la ausencia definitiva, con la respectiva notificación a la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 7. Funciones. El Comité Técnico Científico - CTC tendrá las siguientes funciones:

1. Aprobar o desaprobar las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, ordenadas por los médicos tratantes de los afiliados.
2. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual se elaborarán y suscribirán las respectivas actas.
3. Registrar, de acuerdo con la información suministrada por el médico tratante, el o los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, incluyendo el nombre en denominación común internacional, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/día y cantidades equivalentes al medicamento solicitado.
4. Registrar, de acuerdo con la información suministrada por el médico tratante, el o los procedimientos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS que se reemplazan o sustituyen equivalentes a los autorizados o negados, con el Código Único de Procedimiento en Salud -CUPS, indicando objetivo, cantidad y tiempo total. Cuando no existan en el Plan Obligatorio de Salud procedimientos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el Comité Técnico Científico -CTC, deberá manifestar esta situación en el acta, soportada con la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.
5. Registrar y avalar la información que trata el artículo 14º de la presente resolución, en el acta correspondiente, de acuerdo con la tecnología en salud NO POS autorizada o negada.
6. Asignar el comparador administrativo de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.
7. Remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, informes trimestrales de los casos autorizados y negados o con anterioridad si así lo requiere la entidad.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

8. Disponer de la información de los casos autorizados y negados cuando el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidad de control o judiciales lo requieran.

Artículo 8. Reuniones y actas. El Comité Técnico Científico - CTC se reunirá las veces que sea necesario con el fin de garantizar que el trámite de las solicitudes de tecnologías en salud NO POS no supere los 2 (dos) días hábiles, contados a partir del día siguiente a la fecha de la radicación de la solicitud.

Las decisiones del Comité se registrarán en el formato de acta que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el cual deberá ser suscrito por sus miembros, anexando los soportes utilizados como base de la decisión. Las actas deberán contener la justificación técnica del uso de la tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud.

Parágrafo. El Comité Técnico Científico –CTC podrá aclarar sus actas en la siguiente sesión en la que se definió la autorización de una tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud para un afiliado. En todo caso, una vez se presente copia de las actas como soporte de una solicitud del recobro ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, éstas no podrán ser modificadas.

Artículo 9. Criterios para la aprobación de las tecnologías en salud NO POS. Para la aprobación de las tecnologías NO POS, el Comité Técnico Científico – CTC deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

1. El uso, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud debe estar autorizada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA o las demás entidades u órganos competentes en el país.
2. Haberse agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el POS, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o luego de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de lo cual deberá dejarse constancia en la historia clínica.
3. La tecnología en salud NO POS no deberá corresponder a aquellas cuyo propósito sea cosmético o suntuario, que se encuentre en fase de experimentación o que tenga que ser prestada en el exterior.

Parágrafo 1. El Comité Técnico Científico – CTC podrá autorizar tratamientos ambulatorios hasta por un máximo de tres (3) meses y si la respuesta al tratamiento es favorable, podrá determinar la periodicidad con la que se continuará autorizando la tecnología en salud NO POS, que en ningún caso será por tiempo indefinido.

Parágrafo 2. Para el caso de pacientes con tratamientos crónicos a los cuales se les determine un tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de autorización podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año. Al

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

término de este período, el Comité Técnico Científico deberá hacer la evaluación correspondiente y determinar la continuidad o no de la tecnología en salud NO POS.

Parágrafo 3. En el acta del Comité Técnico Científico – CTC deberá señalarse de forma expresa el cumplimiento de los criterios para la aprobación de las tecnologías en salud NO POS previstos en este artículo.

Artículo 10. *Procedimiento para la aprobación y desaprobación de la tecnología en salud NO POS.* Para la aprobación o desaprobación de las tecnologías en salud NO POS, se seguirá el siguiente procedimiento:

- a) El médico tratante presentará por escrito al Comité Técnico Científico – CTC la (s) prescripción (es) u orden (es) médica (s) y su justificación, adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica del paciente y si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística, que sustenten su decisión.

En caso que la tecnología en salud NO POS cuya autorización se solicita se trate de un medicamento, el médico tratante lo solicitará en su denominación común internacional e indicará el o los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, incluyendo el nombre en denominación común internacional, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/día y cantidades equivalentes al medicamento autorizado o negado.

Cuando la tecnología en salud NO POS se trate de procedimientos, el médico deberá utilizar la Codificación Única de Procedimientos – CUPS tanto para la tecnología NO POS que prescribe, como para la tecnología incluida en el POS que la reemplaza o sustituye.

- b) En los dos (2) días siguientes a la presentación de la o las prescripciones u órdenes médicas y justificación por el médico tratante, el Comité Técnico Científico – CTC deberá decidir sobre la petición presentada y registrar la decisión en la respectiva acta.

Si se requiere allegar información o documentación adicional, el Comité en la misma sesión la solicitará al médico tratante, quien deberá suministrarla dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud. Así mismo, si el Comité requiere conceptos adicionales al emitido por el médico tratante, los solicitará en la misma sesión a profesionales de la salud de la misma especialidad, que deberán allegarlos dentro del mismo término.

El Comité Técnico Científico –CTC contará con tres (3) días hábiles a partir de la recepción de la información adicional o del concepto solicitado para decidir sobre la autorización o no de la petición formulada.

- c) Al día hábil siguiente al que se adoptó la decisión, se informará el resultado al médico tratante y al usuario.

Parágrafo. Cuando exista urgencia manifiesta, esto es, en caso de riesgo inminente para la vida o salud del paciente; o cuando se trate de tecnologías en salud NO POS

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

requeridas por 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, no se aplicará el procedimiento para la autorización de que trata el presente artículo, casos en los cuales el médico tratante tiene la posibilidad de decidir sobre la tecnología en salud NO POS a utilizar, previa verificación del cumplimiento de los criterios de autorización previstos en el artículo 9º de la presente resolución.

En las situaciones mencionadas, el médico tratante deberá presentar el caso ante el Comité Técnico Científico dentro de los cinco (5) días siguientes al suministro de la Tecnología NO POS, órgano que confirmará o no la decisión adoptada y autorizará la continuidad en el suministro de la tecnología NO POS correspondiente, si a ello hubiere lugar.

El riesgo inminente para la salud del paciente deberá ser demostrable y constar en la historia clínica

Artículo 11. Garantía del suministro. Una vez autorizada por el Comité Técnico Científico la tecnología NO POS, la entidad promotora de salud del régimen contributivo deberá garantizar su suministro y tendrá la posibilidad de solicitar el recobro correspondiente ante el FOSYGA, de conformidad con lo establecido en la presente resolución.

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, deberán presentar la solicitud de recobro ante las entidades territoriales competentes.

Parágrafo. Si la tecnología en salud ordenada por el médico tratante y autorizada por el Comité Técnico Científico se encuentra dentro del Plan Obligatorio de Salud, no podrá ser recobrada, ni será pagada por el FOSYGA.

TÍTULO III REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN, RADICACIÓN, VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO

Artículo 12. Requisitos para las entidades recobrantes. Para efectos de presentar las solicitudes de recobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto, 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 lo informe.
2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.
3. Plan general vigente de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados.

Dicho plan deberá actualizarse conforme a lo señalado en el Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o la norma que lo

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

modifique, adicione o sustituya y remitirse dentro de los quince (15) días siguientes a su fijación o modificación anual.

Artículo 13. *Requisitos generales para el proceso de verificación de los recobros.* Las entidades recobrantes deberán anexar a cada solicitud de recobro los siguientes documentos:

1. Formato de solicitud de cada recobro (Formato MYT) que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o quien haga sus veces.
2. Copia del Acta del Comité Técnico Científico – CTC o copia del fallo de Tutela.
3. Copia de la factura de venta o documento equivalente.

Artículo 14. *Documentos e información específica exigida para la presentación de solicitudes de recobro originadas en actas de Comité Técnico Científico –CTC.* Cuando se trate de recobros originados en actas de Comité Técnico Científico – CTC donde se autorice el suministro de tecnologías en salud NO POS, además de los requisitos de que tratan los artículos 12 y 13 de la presente resolución, las entidades recobrantes, deberán allegar los siguientes documentos e información:

1. Copia del acta del Comité Técnico Científico –CTC en el formato que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, el cual deberá contener la siguiente información:
 - 1.1 Fecha de elaboración y número de acta.
 - 1.2 Nombre o tipo y número de identificación del usuario.
 - 1.3 Diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades –CIE 10 y análisis del caso objeto de estudio.
 - 1.4 Resumen de las prescripciones u órdenes médicas, cantidad autorizada y justificación o justificaciones efectuadas por el médico tratante, identificando el nombre del médico tratante, el número del registro médico y su especialidad si la tuviere. Se debe indicar de forma expresa si el suministro de la tecnología en salud NO POS se efectuó en una urgencia manifiesta.
 - 1.5 Cuando la tecnología en salud NO POS autorizada se trate de un medicamento:
 - 1.5.1 Nombre del medicamento en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación anatómico terapéutico químico –ATC, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada.
 - 1.5.2 Identificación del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud –POS del mismo grupo terapéutico que se reemplazan o sustituyen, con la descripción en su denominación común internacional o principio(s) activo(s), código de clasificación

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

anatómico terapéutico químico –ATC, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/día y cantidad equivalente al medicamento.

- 1.5.3** Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, éste debe identificarse en el acta, de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, indicando el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación anatómico terapéutico químico –ATC, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.
- 1.6** Cuando la tecnología en salud NO POS autorizada se trate de un Procedimiento:
- 1.6.1** El código de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS correspondiente al procedimiento recobrado, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado
- 1.6.1.1** Si se trata de un procedimiento único o sucesivo, adicionalmente se debe identificar el objetivo, esto es: prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.
- 1.6.1.2** Tratándose de un procedimiento único pero que debe ser repetido, adicionalmente se debe identificar el objetivo, esto es: prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, así como el motivo, es decir, las razones por las cuales se requiere nueva evaluación (complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).
- 1.6.2** Identificación del o los procedimientos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud –POS que se rempazan o sustituyen equivalentes a los autorizados o negados, con el Código Único de Procedimiento en Salud –CUPS, indicando objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total. Cuando no existan en el Plan de Beneficios procedimientos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el Comité Técnico Científico –CTC, deberá manifestar esta situación en el acta, soportada con la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.
- 1.6.3** Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el Código Único de Procedimiento en Salud –CUPS correspondiente en cualquier caso.
- 1.7** Cuando la tecnología en salud NO POS autorizada se trate de un dispositivo médico, se deberá informar el procedimiento en el cual fue utilizado con la Clasificación Única de Procedimientos –CUPS.
- 1.8** Certificación del cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización contenidos en la presente resolución.

9/10

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

- 1.9 Manifestación de la decisión adoptada por el Comité Técnico Científico –CTC frente a la autorización de la tecnología en salud NO POS, indicando la justificación técnica y normativa que la soporta.
- 1.10 Nombre y firma de los integrantes del Comité Técnico Científico –CTC, indicando el número del registro médico de cada uno de ellos.
2. Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con su firma y el número del registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo dispuesto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
3. Evidencia de la entrega de la tecnología No POS, así:
 - 3.1 Cuando la tecnología NO POS autorizada sea de tipo ambulatorio: firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden médica, certificación del prestador o formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.
 - 3.2 Cuando la tecnología NO POS autorizada se haya proporcionado en atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias.
 - 3.3 Cuando la tecnología NO POS autorizada 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.

Parágrafo 1. En caso de prestaciones sucesivas, la copia del acta del Comité Técnico Científico –CTC se radicará por una única vez ante el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para el efecto y en las posteriores solicitudes de recobro se informará el número único de radicación del recobro donde fue aportada la copia.

Parágrafo 2. Las actas que se generen de las reuniones del Comité Técnico Científico –CTC junto con sus soportes deberán estar a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social, de la Superintendencia Nacional de Salud y de las demás entidades de control, en el momento en que éstas las requieran.

Parágrafo 3. Las actas del Comité Técnico Científico –CTC, deberán estar debidamente firmadas por sus integrantes. Cuando la copia del acta que se remita como soporte de la solicitud del recobro no cuente con la totalidad de las firmas, se deberá adjuntar certificación del representante legal de la entidad recobrante donde indique bajo la gravedad del juramento que la sesión se realizó en la fecha indicada y las razones por las cuales no está suscrita por alguno de los integrantes autorizados.

Parágrafo 4. La copia del acta del Comité Técnico Científico –CTC en el formato que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, será exigible para las solicitudes de recobro presentadas a partir del primero (1º) de mayo del 2014.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

Artículo 15. Documentos específicos exigidos para la presentación de solicitudes de recobro originadas en fallos de tutela. Cuando se trate de recobros originados en fallos de tutela, además de los requisitos de que tratan los artículos 12 y 13 de la presente resolución, las entidades recobrantes, deberán allegar:

1. Copia completa y legible del fallo de tutela, con el nombre de la autoridad judicial y el nombre o identificación del afiliado.
2. Evidencia de la entrega de la tecnología NO POS, así:
 - 2.1 Cuando la tecnología NO POS ordenada sea de tipo ambulatorio: firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden médica, certificación del prestador o formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.
 - 2.2 Cuando la tecnología NO POS ordenada se haya proporcionado en atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias.
 - 2.3 Cuando la tecnología NO POS 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.
3. Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con su firma y el número del registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo dispuesto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
4. Cuando la tecnología en salud NO POS a recobrar se trate de un medicamento que tenga un comparador administrativo, éste debe identificarse en el formato que para tal efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte la misma Dirección, indicando el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación anatómico terapéutico químico -ATC, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día, cantidad equivalente y diagnóstico con la Codificación Internacional de Enfermedades -CIE 10, de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.
5. Cuando la orden del fallo de tutela no sea expresa para identificar la tecnología en salud NO POS autorizada, la entidad recobrante deberá presentar la justificación de la necesidad médica de la tecnología en salud no incluida en el Plan de Beneficios -POS, que corresponderá, siempre y en cualquier caso a la condición clínico patológica del paciente e incluirá el objetivo, esto es: prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación. En caso de prestación sucesiva indicar la frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado. La justificación médica deberá presentarse debidamente firmada por un médico de la entidad recobrante, con su respectivo número de registro médico, en el formato que para tal fin establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

Parágrafo 1. Para solicitudes de recobro originadas en un mismo fallo de tutela, se relacionará el número único de radicación del recobro en el cual se anexó la copia del fallo.

Parágrafo 2. Las solicitudes de recobros que se presenten al FOSYGA a partir del 1 de mayo de 2014 y que tengan como origen fallos de tutela que no sean expresos en cuanto a la tecnología en salud ordenada, deberán presentar el formato de la justificación de la necesidad médica, que para el efecto adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

Artículo 16. *Requisitos específicos para la factura de venta o documento equivalente.* La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor de la tecnología en salud NO POS, deberá especificar, como mínimo:

1. Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO POS.
2. Descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología en salud NO POS.
3. Documento del proveedor con detalle de cargos cuando en la factura 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 certificar dicho detalle.
4. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente, certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud NO POS, 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 indique a qué factura imputa la tecnología en salud NO POS y el(los) paciente(s) a quien(es) le(s) fue suministrado, cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que recibió la tecnología en salud NO POS.
6. Constancia de pago, salvo cuando al momento de radicación de la solicitud, el proveedor de tecnologías en salud NO POS se encuentre incluido dentro del listado de proveedores que resulte de la aplicación de la metodología que para el efecto defina la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el cual será publicado por el administrador fiduciario en la página web del FOSYGA de manera semestral.

Parágrafo 1. Cuando se trate de recobros por medicamentos importados por la entidad recobrante, deberá allegarse copia de: la declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad recobrante utilizó para la nacionalización del producto.

En todo caso, el representante legal de la entidad recobrante deberá indicar mediante una certificación, el número de la declaración de importación respecto de

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

la solicitud del recobro, 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, éstos deberán incluirse en una única solicitud recobro.

Parágrafo 2. Cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante, éstos podrán ser suministrados a otros usuarios, previa verificación de la prescripción médica y de las causas que originaron tales disponibilidades; situación que será certificada bajo la gravedad de juramento del representante legal de la entidad recobrante, indicando el número de la declaración de importación, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.

Parágrafo 3. Para efectos del recobro por tecnologías en salud NO POS, 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

PROCESO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL PARA PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO

Artículo 17. *Etapas del proceso de verificación y control.* Las solicitudes de recobro para pago surtirán un proceso de verificación y control a través de las etapas de pre-radificación, radicación, pre-auditoría y auditoría integral.

CAPÍTULO I

ETAPA DE PRE-RADICACIÓN

Artículo 18. *Objeto de la etapa de pre – radicación.* El objeto de esta etapa es validar la información registrada por la entidad recobrante con bases de datos con el fin de establecer la existencia del usuario, la consistencia de códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro y las investigaciones administrativas o judiciales.

Artículo 19. *Iniciación de la etapa de pre-radicación.* Esta etapa inicia con el registro de la información correspondiente a cada solicitud de recobro, por la entidad recobrante vía web en el sistema que implemente el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, siguiendo las instrucciones de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

Parágrafo. El registro de la información por las entidades recobrantes se realizará de acuerdo al cronograma adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

Artículo 20. *Validación de la información registrada.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, validará la información registrada por la entidad recobrante mediante cruces de información, entre otras, con las siguientes bases de datos:

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

1. Base de Datos Única de Afiliados –BDUA.
2. Registraduría Nacional de Estado Civil –RNEC
3. Sistema de Información de Precios de Medicamentos –SISMED
4. Código Único de Medicamentos –CUM.
5. Registro Único de Víctimas –RUV.
6. Listado de proveedores autorizados para giro directo.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, dispondrá para consulta la información que servirá de fuente para las validaciones.

Artículo 21. Resultado de la validación. La validación de la información registrada por la entidad recobrante en el sistema, podrá generar los siguientes resultados:

1. El ingreso del recobro a la etapa de radicación: Se presenta cuando la información supera todas las validaciones, generando automáticamente:
 - 1.1. El formato de solicitud de recobro (Formato MYT) que contiene los datos básicos de la entidad recobrante y del afiliado y el número de identificación de cada recobro.
 - 1.2. El formato resumen de la radicación (Formato MYT-R), el cual contendrá, los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (Comité Técnico Científico –CTC y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Dicho formato deberá ser suscrito por el representante legal y el Contador Público de la entidad recobrante.
2. El ingreso del recobro a la etapa de radicación con alertas: Se presenta cuando la información supera algunas de las validaciones con alertas que se verificarán en las etapas subsiguientes. En este caso, también se generarán los números de identificación de cada recobro y los formatos MYT y MYT-R que correspondan.
3. El no ingreso del recobro a la etapa de radicación: Se presenta cuando la información no supera las validaciones correspondientes.

Artículo 22. 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 (formato MYT) y resumen de radicación (Formato MYT-R) para la radicación. El formato resumen de radicación de las solicitudes de recobros (Formato MYT-R) debe ser impreso y suscrito por el representante legal y el contador público de la entidad recobrante, este último deberá indicar el número de matrícula profesional.

CAPÍTULO II ETAPA DE RADICACIÓN

Artículo 23. Objeto de la etapa de radicación. El objeto de esta etapa es presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, los formatos MYT y MYT-R, junto con los soportes en medio impreso o magnético, que se indicaron en el Título III de la presente resolución, según corresponda.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

Los formatos se presentarán conforme a las especificaciones técnicas e instructivos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

Parágrafo. Cuando la entidad recobrante no aporte el formato de solicitud de los cobros (Formato MYT) y el formato resumen de radicación (Formato MYT-R); el formato MYT-R no contenga la firma del representante legal y del contador público identificado con el número de su matrícula profesional; o los formatos se presenten fuera del período de radicación establecido, los números de identificación asignados a cada cobro y al formato resumen se anularán y se entenderá no presentada la respectiva solicitud.

Artículo 24. Presentación de los soportes. Los soportes de las solicitudes de cobro podrán presentarse en medio magnético o impreso, conforme a las especificaciones técnicas definidas por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

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

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

CAPÍTULO III ETAPA DE PRE-AUDITORÍA

Artículo 25. Objeto de la etapa de pre-auditoría. El objeto de esta etapa es verificar que el cobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.

Artículo 26. Cotejo de información y su resultado. Dentro de los doce (12) días calendario siguientes a la radicación de las solicitudes de cobro que superaron las etapas de pre-radicación y radicación, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, cotejará el soporte documental con la información suministrada por la entidad cobrante.

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

1. Existencia de sobrantes y/o faltantes de solicitudes de cada cobro (Formato MYT), respecto a lo registrado en el formato resumen de radicación (Formato MYT-R).
2. Inconsistencias en la identificación del usuario en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del cobro.
3. Ausencia de la copia del acta del Comité Técnico Científico -CTC o del fallo de tutela, según sea el caso.
4. Ausencia de la copia de la factura de venta o documento equivalente.
5. Illegibilidad de los soportes del cobro.
6. Incumplimiento de requisitos generales de la entidad cobrante.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

En estos casos el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, procederá a:

1. Anular el número de radicación asignado a cada solicitud de recobro (Formato MYT).
2. Anular el número de radicación del formato resumen de radicación (Formato MYT-R), si es del caso.
3. 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 el año de que trata el artículo 13 del Decreto - Ley 1281 de 2002, modificado por el artículo 111 del Decreto – Ley 019 de 2012 para presentar ante el Fondo de Solidaridad y Garantía- FOSYGA, una solicitud de recobro radicado oportunamente y 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 27. *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.

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

Artículo 28. *Resultado del proceso de auditoría integral.* El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de recobro será:

1. Aprobado: El resultado de auditoría aprobado tiene las siguientes variables:
 - 1.1. Aprobado total: Cuando todos los ítems del recobro cumplen con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.
 - 1.2. Aprobado con reliquidación: Cuando habiendo aprobado todos los ítems del recobro, el valor a pagar es menor al valor recobrado, debido a que existieron errores en los cálculos del valor presentado por la entidad recobrante.
 - 1.3. Aprobado parcial: Cuando se aprobaron para pago parte de los ítems del recobro.
2. No aprobado: Cuando todos los ítems del recobro no cumplen con los requisitos señalados en la presente resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

Artículo 29. *Comunicación de los resultados de auditoría a las entidades recobrantes.* El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de recobro se comunicará por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, al representante legal de la entidad recobrante, a la dirección electrónica registrada por la entidad recobrante y al domicilio informado por la misma, dentro de los tres (3) días calendario siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación. Se conservará copia de la constancia de envío.

Parágrafo. A la comunicación impresa se anexará medio magnético bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme al manual de auditoría.

Artículo 30. *Contenido de la comunicación.* La comunicación deberá contener la siguiente información:

1. Fecha de expedición de la comunicación.
2. Número de radicación de cada recobro.
3. Resultado de la auditoría integral por recobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
4. Causales de aprobación con reliquidación, en forma individual por cada ítem del recobro presentado, conforme al manual de auditoría.
5. La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago cuando existe aprobación parcial.
6. Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro presentado, conforme al manual de auditoría.

Artículo 31. *Objeción a los resultados de auditoría.* La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los recobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.

La objeción no puede versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada. Las glosas no objetadas se entenderán aceptadas.

Si la entidad recobrante considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se pueden desvirtuar con la información contenida en los soportes del recobro, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información; si por el contrario, los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del recobro, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas.

Las objeciones incluirán el número de identificación de la solicitud de recobro asignado inicialmente.

Artículo 32. *Respuesta a la objeción presentada por la entidad recobrante.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se autorice para tal efecto, dentro del mes siguiente a la radicación de la objeción dará respuesta a esta, así como a la información adicional presentada para subsanar otras glosas. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo.

A 10

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

TÍTULO V TÉRMINOS Y PLAZOS

Artículo 33. *Término para la presentación de las solicitudes de recobro.* Las entidades recobrantes deberán adelantar las etapas de pre-radicación y radicación de las solicitudes de recobro ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, dentro del año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda, de acuerdo a lo establecido en el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012.

Artículo 34. *Días habilitados para la radicación de las solicitudes de recobro.* Las entidades recobrantes deberán presentar las solicitudes de recobro dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, de acuerdo al cronograma establecido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

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

Parágrafo 2. Aquellos recobros que cumplan el año para su presentación de que trata el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012, 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 35. *Plazo para adelantar las etapas del proceso de pre-auditoría y auditoría integral de las solicitudes de recobro y efectuar el pago cuando sea procedente.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, 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.

Dentro del mismo término, 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. El pago se realizará a la cuenta bancaria registrada ante el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA o quien haga sus veces.

Artículo 36. *Días habilitados para la radicación de las objeciones.* El período habilitado para la radicación de las objeciones son los días dieciséis (16), diecisiete (17), dieciocho (18), diecinueve (19) y veinte (20) de cada mes. Aquellas objeciones que cumplan los dos 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 es un día no hábil, se podrán presentar solicitudes de recobro el día hábil siguiente al último día autorizado.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

TÍTULO VI PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO

Artículo 37. *Giro previo de recursos al proceso de auditoría integral de los recobros.* El administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA o quien haga sus veces, efectuará a más tardar el octavo (8º) día hábil siguiente al vencimiento del período de radicación mensual, giros previos a la auditoría integral, a favor de las entidades recobrantes de las tecnologías en salud NO POS, por un monto equivalente al porcentaje variable que se calculará de acuerdo con el valor total de las solicitudes radicadas en el correspondiente mes, menos el valor resultante de la glosa promedio de los últimos doce períodos, excluyendo la glosa de extemporaneidad y una desviación estándar.

Los cálculos de este valor, se realizarán teniendo en cuenta la información correspondiente a cada entidad recobrante y conforme con la metodología que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o quien haga sus veces.

Artículo 38. *Requisitos para el giro previo de recursos al proceso de auditoría integral.* El giro de recursos previo al proceso de auditoría integral procederá solamente si la entidad recobrante presenta:

1. Autorización suscrita por su representante legal para deducir de los pagos que deba efectuar el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA por concepto de compensación, recobros referentes a otros períodos o pagos de cualquier otra naturaleza, los montos insolutos, cuando el valor aprobado en el proceso de auditoría integral de las solicitudes de los recobros resulte inferior al giro previo.

El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, 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, autorización suscrita por su representante legal para que los recursos del pago previo se giren directamente a sus proveedores de tecnologías en salud NO POS, conforme a la distribución realizada por la entidad recobrante, a la cuenta bancaria registrada por el proveedor del servicio ante el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA o quien haga sus veces.

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 el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA o a quien haga sus veces.

3. En el caso de solicitudes cuya factura o documento equivalente haya sido pagada, 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 el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA o quien haga sus veces.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

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.

En todo caso, la ordenación del gasto y autorización del giro, que realice el Ministerio de Salud y Protección Social estará supeditada a que el administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA o quien haga sus veces y que el interventor del contrato de encargo fiduciario, remitan certificación sobre el valor a girar y concepto de procedibilidad de giro, respectivamente.

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 Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

Artículo 39. *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 no podrán ser beneficiarias de la medida de giro previo de recursos al proceso de auditoría integral.

Artículo 40. *Monto a reconocer y pagar por recobro de tecnologías en salud NO POS.* El monto a reconocer y pagar por recobros de tecnologías en salud NO POS, se determinará sobre el precio de compra al proveedor, soportado en la factura de venta o documento equivalente, de la siguiente forma:

1. **Medicamentos No POS autorizados por Comité Técnico Científico -CTC, u ordenados por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS, autorizados por el Comité Técnico Científico -CTC, u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en dicho Plan del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

Cuando para el medicamento NO POS recobrado se haya establecido un comparador administrativo, el valor a reconocer y pagar por dicho concepto, será la diferencia entre el valor total facturado del medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.

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

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

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

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

at
*
OK

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

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.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación, cambio de anualidad y cantidad del comparador administrativo.

- 2. Procedimientos de salud NO POS, autorizados por Comité Técnico Científico -CTC, u ordenados por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS, autorizados por Comité Técnico Científico -CTC, u ordenados por fallos de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

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.

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

- 3. Procedimientos de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico Científico -CTC, o por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de procedimientos de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS, pero realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por el Comité Técnico Científico -CTC u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del procedimiento de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS.

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. Hasta tanto se expida dicho manual, aplicarán las tarifas que reconoce la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA.

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.

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 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 POS, el Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la 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.

Parágrafo 2. 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, el FOSYGA reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios 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.

Parágrafo 3. Cuando el valor solicitado de la tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud –POS, sea menor o igual al monto calculado para su respectivo comparador administrativo, se debe 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.

Parágrafo 4. En el proceso de auditoría integral 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 Obligatorio de Salud –POS o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 41. *Pago de solicitudes de recobro aprobadas con reliquidación.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, reliquidará y pagará un valor diferente al solicitado en el recobro, por las causales que se señalan a continuación:

1. Cuando exista error en los cálculos del recobro.
2. Cuando el valor recobrado de las tecnologías NO POS 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 42. *Pago de solicitudes de recobro aprobadas parcialmente.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, pagará parcialmente la solicitud del recobro, por las causales que se señalan a continuación:

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

1. Cuando como consecuencia del acta del Comité Técnico Científico –CTC o por fallos de tutela, se incluyan prestaciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud –POS.
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 43. Procedencia de giro a proveedores de tecnologías en salud NO POS. Las entidades recobrantes que se acojan a la excepción prevista en el numeral 6º del artículo 16, podrán autorizar el giro de recursos a los proveedores, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Formato de autorización suscrita por el representante legal de la entidad recobrante para que el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA gire al proveedor en nombre de aquella, a la cuenta bancaria registrada por este, ante el administrador fiduciario de los recursos de dicho Fondo o quien haga sus veces.
2. Una vez el administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA informe el valor aprobado de los resultados de la auditoría integral, las entidades recobrantes le remitirán la distribución de dicho valor entre los proveedores de tecnologías en salud NO POS, objeto de la medida, previos los descuentos a que haya lugar.

El valor informado por el administrador fiduciario, será distribuido por las entidades recobrantes de manera proporcional, de acuerdo con el valor aprobado de las solicitudes presentadas mensualmente de cada proveedor.

Parágrafo. Las entidades recobrantes deberán remitir la autorización en el formato que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o quien haga sus veces.

TÍTULO VII

COMITÉ DE DEFINICIÓN DE CRITERIOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL RECONOCIMIENTO DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO POS

Artículo 44. Creación del Comité. Créase el Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías en Salud NO POS.

Artículo 45. Miembros. El Comité a que refiere el presente título, estará conformado por los siguientes miembros:

- a) El Viceministro de Protección Social o su Delgado.
- b) El Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios o su delegado
- c) El Director de Administración de Fondos de la Protección Social
- d) El Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones.
- e) El Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.
- f) El Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud
- g) El Director Jurídico

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

Artículo 46. Funciones. Las funciones del Comité son las siguientes:

1. Definir los lineamientos y criterios técnicos para el reconocimiento de tecnologías en salud NO POS, autorizados por los Comité Técnicos Científicos – CTC u ordenados por fallos de tutela, que se pagan con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.
2. Definir los lineamientos y criterios técnicos sobre el reconocimiento de tecnologías en salud NO POS 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 Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.
6. Darse su propio reglamento.

Artículo 47. Secretaría técnica. La Secretaría Técnica del Comité, será ejercida por el Director de Administración de Fondos de la Protección Social o quien este delegue y ejercerá las siguientes funciones:

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.
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 48. Reuniones y toma de decisiones. El Comité que se crea a través de la presente resolución, 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

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 DISPOSICIONES FINALES

Artículo 49. *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 previsto en la presente resolución los servicios de salud de que trata el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011, cuando no estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud ni en regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud de que sea titular la víctima.

Artículo 50. *Responsables del trámite de recobro.* Las entidades recobrantes son las responsables de adelantar el trámite de recobro ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, así como del cumplimiento de los requisitos previstos en la normativa vigente, para la presentación de las solicitudes de recobro, los cuales serán verificados en el proceso de auditoría integral.

Parágrafo. Las reglas establecidas para comparadores administrativos se aplicarán para las tecnologías en salud NO POS autorizadas por el Comité Técnico Científico u ordenadas por fallos de tutela, recobradas al FOSYGA, a partir del 1 de mayo de 2014.

Artículo 51. *Facultades para establecer períodos de radicación y cronogramas.* La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, podrá fijar otros períodos de radicación o ampliar los establecidos en la presente resolución, en caso de ser necesario, y fijar los cronogramas que se requieran para tal fin.

Artículo 52. *Formatos para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro.* La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, 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.

Artículo 53. *Control y seguimiento.* El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, 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 superen en un 20%, el promedio mensual del último año y cuando se presenten recobros por prestaciones que correspondan al Plan Obligatorio de Salud –POS.

Las entidades recobrantes, en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, deberán diseñar un proceso permanente de auditoría y pertinencia médica que permita monitorear el cabal cumplimiento de la presente resolución, identificando las variaciones en el uso de las tecnologías en salud NO POS, por

408

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA y se dictan otras disposiciones"

cada uno de los prestadores de sus redes de servicios, que superen los parámetros señalados en el presente artículo.

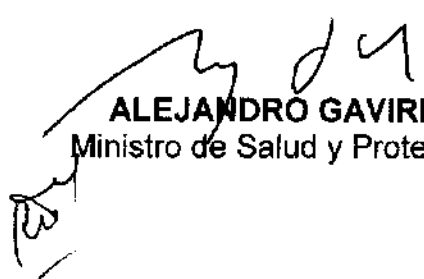
Parágrafo. Las entidades que intervengan en el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro previstas en la presente resolución, deberán garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del afiliado.

Artículo 54. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, deroga las Resoluciones 3099 de 2008, 3408 y 3086 de 2012, 458, 803, 2482, 2729 de 2013 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C, a los

24 DIC. 2013


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 1328 DE 2016

(15 ABR 2016

Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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, el 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 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 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

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

"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 el marco de lo establecido en las Leyes Estatutarias 1266 de 2008 y 1581 de 2012, y la Ley 1712 de 2014, la información pública debe estar a disposición del público, 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 FOSYGA, 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 recobro cuando se presente divergencias recurrentes fue reglamentado mediante el Decreto 1865 de 2012, en el cual se 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 el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

Que la Honorable Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008 ordenó adoptar las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, cuando estas sean ordenadas por el médico tratante; y, en la Auto de Seguimiento 071 de 2016 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, en aras de propender por la garantía del acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC y alcanzar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información y de los recursos, se hace necesario establecer el procedimiento para reportar la prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y optimizar el procedimiento que deben seguir las entidades recobrantes para presentar los recobros cuando, conforme a la normativa vigente o a decisiones judiciales, deban ser reconocidos y pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, establecido en la Resolución 5395 de 2013.

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, garantía del 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 el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA o quien haga sus veces 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 todos los prestadores de servicios de salud, a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y a las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) 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 al FOSYGA o a quien haga sus veces.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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. El procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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 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 que realiza el profesional de la salud tratante, de acuerdo con sus competencias, mediante un 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 el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA o quien haga sus veces, 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 tratante u ordenados por fallos de tutela.
- 3. Cobro.** Solicitud presentada por una entidad recobrante ante el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA o quien haga sus veces, 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 tratante 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 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 tratante o mediante un fallo de tutela y que solicita al Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA o quien haga sus veces, el pago de dichos servicios o tecnologías en salud.
- 5. Tecnología en salud.** De conformidad con lo establecido en la Resolución 5592 de 2015 o la norma que la modifique, adicione o sustituya, se entiende por tecnología en salud todas las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

6. **Comparador administrativo.** Tecnología en salud cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que las entidades recobrantes utilizarán para definir el monto a recobrar por la tecnología en salud objeto de recobro/ cobro
7. **Ítems del recobro.** Corresponde a cada servicio o tecnología en salud presentada en un mismo recobro para verificación y pago.

Artículo 4. Responsabilidades de los actores. El procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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. **Del profesional de la salud tratante.** La prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y su reporte, de acuerdo con lo previsto en la presente resolución.
2. **De las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Entidades Obligadas a Compensar (EOC) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).** Garantizar el suministro 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 tratantes; recaudar los dineros pagados por concepto de copagos; cumplir con los requisitos y procedimientos definidos para la presentación de las solicitudes de recobro o cobro; 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, así como, realizar las validaciones administrativas orientadas a determinar la existencia del usuario, su régimen y el estado de afiliación, así como las demás que se prevean en el marco del procedimiento establecido en la presente resolución.
3. **De los prestadores de servicios de salud a que refiere el artículo 2º de la Resolución 2003 de 2014 o la norma que la modifique, adicione o sustituya, y otros proveedores, para los casos excepcionales.** La prestación oportuna de los servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
4. **Del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, quien este delegue o quien haga sus veces.** El procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro que presenten las entidades recobrantes, cuando a ello hubiere lugar.
5. **Del Ministerio de Salud y Protección Social 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

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

información resultante del proceso de garantía del suministro de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por la UPC.

TÍTULO II

PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE PRESCRIPCIÓN, JUNTAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD Y GARANTÍA DE 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 tratante, 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.

La información reportada por el profesional de la salud tratante, será dispuesta a través de mecanismos seguros a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), a las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), a los Prestadores de Servicios de Salud, al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces y de manera agregada, a los organismos de inspección, vigilancia y control que lo requieran.

En los casos en que aplique, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) o a las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) 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 estos sean ordenados mediante fallos de tutela.

Parágrafo 1. Una vez el profesional de la salud tratante finalice el diligenciamiento de la prescripción en el aplicativo de que trata el presente artículo, se asignará un número de prescripción el cual deberá reportar la entidad recobrante en la presentación del recobro/cobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces.

Parágrafo 2. En caso de que el profesional de la salud tratante no cuente con acceso al aplicativo en el momento de la prescripción, lo podrá diligenciar una vez disponga de los mecanismos tecnológicos con que cuente, en un tiempo no mayor a 48 horas. Sin embargo, únicamente se asignará el número de prescripción una vez se realice el reporte en el aplicativo.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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. Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC), serán responsables en el marco de sus obligaciones, de la infraestructura tecnológica necesaria para el reporte de la prescripción a través del aplicativo a que refiere este artículo.

Parágrafo 4. Una vez generado el número de prescripción, los datos consignados no podrán ser modificados. En caso de requerir una modificación, se emitirá un nuevo número de prescripción asociado al que se modifica. Esta modificación solamente podrá ser realizada por el profesional de la salud tratante que realizó la prescripción inicial, dentro de las 48 horas siguientes a su realización.

Parágrafo 5. El reporte de la prescripción que realiza el profesional de la salud tratante y por tanto, la decisión tomada por este, así como los datos allí consignados, no podrán ser modificados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Entidades Obligadas a compensar (EOC) o Prestadoras de Servicios Salud (IPS) quienes tampoco podrán solicitar soportes adicionales para efectos de la garantía del suministro del servicio o tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Parágrafo 6. 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.

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, estará supeditado a la obtención previa de usuario y clave, la cual será solicitada ante este Ministerio, por todos los Prestadores de Servicios de Salud autorizados en el país para prescribir, de conformidad con el protocolo que para el efecto expida la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – TIC.

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. 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 es personal e intransferible y tanto la información registrada, como los procesos informáticos realizados en la misma tienen plena validez jurídica.

Parágrafo 3. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), Instituciones

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

Prestadoras de Salud (IPS), las entidades de inspección, vigilancia y control, las Direcciones Territoriales de Salud y las demás que requieran usuario y clave de acceso al aplicativo deberán solicitarlo directamente a la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – TIC de este Ministerio. La asignación del nivel de información a la que tendrán acceso, estará supeditada a las competencias de cada una de tales entidades.

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 Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) y Prestadores de Servicios de Salud, podrán consultar solamente las prescripciones de sus afiliados o las realizadas por ellos mismos.

Artículo 8. Tratamiento de la información. Las entidades que participen en el reporte de las prescripciones o 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.

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 por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberá realizarse por el profesional de salud tratante, quien para el efecto, deberá estar inscrito en el Registro de Talento Humano en Salud - RETHUS de su respectiva profesión; encontrarse habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS y observar los siguientes requisitos:

1. Que el servicio o la(s) tecnología(s) en salud no se encuentre 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.
3. 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

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

reacciones adversas o intolerancia por el paciente, o existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de todo lo cual, deberá dejarse constancia en la historia clínica

4. 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. En caso de que existan protocolos, guías y procedimientos desarrollados en el país deberá tomarlos como referencia.
5. Cuando los servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, correspondan a aquellas cuyo propósito sea cosmético o suntuario, sin evidencia científica sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica o que se encuentren en fase de experimentación y en los casos en los cuales la prestación tenga que ser prestada en el exterior, deberá tener en cuenta las disposiciones contenidas en el artículo 12 de la presente Resolución.
6. Tratándose de tratamientos ambulatorios ordenados por primera vez al paciente, 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 tratante 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.
7. Tratándose de pacientes con enfermedades crónicas, 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 tratante 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.
8. Consignar de forma expresa en la historia clínica del paciente, el cumplimiento de los criterios a que se refiere el artículo precedente para la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

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, para lo cual dejará constancia en la historia clínica del paciente, así como el registro de la

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas e información bibliográfica que sustenten 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 medicamentos, procedimientos o insumos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el profesional de la salud tratante, deberá manifestar esta situación en la historia clínica, soportada con la evidencia científica de acuerdo con la normativa referida en el numeral 4 del artículo precedente.
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, el profesional de la salud tratante lo prescribirá de acuerdo a 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, 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 del Ministerio de Salud y Protección Social, 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, 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 la Codificación Única de Procedimientos (CUPS), definida en la Resolución 4678 de 2015 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.

Artículo 11. 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 tratante que observando los requisitos y criterios establecidos en los artículos 9 y 10 de la presente

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

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, autonomía que por disposición expresa del artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, habrá de ejercerse en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la mejor evidencia científica disponible.

Parágrafo. Cuando la prescripción de los servicios y tecnologías en salud de que trata el presente acto administrativo se dé por un profesional de la salud que presta sus servicios a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, esta será igualmente responsable de acuerdo con el marco normativo enunciado y por lo tanto, deberá cumplir con lo previsto en las guías de manejo de dicha Institución.

Artículo 12. Prescripciones excepcionales de servicios o tecnologías explícitamente excluidas. Cuando el profesional de la salud tratante prescriba alguno de los servicios o tecnologías explícitamente excluidas, 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:

1. La prescripción que realice el profesional de la salud tratante de estos servicios o tecnologías, se hará a través del aplicativo de que trata este acto administrativo.
2. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), una vez cuenten con el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud, deberán registrar la decisión en dicho aplicativo.
3. Cuando la prescripción de estos servicios o tecnologías se realice por un profesional de una 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 estos servicios o tecnologías sea realizada por un profesional de una 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.
5. 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, no se aplicará el

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

procedimiento para la autorización de que trata el presente artículo, casos en los cuales el profesional de la salud tratante tiene la posibilidad de decidir sobre el servicio o la tecnología a utilizar, previa verificación del cumplimiento de lo establecido en los artículos 9 y 10 de la presente Resolución.

En las situaciones mencionadas, el profesional de la salud tratante deberá presentar el caso ante la Junta de Profesionales de la Salud, dentro de los cinco (5) días siguientes al suministro del servicio o tecnología, órgano que confirmará o no la decisión adoptada y autorizará la continuidad en el suministro de la misma.

Artículo 13. 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. En caso de presentarse circunstancias 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, o que el servicio o tecnología a prescribir no se encuentra disponible en el mismo, el profesional de la salud tratante deberá hacer la solicitud mediante los mecanismos de prescripción disponibles en el lugar, y este, o la Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá garantizar que dicha solicitud sea enviada y recibida oportunamente por la entidad responsable del afiliado, a través del medio más expedito.

Parágrafo 1. La entidad responsable del afiliado no se podrá negar a recibir las solicitudes 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 2. La entidad responsable del afiliado verificará la ausencia del servicio o tecnología 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, e informará al Ministerio de Salud y Protección Social para que este proceda a realizar la actualización correspondiente.

En caso de verificar que el servicio o tecnología prescrito sí se encuentra disponible en el aplicativo, la entidad responsable del afiliado informará de ello al profesional de la salud tratante o a la Institución Prestadora de Servicios de Salud para que procedan con el registro de la prescripción de forma inmediata, sin que ello sea una condición para la prestación del servicio o tecnología.

Parágrafo 3. 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 los mecanismos disponibles en el lugar donde esta se realice.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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 4. Este Ministerio dispondrá de una mesa de ayuda específica 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.

Artículo 14. Obligación de reportar en el aplicativo las prescripciones.

Cuando por imposibilidad de acceso al aplicativo, de manera excepcional se prescriban servicios o tecnologías mediante mecanismos distintos al reporte 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, la entidad responsable del afiliado, una vez reciba la solicitud, deberá proceder a su reporte en dicho aplicativo, en un término no superior a 48 horas.

Cuando la entidad responsable del afiliado sea informada de una solicitud de servicio o tecnología que no se encuentra 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, deberá realizar el reporte mediante un acceso especial dispuesto en dicho aplicativo.

CAPÍTULO II

JUNTAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Artículo 15. Juntas de Profesionales de la Salud. Con el fin de aprobar bajo criterios técnico científicos la prescripción excepcional de los servicios o tecnologías explícitamente excluidos del Plan de Beneficios de que trata el artículo 12 de la presente Resolución u otras que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren habilitadas de conformidad con la Resolución 2003 de 2014 y las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, podrán integrar una Junta de Profesionales de la Salud.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá enviar los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que determine, a la Junta de Profesionales de la Salud de que trata la presente Resolución para evaluar bajo criterios técnico científicos su pertinencia, de conformidad con los protocolos establecidos por cada Institución Prestadora de Servicios de Salud que cuente con dichas Juntas.

Artículo 16. Integración de las Juntas de Profesionales de la Salud.

Las Junta de Profesionales de la Salud estarán conformadas por tres (3) profesionales de la salud que se encuentren inscritos en el Registro de Talento Humano en Salud - RETHUS de su respectiva profesión.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

La Junta de Profesionales de la Salud deberá conformarse teniendo en cuenta el tipo de servicio o tecnología prescrita, y al menos uno (1) de sus miembros deberá ser médico par profesional del prescriptor.

Bajo ninguna circunstancia el personal administrativo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Entidades Obligadas a Recobrar (EOC) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), podrá integrar estas juntas, así sean profesionales de la salud.

Los miembros de las Juntas de Profesionales de la Salud se comprometerán a no recibir ningún tipo de beneficios de compañías productoras y/o distribuidoras de tecnologías en salud.

Artículo 17. Reuniones y actas. Las Juntas de Profesionales de la Salud se reunirán cuando prescriba alguno de los servicios o tecnologías en salud de que trata el artículo 12 de la presente Resolución o cualquier otro que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, y emitirá su concepto dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes.

Las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud se registrarán en un acta que deberá contener como mínimo:

1. Fecha de elaboración y número de acta.
2. Nombre, tipo y número de identificación del usuario.
3. Diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades –CIE 10.
4. Servicio o tecnología prescrita por el profesional de la salud tratante.
5. Si se trata de un servicio o tecnología único o sucesivo.
6. La justificación técnica del uso del servicio o tecnología.
7. La decisión adoptada por la Junta.
8. Nombre y firma de todos los integrantes de la Junta.

Artículo 18. Comunicación de la decisión. La IPS en la que funcione la Junta de Profesionales de la Salud que adoptó la decisión, la comunicará a la entidad responsable del aseguramiento del afiliado por el medio más expedito, quien procederá de conformidad con lo señalado en el Artículo 12 de este acto administrativo.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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 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 19. Garantía del suministro. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), deberán consultar 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 los afiliados el suministro efectivo de las que hayan sido prescritas por el profesional de la salud tratante, sin que se requieran autorizaciones administrativas o de pertinencia médica de terceros, excepto cuando se trate de la prescripción excepcional de servicios explícitamente excluidos del Plan de Beneficios con cargo a la UPC de que trata el artículo 12 de la presente resolución.

Artículo 20. Información del suministro. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán disponer de las condiciones tecnológicas y administrativas necesarias 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.

Parágrafo. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán verificar que al usuario se le suministre la prescripción efectuada por el profesional de la salud tratante, sin perjuicio de que puedan implementar los controles que eviten la duplicidad en la entrega.

Artículo 21. Tiempos de suministro. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán suministrar al afiliado el servicio o la tecnología en salud no cubierta con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC teniendo en cuenta los siguientes términos:

1. **Ambulatorios.** Contará con cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de la prescripción del profesional de la salud tratante 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. 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 tratante 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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. Atención con internación y atención 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 intrahospitalaria por internación del usuario, 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 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 tratante realizará la prescripción conforme a lo dispuesto en esta Resolución, y la entidad responsable del afiliado prestará el servicio solicitado en un tiempo máximo de 24 horas.

El riesgo inminente para la salud del paciente deberá constar en la historia clínica.

Parágrafo. 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.

TÍTULO III

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

Artículo 22. Documentos generales para la presentación de recobros/cobros. Para efectos de presentar las solicitudes de recobro/cobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, el FOSYGA o la entidad que haga sus veces, 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 lo informe.
2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.
3. Plan general vigente de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados tanto de los servicios o tecnologías en salud cubiertas y 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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. 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. Formato de solicitud de cada recobro (Formato MYT) que para el efecto establezca el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces.
2. Copia de la factura de venta o documento equivalente.
3. Documento soporte donde se evidencie de la entrega del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Artículo 24. 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 parte del FOSYGA o quien haga sus veces, la entidad recobrante deberá acreditar el cumplimiento de los siguientes requisitos esenciales:

1. **El usuario a quien se suministró la tecnología en salud NO POS existía y le asiste el derecho.** Consiste en evaluar si para la fecha en que se suministró el servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC objeto del recobro/cobro: el usuario (i) se encontraba vivo y (ii) afiliado a la entidad recobrante.
2. **La tecnología en salud suministrada no estaba cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.** Solo cuando la tecnología en salud suministrada al usuario y objeto de recobro/cobro no se encuentra cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio es objeto de recobro/cobro.
3. **El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela:** Sólo la prescripción por un profesional de la salud o la orden de un juez de tutela configura la necesidad de utilizar un servicio o tecnología no cubierto por el Plan.
4. **El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC fue efectivamente suministrada al usuario:** La generación de un recobro/cobro nace del efectivo suministro al usuario y por lo tanto, la obligación del pago por lo entregado. Se evalúa su cumplimiento mediante: (i) Soporte que evidencia su entrega y (ii) Facturación del proveedor del servicio.
5. **El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC corresponde**

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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 FOSYGA o quien haga sus veces y se presenta por una única vez.

Los soportes allegados con el recobro/cobro deben evidenciar que el reconocimiento del servicio o la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC (i) corresponde al FOSYGA o quien haga sus veces y por lo tanto su pago se (ii) realiza 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 con cargo a la UPC se realiza al FOSYGA o quien haga sus veces en el término establecido.

La presentación de un recobro/cobro ante el FOSYGA o quien haga sus veces deberá realizarse de forma oportuna de acuerdo con el término señalado en la normativa vigente.

7. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera cronológica respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos. Los soportes allegados y los datos registrados en los medios magnéticos son consistentes respecto al usuario, el servicio o la tecnología en salud y las fechas establecidas.

8. El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente. Corresponde a la liquidación de los valores previendo los descuentos definidos en la presente Resolución.

Artículo 25. Documentos e información específica exigida para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas por el profesional de la salud tratante. Cuando se trate de recobros/cobros originados en la prescripción del profesional de la salud tratante, 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 22, 23 y 24 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, para el tipo de radicación, teniendo en cuenta:

- a)** Si se trata de un medicamento, deberá identificar la opción terapéutica que puede reemplazar o sustituir el tratamiento prescrito y que se encuentre cubierto 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), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/día y cantidad equivalente al medicamento.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

- b)** Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, de acuerdo con el listado adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, 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), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.
- c)** Si se trata de un procedimiento, deberá identificar el o los procedimientos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se remplazan o sustituyen, equivalentes a los solicitados, con el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS), indicando objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total.

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.

Cuando no existan en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC medicamentos, procedimientos o insumos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el profesional de la salud tratante, deberá manifestar esta situación en la historia clínica soportada con la evidencia clínica de acuerdo con los artículos 94, 95 y 96 de la Ley 1438 de 2011.

3. 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 o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología en salud, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente y/o en la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, la certificación del prestador o 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.

Artículo 26. Documentos e información específica exigidos para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas en fallos de

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

tutela. Cuando se trate de recobros/cobros originados en fallos de tutela, además de los documentos y requisitos de que tratan los artículos 22, 23 y 24 de la presente Resolución, las entidades recobrantes deberán allegar:

1. El número de prescripción generado por el aplicativo de reporte, en el archivo (TXT) que soporta la presentación de la solicitud de recbro.
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 recbro, para el tipo de radicación, teniendo en cuenta:
 - a) Si se trata de un medicamento, deberá identificar el medicamento cubierto en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del mismo grupo terapéutico que se reemplaza o sustituye, con la descripción en su denominación común internacional o principio(s) activo(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, dosis/día y cantidad equivalente al medicamento.
 - b) Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este indicando el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC), concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.
 - c) Si se trata de un procedimiento, deberá identificar el o los procedimientos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se reemplazan o sustituyen equivalentes a los autorizados o negados, con el Código Único de Procedimiento en

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

Salud (CUPS), indicando objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total.

Cuando no existan en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC medicamentos, procedimientos o insumos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el profesional de la salud tratante, deberá manifestar esta situación en la historia clínica soportada con la evidencia clínica de acuerdo con los artículos 94, 95 y 96 de la Ley 1438 de 2011.

d) Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el código correspondiente en cualquier caso.

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 por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC ordenada sea de tipo ambulatorio: firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología en salud, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente y/o en la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, la certificación del prestador o 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.

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

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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. 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 27. 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.
3. Documento del proveedor con detalle de cargos cuando en la factura 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 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 el FOSYGA o la entidad que haga sus veces, el cual será publicado en la página web del FOSYGA de manera semestral.

Parágrafo 1. Los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se presenten ante el FOSYGA o quien haga sus veces, sólo se tramitarán cuando el monto supere un cuarto del salario mínimo legal mensual vigente (0,25 SMMLV).

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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 recobros o cobros por atenciones cuyo costo sea igual o inferior a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente, las entidades recobrantes presentarán una única solicitud mensual por afiliado de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, prestados, junto con una certificación en la cual se relacionen las facturas de dichos servicios o tecnologías en salud, suscrita por el representante legal y el revisor fiscal de la entidad.

Parágrafo 2. Los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo costo sea menor o igual al cuarto del salario mínimo legal mensual vigente de que trata el parágrafo 1 de éste artículo, se presentarán ante el FOSYGA o quien haga sus veces, siempre y cuando en la prescripción de los mencionados servicios o tecnologías en salud de que trata esta Resolución, se compruebe que corresponde a un servicio para un afiliado que no es sucesivo mediante la validación de información que se realizará con los datos registrados en el aplicativo.

Parágrafo 3. 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.

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 4. 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 5. 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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 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 28. 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 29. 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 30. Iniciación de la etapa de pre-radicación. Esta etapa inicia con el registro vía web que efectúa la entidad recobrante respecto de la información correspondiente a cada solicitud de recobro/cobro, en el sistema y con las instrucciones que para el efecto implemente e imparta el Ministerio de Salud y Protección Social o quien éste designe.

Parágrafo. El registro de la información por parte de las entidades recobrantes se realizará de acuerdo con el cronograma que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto.

Artículo 31. Validación de la información registrada. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, 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. Base de datos de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
5. Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED), cuando la entidad esté obligada a efectuar el reporte.
6. Código Único de Medicamentos (CUM).
7. Registro Único de Víctimas (RUV).

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

8. Listado de proveedores autorizados para giro directo.

Parágrafo. 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 32. 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:

- a) El formato de solicitud de recobro (Formato MYT) que contiene los datos básicos de la entidad recobrante, del afiliado y el número único de recobro.
- b) El formato resumen de la radicación (Formato MYT-R), el cual contendrá los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (solicitudes del profesional de la salud tratante y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Dicho formato deberá ser suscrito 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 que se verificarán en las etapas subsiguientes. En este caso, también se generarán los números únicos de cada recobro y los formatos MYT y MYT-R que correspondan.

3. El no ingreso del recobro a la etapa de radicación: Se presenta cuando la información no supera las validaciones correspondientes.

Artículo 33. 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 (formato MYT) y resumen de radicación (Formato MYT-R) para la radicación.

El formato resumen de radicación de las solicitudes de recobros (Formato MYT-R) debe ser impreso o magnético, suscrito por el 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**

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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. Objeto de la etapa de radicación. El objeto de esta etapa es presentar ante el FOSYGA o la entidad que se defina para el efecto, los Formatos MYT y MYT-R, 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 el FOSYGA o quien haga sus veces.

Parágrafo. Cuando la entidad recobrante no aporte el formato de solicitud de los recobros (Formato MYT) y el formato resumen de radicación (Formato MYT-R); el formato MYT-R 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 el formato resumen se anularán y se entenderá no presentada la respectiva solicitud.

Artículo 35. 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 el FOSYGA o quien haga sus veces.

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 36. Objeto de la etapa de preauditoría. El objeto de esta etapa es verificar que el recobro/cobro contenga los soportes exigidos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.

Artículo 37. 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, el FOSYGA o la entidad que haga sus veces, cotejará el soporte documental con la información suministrada por la entidad recobrante.

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

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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. Existencia de sobrantes o faltantes de solicitudes de cada recobro/cobro (Formato MYT), respecto a lo registrado en el formato resumen de radicación (Formato MYT-R).
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.

En estos casos el FOSYGA o la entidad que se defina para el efecto, procederá a: **i)** Anular el número de radicación asignado a cada solicitud de recobro/cobro (Formato MYT), **ii)** Anular el número de radicación del formato resumen de radicación (Formato MYT-R), si es del caso, **iii)** Informar a la entidad recobrante, a más tardar el día siguiente hábil a la finalización de la etapa de preauditoría, el resultado del cotejo y la fecha de citación para la entrega de la documentación, cuando a ello hubiere lugar.

Parágrafo. Las solicitudes de recobro/cobro radicadas oportunamente que sean objeto de anulación en la etapa de preauditoría, podrán ser nuevamente presentadas por la entidad recobrante por una única vez en el periodo de radicación inmediatamente siguiente al oficio que informe sobre la entrega de la documentación, evento en el cual, dicho recobro/cobro se entenderá radicado en término, no obstante para el momento de su presentación se hayan cumplido los tres (3) años a que refiere el literal a) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015. En todo caso, la entidad recobrante deberá informar el número de radicación anteriormente generado para ese recobro/cobro.

CAPÍTULO IV ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL

Artículo 38. Objeto de la etapa de auditoría integral. El objeto de la etapa de auditoría integral es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros.

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

Artículo 39. Resultado del proceso de auditoría integral. El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de recobro/cobro será:

15 ABR 2016

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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. **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 40. 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 el FOSYGA o la entidad que se defina para el efecto, 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 41. 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.

15 ABR 2016

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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 42. 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 43. 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

La corrección deberá incluir el número único de recobro/cobro asignado inicialmente y no podrá versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada. Para el evento en que los documentos que subsanen las glosas no se encuentren dentro de los soportes del recobro/cobro, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas, siempre que ello sea procedente conforme con el manual de auditoría.

Artículo 44. 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.

Artículo 45. Respuesta a la objeción o subsanación del resultado de la auditoría presentada. El FOSYGA o la entidad que se autorice para el efecto, 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 46. 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 el FOSYGA o la entidad que se defina para el efecto, 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 47. 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 que establezca el FOSYGA o quien haga sus veces.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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. 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 48. Plazo para adelantar las etapas del proceso de preauditoría y auditoría integral de las solicitudes de recobro/cobro y efectuar el pago cuando sea procedente. El FOSYGA o la entidad que se defina para el efecto, deberá llevar a cabo las etapas de preauditoría y auditoría integral e informar de su resultado a la entidad recobrante dentro de los dos (2) meses siguientes al vencimiento del 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 el FOSYGA o quien haga sus veces.

Artículo 49. 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.

TÍTULO VI PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO

Artículo 50. 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 del FOSYGA o quien haga sus veces.

Artículo 51. Giro previo de recursos al proceso de auditoría integral de los recobros/cobros. El FOSYGA o quien haga sus veces, 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

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

entidades recobrantes de los servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, por un monto equivalente al porcentaje variable que se calculará de acuerdo con el valor total de las solicitudes radicadas en el correspondiente mes, menos el valor resultante de la glosa promedio de los últimos doce periodos, excluyendo la glosa de extemporaneidad y una desviación estándar.

Los cálculos de este valor, se realizarán teniendo en cuenta la información correspondiente a cada entidad recobrante y conforme con la metodología que para el efecto establezca el FOSYGA o quien haga sus veces.

Artículo 52. 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 el FOSYGA o quien haga sus veces, por concepto del proceso integral de compensación y giro, recobros/cobros referentes a otros periodos o pagos de cualquier otra naturaleza, 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.

El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, 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 el FOSYGA o quien haga sus veces.

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 al FOSYGA o a quien haga sus veces.

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 el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA o quien haga sus veces.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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. 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.

En todo caso, la ordenación del gasto y autorización del giro, que realice el Ministerio de Salud y Protección Social estará supeditada al procedimiento que establezca Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces.

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 el FOSYGA o quien haga sus veces.

Artículo 53. Entidades exceptuadas de la medida de giro previo. Las entidades recobrantes que se encuentren incursas en una medida administrativa de intervención forzosa para liquidar o que hayan solicitado su retiro voluntario de la operación de aseguramiento en salud, no podrán ser beneficiarias de la medida de giro previo de recursos al proceso de auditoría integral.

Artículo 54. 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, 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 tratante u ordenados por fallos de tutela.**

El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, solicitados por el profesional de la salud tratante u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos cubiertos en dicho Plan del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

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, garantía del 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.

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.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación, cambio de anualidad y cantidad del comparador administrativo.

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

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 tratante u ordenados por fallos de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

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.

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

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

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 y/o vía quirúrgica, solicitados por el

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

profesional de la salud tratante u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del procedimiento de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de salud con la tecnología y/o vía de acceso cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

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. Hasta tanto se expida dicho manual, aplicarán las tarifas que reconoce la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

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.

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 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, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, reconocerá y pagará dicho valor y no el 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 del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por el FOSYGA o quien haga sus veces, 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.

Parágrafo 2. 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, el FOSYGA o quien haga sus veces reconocerá dicho valor, 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 del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte el FOSYGA o quien haga sus veces; el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

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.

Parágrafo 3. Cuando el valor solicitado del servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, sea menor o igual al monto calculado 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 4. En el proceso de auditoría integral 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 5. Cuando se trate de servicios específicamente excluidos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, estos se reconocerán de acuerdo con los valores máximos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe.

Artículo 55. Pago de solicitudes de recobro/cobro aprobadas con reliquidación. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, 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 56. Pago de solicitudes de recobro/cobro aprobadas parcialmente. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, pagará parcialmente la solicitud del recobro, cuando se configure alguna de las siguientes causales:

1. Cuando como consecuencia de las solicitudes del profesional de la salud tratante 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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 57. 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 27 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 al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o a quien haga sus veces, 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 el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, 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 el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces.

TÍTULO VII DIVERGENCIAS RECURRENTES

CAPÍTULO I PRESENTACIÓN

Artículo 58. Definición. Se entiende por divergencias recurrentes, las diferencias conceptuales entre una entidad recobrante y el Ministerio de Salud y Protección Social (FOSYGA) o quien haga sus veces, respecto de las glosas que por cualquier causal hayan sido aplicadas a las solicitudes de recobro en más de un período de radicación.

Artículo 59. 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:

1. La solicitud se debe realizar sobre diferencias conceptuales entre una entidad recobrante y este Ministerio – Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), o quien haga sus veces, respecto de glosas que hayan sido aplicadas a recobros en más de un período de radicación.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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 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 el FOSYGA o quien haga sus veces.
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 – Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), o quien haga sus veces, 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 60. Trámite y procedimiento de la divergencia recurrente. Cuando las entidades recobrantes soliciten el trámite de la divergencia recurrente por cualquier causal, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, adelantará el siguiente procedimiento:

1. Confirmará que la solicitud radicada para el trámite por una diferencia conceptual se presenta en una entidad recobrante y el Ministerio – Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), o quien haga sus veces, 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 59 de la presente resolución.
3. Definirá 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 el FOSYGA o quien haga sus veces.
5. Se procederá a realizar un nuevo proceso de auditoría integral a los recobros objeto de la divergencia recurrente, costo este 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 en Salud con cargo a la UPC, tomará las decisiones relacionadas con el trámite que se establece en el presente artículo.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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 61. Requisitos generales para la radicación de solicitudes de recobros objeto de divergencia recurrente. Dentro de los períodos de radicación establecidos para el efecto por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, las entidades recobrantes, presentarán una nueva solicitud de auditoría integral en los formatos y archivos MYT y MYT-R de que trata la presente Resolución, y cumplir los siguientes requisitos:

1. Allegar los formatos que para el efecto se establezcan por el FOSYGA o quien haga sus veces, los cuales deben cumplir con lo señalado en el artículo 3° 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 el 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 el FOSYGA o quien haga sus veces defina para tal efecto.

Artículo 62. 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

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

entidades recobrantes deberán diligenciar para cada consolidado, el Formato que defina el FOSYGA o quien haga sus veces 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 63. Término para estudiar la procedencia y pago de las solicitudes de recobro. El FOSYGA o la entidad que se defina para el efecto, 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 Decreto 1865 de 2012 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 64. 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, 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 65. 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, garantía del 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 Administración de Fondos de la Protección Social; o quien haga sus veces
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 66. 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 tratante u ordenados por fallos de tutela, que se pagan con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces.
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 el FOSYGA o quien haga sus veces.
6. Darse su propio reglamento.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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 67. Secretaría Técnica. La Secretaría Técnica del Comité será ejercida por el Director de Administración de Fondos de la Protección Social, o por quien este delegue y ejercerá las siguientes funciones:

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 68. 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.

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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 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 69. 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.

Artículo 70. 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 71. 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); a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP); a los componentes de la gestión de riesgo en salud del FOSYGA o quien haga sus veces.
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

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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"

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 72. 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 72 de la presente Resolución.

Artículo 73. 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 la Dirección de Epidemiología y Demografía de este Ministerio, especificando la definición de lo que desea estimar, el o los indicadores que permiten aproximarse a la estimación y la justificación.

Artículo 74. 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.

Parágrafo. Todos los proyectos de estudios e investigaciones deberán adelantarse con la participación de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y protección Social o la dependencia que haga sus veces.

Artículo 75. 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 76. 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

Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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 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 77. Fijación de períodos de radicación y cronogramas para recobros/cobros. El FOSYGA o quien haga sus veces, 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 78. Formatos para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro. Sin perjuicio de lo señalado en este acto administrativo, el FOSYGA o quien haga sus veces, 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 79. Control y seguimiento. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que éste defina para el efecto, 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 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 80. Transitoriedad. Las solicitudes de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prestados hasta el 31 de mayo de 2016, se presentarán ante el FOSYGA o quien haga sus veces, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 5395 de 2013, y por lo tanto el procedimiento de reconocimiento y pago se efectuará con base en las disposiciones de dicho acto administrativo.

Artículo 81. Vigencia y derogatoria. La presente resolución entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación y sus disposiciones serán

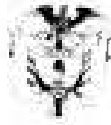
Continuación de la resolución "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan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

exigibles a partir del primero (1) de junio de 2016, fecha a partir de la cual quedará derogada la Resolución 5395 de 2013, salvo lo previsto en el título II que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios suministradas a los afiliados del régimen subsidiado.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D.C., a los 15 ABR 2016


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 02158 DE 2016

(27 MAY) 2016

Por la cual se modifica la Resolución 1328 de 2016 en relación con su transitoriedad, vigencia y derogatoria.

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 y el literal i) del artículo 5 de la Ley 1751 de 2015 y

CONSIDERANDO

Que en aras de propender por la garantía del acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC y asegurar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información y de los recursos, se estableció mediante Resolución 1328 de 2016, el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del 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.

Que la citada resolución consagró en su artículo 80 que las solicitudes de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prestados hasta el 31 de mayo del 2016, *“...se presentarán ante el FOSYGA o quien haga sus veces, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 5395 del 2013, y por lo tanto el procedimiento de reconocimiento y pago se efectuará con base en las disposiciones de dicho acto administrativo.”*

Que conforme a lo dispuesto en el artículo 81 de la misma resolución, está *“...entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación y sus disposiciones serán exigibles a partir del primero (1) de junio del 2016, fecha a partir de la cual quedara derogada la Resolución 5395 de 2013, salvo lo previsto en el Título II que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios a los afiliados del régimen subsidiado.”*

Que algunas Instituciones Prestadores de Salud – IPS, Entidades Promotoras de Salud – EPS y Entidades Obligadas a Compensar – EOC, durante las jornadas de socialización de la Resolución 1328, manifestaron que los tiempos previstos en dicho acto resultan insuficientes, entre otros, para verificar la inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud – RETHUS, por parte de los profesionales de la salud y adelantar, de ser necesario, el trámite para la asignación del usuario y clave para el acceso al aplicativo en donde se realizará el reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertos en el plan de beneficios con cargo a la UPC, por lo que las IPS solicitan ampliar el plazo para habilitar a los profesionales de salud que realizarán el referido reporte.

Que además de la ampliación por tres (3) meses del término previsto en los artículos ya mencionados, se hace necesario ajustar la transitoriedad prevista en el artículo 80, teniendo en cuenta que el momento que determina el reconocimiento de los recobros por los servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC a cargo del FOSYGA, es la autorización emitida por el Comité Técnico Científico u ordenada por fallo de tutela.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 1328 de 2016 en relación con su transitoriedad, vigencia y derogatoria"

Que en virtud de lo anterior, la Resolución 5395 de 2013 seguirá vigente hasta el 31 de agosto de 2016, para efectos del procedimiento de presentación, radicación, verificación, control y pago de recobros por servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC a autorizados hasta esa fecha.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el Artículo 80 de la Resolución 1328 del 2016, el cual, quedará así:

“Artículo 80. Transitoriedad: Para los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, que hayan sido autorizadas por los Comités Técnico Científico – CTC u ordenadas por fallos de tutela hasta el 31 de agosto de 2016, se aplicará lo dispuesto en la Resolución 5395 de 2013 y por lo tanto, el procedimiento de presentación y radicación de los recobros, así como el de verificación, control y pago por parte del FOSYGA o quien haga sus veces, se efectuará con base en las disposiciones de dicho acto administrativo.”

Artículo 2. Modifíquese el Artículo 81 de la Resolución No. 1328 del 2016, el cual, quedará así:

Artículo 81. Vigencia y derogatoria: La presente resolución entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación y sus disposiciones serán exigibles a partir del primero (1) de septiembre del 2016, fecha a partir de la cual quedará derogada la Resolución 5395 del 2013, salvo lo previsto en el título II que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios suministrados a los afiliados del régimen subsidiado.”

Artículo 3. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica los artículos 80 y 81 de la Resolución 1328 del 2016.

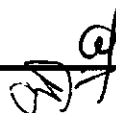
PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D.C., a los

27 MAY 2016


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social





MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 003951 DE 2016

(31 AGO) 2016

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

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"

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 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 FOSYGA, 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 recobro 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 el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), indicando requisitos, fechas y condiciones para su presentación, así como el procedimiento 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"

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 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.

Que en atención a lo anterior, el presente acto administrativo entrará en vigencia a partir de su publicación; pero sus disposiciones serán exigibles desde el primero (1) de diciembre de 2016, fecha a partir de la cual quedará derogada la Resolución No. 5395 de 2013, salvo lo previsto en el título II 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.

Que en consecuencia, la Resolución No. 3435 de 2016 "Por la cual se modifican los artículos 16, 26, 34 y 38 de Resolución 5395 de 2013", regirá hasta el 30 de noviembre de 2016.

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 el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA o quien haga sus veces y establecer el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro, cuando a ello hubiere lugar y

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"

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 al FOSYGA o a quien haga sus veces.

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 Obligadas a Compensar (EOC) de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por 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 el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA o quien haga sus veces, 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 el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA o quien haga sus veces, 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 al Fondo 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"

Solidaridad y Garantía –FOSYGA o quien haga sus veces, 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 5592 de 2015 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.

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. 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.

11. 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.

12. 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.

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"

13. Médico (o profesional) par: Es un médico 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.

14. 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 lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA.

15. Enfermedades Huérfanas. Las enfermedades huérfanas según el artículo 2 de la Ley 1392 del 2010 modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 del 2011, 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

16. Comparador administrativo. Tecnología en salud cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que las entidades recobrantes utilizarán para definir el monto a recuperar por la tecnología en salud objeto de recobro/ cobro.

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

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 la prescripción de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y su reporte, según la pertinencia y la necesidad, de acuerdo con lo previsto en la presente resolución y demás normativa vigente y aplicable.

2. Entidades Promotoras de Servicios (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC). Corresponde a las EPS y EOC 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; recaudar los dineros pagados por concepto de copagos; cumplir con los requisitos y procedimientos definidos para la presentación de las solicitudes de recobro o cobro; 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; realizar las validaciones administrativas orientadas a determinar 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"

existencia del usuario, su régimen y el estado de afiliación; 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 y, reportar a este Ministerio la información necesaria relacionada con el suministro efectivo de los servicios o tecnologías de que trata esta Resolución.

3. Instituciones Prestadoras de Salud (IPS): Es responsabilidad de las IPS 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, brindar las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones, así como las demás que se prevean en el marco del procedimiento establecido en la presente resolución.

4. Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, quien este delegue o quien haga sus veces: Es responsabilidad del FOSYGA o quien haga sus veces, adelantar el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro que presenten las entidades recobrantes, cuando a ello hubiere lugar.

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"

De manera excepcional, 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 el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces.

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

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 el efecto expida la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – TIC.

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, 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 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), quienes tampoco podrán solicitar soportes adicionales para efectos del suministro del servicio o tecnología en salud no cubierta en 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"

Artículo 8. Tratamiento de la información. Las entidades que participen en el reporte de las prescripciones o 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), al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces 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

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"

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.

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. En caso de que existan protocolos, guías y procedimientos desarrollados en el país deberá tomarlos como referencia.

6. Que la prescripción y uso de los medicamentos de la lista denominada UNIRS es responsabilidad del médico tratante y de manera solidaria la IPS. En todo caso deberá mediar el respectivo consentimiento informado por parte del paciente o su representante.

7. 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.

8. Consignar 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 para la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

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, para lo cual dejará constancia en la historia clínica del paciente y en el aplicativo, así como el registro de la información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas e información bibliográfica que sustenten 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 medicamentos, procedimientos o dispositivos 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,

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"

éste debe estar registrado con sus respectivas indicaciones ante el INVIMA o quien haga sus veces. 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 Codificación Única de Procedimientos (CUPS), definida en la Resolución 4678 de 2015 y la Resolución 1352 de 2016, y las normas que las 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.

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:

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

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"

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.

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.

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 autorizados de manera directa una vez sean prescritos.

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

31 AGO 2016

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, sin que en ningún caso se pueda ordenar por tiempo indefinido.

2. Tratándose de pacientes con enfermedades crónicas, 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 web 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 asegurado, se debe garantizar con dicha prescripción sin requerir autorizaciones ni trámites adicionales.

4. Sin perjuicio de que la entidad responsable del afiliado, realice 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, la prescripción tendrá una vigencia de quince (15) días calendario para el servicio ambulatorio priorizado, de treinta (30) días calendario para el servicio ambulatorio y tratándose de un servicio ambulatorio sucesivo la vigencia será la prescrita por el profesional de la salud. En el caso de procedimientos únicos la vigencia será de 90 días calendario.

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 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 de forma posterior hasta por un término máximo de 12 horas siguientes a la atención.

2. En caso de servicios hospitalarios con internación, específicamente para el caso de medicamentos o soporte nutricional, en donde exista imposibilidad para el cálculo de la duración y cantidad del tratamiento atribuible a la condición clínica del usuario, la prescripción podrá efectuarse el día del egreso hospitalario contabilizando la totalidad del medicamento o soporte nutricional suministrado. En caso de que la estancia hospitalaria sea prolongada, la prescripción se realizará registrando en el aplicativo lo suministrado cada 8 días calendario.

3. Sin perjuicio de lo establecido en el numeral 2 del presente artículo, el profesional de la salud deberá registrar en la historia clínica, el plan 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"

tratamiento de forma habitual, y prescribirá en el ordenamiento médico diario el manejo que se requiera realizar.

4. El registro de la prescripción en el aplicativo de que trata la presente Resolución, para los casos mencionados en el numeral 2 del presente artículo, lo realizará el profesional de la salud responsable del egreso hospitalario.

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. 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.

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. Cuando se presenten circunstancias 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 el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin. Si ésta es realizada 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 siguientes 24 horas a 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.

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

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"

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.

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 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.

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, la cual será tramitada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, quien la hará efectiva a través del delegado que designe para tal efecto. Es necesario tener en cuenta que al solicitar la anulación, ésta se realiza para todos los ítems prescritos dentro de la misma.

Parágrafo. En cualquier caso, el profesional de la salud que haya realizado la prescripción y solicite su anulación, manifestará de forma expresa el motivo por la cual se requiere la misma.

Artículo 19. Obligación de reportar en el aplicativo las prescripciones. Cuando por dificultades técnicas de acceso al aplicativo de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, de manera excepcional se prescriban servicios o tecnologías mediante el formulario que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin, la entidad responsable del afiliado, una vez reciba la copia de dicho formulario por parte del profesional de la salud o IPS, deberá proceder a su reporte en dicho aplicativo mediante el módulo dispuesto para su acceso, en un término no superior a 24 horas. La entidad responsable del afiliado, deberá realizar la transcripción de la prescripción realizada por el profesional de la salud, de conformidad con lo registrado por éste en el formulario mencionado en el artículo 16 de esta Resolución.

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

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"

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 y medicamentos del listado UNIRS.

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 sea evaluados y analizados por la Junta de Profesionales de la Salud, de que trata la presente Resolución, bajo criterios médicos y técnicos de conformidad con los protocolos establecidos por cada Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Artículo 21. De los integrantes de las Juntas de Profesionales de la Salud. Las Juntas de Profesionales de la Salud estarán conformadas por al menos tres (3) profesionales de la salud que se encuentren inscritos en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud - ReTHUS y al menos uno (1) de sus miembros deberá ser profesional par del prescriptor.

Artículo 22. Responsabilidad de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS). Cuando se trate de una IPS que preste servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, deberá conformar la Junta de Profesionales de la Salud de que trata el presente capítulo. A las IPS les corresponderá:

1. Disponer los mecanismos necesarios para garantizar el funcionamiento de la Junta de Profesiones de la Salud, de conformidad con los integrantes establecidos en la presente Resolución, para dar la respuesta, de cada caso particular, en los tiempos previstos en esta Resolución.
2. Reportar oportunamente la decisión tomada 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 23. 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 al ámbito ambulatorio, o medicamentos del listado UNIRS, mediante el aplicativo dispuesto para ello, las Juntas recibirán la solicitud y tendrán

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 cuenta para el análisis de cada caso en particular, los siguientes criterios:

1. Que la condición clínica del paciente se correlaciona claramente con la solicitud efectuada.
2. Que el servicio solicitado no se considere suntuario o cosmético, de acuerdo con el análisis del caso clínico particular.
3. Que la solicitud efectuada se realice y se preste en el territorio colombiano.
4. Que la solicitud realizada esté de acuerdo con la evidencia científica disponible para el caso clínico objeto del análisis.
5. Que el servicio prescrito tenga autorización para su comercialización o realización por la autoridad competente en el país.
6. Que en caso de tratarse de medicamentos del listado UNIRS, exista el consentimiento informado por parte del paciente o su representante.
7. Que la decisión que toma la Junta de Profesionales es concordante con los criterios jurisprudenciales señalados por la Honorable Corte Constitucional sobre el tema.

Artículo 24. Tiempos de decisión de la Junta de Profesionales de la Salud: La Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá garantizar que dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la solicitud de profesional de la salud, la Junta de Profesionales de la Salud se pronuncie en relación con la decisión adoptada. 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 el artículo 32 de la presente resolución para la garantía del suministro.

Artículo 25. Contenido del Acta de la Junta de Profesionales de la Salud. Las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud se registrarán en un acta que deberá contener como mínimo:

1. Fecha de elaboración y número de acta.
2. Nombre, tipo y número de identificación del usuario.
3. Diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades – CIE 10.
4. Servicio o tecnología complementaria, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamento del listado UNIRS prescrita por el profesional de la salud.
5. Si se trata de un servicio o tecnología complementaria, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamento del listado UNIRS única o sucesiva.
6. La justificación médica, técnica y de pertinencia acerca del uso del servicio o tecnología complementaria prescrita.
7. La decisión de aprobación o negación adoptada por la Junta.
8. Nombre y firma de todos los integrantes de la Junta.

Artículo 26. Comunicación de la decisión y obligación de reportarla: La IPS responsable de la Junta de Profesionales de la Salud que adoptó la decisión, sin perjuicio del diligenciamiento en físico del acta

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, comunicará a más tardar en 24 horas la decisión adoptada a la entidad responsable del aseguramiento del afiliado por el medio más expedito. La Institución Prestadora de Servicios de Salud, deberá diligenciar en el módulo dispuesto en el aplicativo de prescripción previsto en esta Resolución, dicha decisión para que se genere el respectivo número de prescripción.

Parágrafo. 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 ReTHUS.

Artículo 27. Periodicidad de las decisiones de la Junta de Profesionales de la Salud. En los casos en los cuales se trate de una prescripción que requiere análisis de la Junta de Profesionales de la Salud, y la misma sea ordenada de forma sucesiva, dicha Junta emitirá su decisión a través de un único concepto anual, o de acuerdo con el tiempo de tratamiento ordenado para cada paciente y por cada una de las prescripciones efectuadas. En ningún caso la autorización y concepto favorable podrá ser por tiempo indefinido.

Parágrafo. Sin perjuicio de tratarse de una prescripción sucesiva de tecnologías, cuando el medicamento esté incluido en el listado UNIRS, siempre deberá existir el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud.

Artículo 28. 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 por lo tanto deban conformar Juntas de Profesionales de la Salud, generarán a partir de los conceptos emitidos para los distintos servicios analizados, doctrina que será remitida a la Superintendencia Nacional de Salud para la elaboración de protocolos y guías.

Artículo 29. Registro en caso de usuarios con fallos de tutela. Cuando mediante un fallo de tutela se hayan ordenado servicios complementarios o de soporte nutricional de tipo ambulatorio y medicamentos del listado UNIRS, éstos no requerirán análisis por parte de la Junta de Profesionales de la Salud y deberán ser transcritos por parte del profesional de la salud de la Entidad Promotora de Salud-EPS en el módulo de tutelas del aplicativo dispuesto por este Ministerio.

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 30. Garantía del suministro. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), consultarán

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 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 a que hace referencia el Artículo 20 de la presente Resolución, en cuyo caso la autorización estará dada por la Junta de Profesionales de la Salud y en el evento de ser aprobado 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 que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin.

Parágrafo 2. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán verificar que al usuario se le suministre la prescripción efectuada por el profesional de la salud, y en todo caso deberán implementar los controles o mecanismos necesarios para evitar la duplicidad en la entrega, así como garantizar los controles de seguridad y efectividad de las prescripciones.

Parágrafo 3. Tanto 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.

Parágrafo 4. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) deberán cada 8 días reportar a este Ministerio, de acuerdo con la metodología que se defina, la fecha en la cual se realizó el suministro efectivo a cada usuario del servicio o tecnología prescrito por el profesional de la salud. En el evento de no reportar esta información, se comunicará dicha situación a la Superintendencia Nacional de Salud para lo pertinente en el marco de sus competencias.

Artículo 31. 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.

Artículo 32. 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,

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"

de acuerdo con la red definida, teniendo en cuenta los siguientes términos:

1. Ambulatorios. Contará 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. 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.

2. Atención con internación y atención 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 intrahospitalaria por internación del usuario, cuando exista urgencia vital, o 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.

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 calendario. 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 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 deberán tener presente lo señalado en el artículo 13 de esta Resolución.

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 33. Documentos generales para la presentación de recobros/cobros. Para efectos de presentar las solicitudes de recobro/cobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, el FOSYGA o la entidad que haga sus veces, 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 lo informe.
2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.
3. Plan general vigente de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados 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 34. 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 el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces.
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 35. 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

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"

por el FOSYGA o quien haga sus veces, la entidad recobrante deberá acreditar el cumplimiento de los siguientes requisitos esenciales:

1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC existía y le asiste el derecho.
2. La tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la fecha de su prestación.
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 al FOSYGA o quien haga sus veces 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 al FOSYGA o quien haga sus veces 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 36. 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 33 y 34 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:

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"

a) Si se trata de un medicamento, este debe venir reportado en CUMS e identificar la opción terapéutica que puede reemplazar o sustituir el tratamiento prescrito y que se encuentre cubierto 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). En todo caso los demás campos asociados al medicamento que puede reemplazar o sustituir el tratamiento prescrito deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, este debe venir reportado en CUMS, de acuerdo con el listado adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, 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). En todo caso los demás campos asociados al comparador administrativo deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

b) Si se trata de un procedimiento, es obligatorio sin excepción identificar el o los procedimientos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se remplazan o sustituyen, equivalentes a los solicitados, 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.

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, 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 del listado UNIRS además de la mencionada acta 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,

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 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.

Artículo 37. 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 33 y 34 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, este debe venir reportado en CUMS e identificar la opción terapéutica que puede reemplazar o sustituir el tratamiento prescrito y que se encuentre cubierto 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). En todo caso los

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"

demás campos asociados al medicamento que puede reemplazar o sustituir el tratamiento prescrito deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, este debe venir reportado en CUMS, de acuerdo con el listado adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, 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). En todo caso los demás campos asociados al comparador administrativo deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada.

- b)** Si se trata de un procedimiento, es obligatorio sin excepción identificar el o los procedimientos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se rempazan o sustituyen, equivalentes a los solicitados, 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.

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

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"

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.

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

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 38. 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.
3. Documento del proveedor con detalle de cargos cuando en la factura 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 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.

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"

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 el FOSYGA o la entidad que haga sus veces, el cual será publicado en la página web del FOSYGA de manera semestral.

Parágrafo 1. Los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se presenten ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, sólo se tramitarán cuando el monto supere un cuarto del Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (0,25 SMMLV).

Para los recobros por atenciones/prestaciones identificadas como sucesivas, las entidades recobrantes presentarán por afiliado, una única solicitud mensual de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prestados, cuyo valor corresponda como mínimo, al monto señalado en el inciso anterior. Dicha solicitud deberá acompañarse de una certificación en la cual se relacionen las facturas de dichos servicios o tecnologías en salud, suscrita por el representante legal y el revisor fiscal o contador público de la entidad recobrante, según corresponda. Esa certificación se podrá presentar por el consolidado de recobros.

Los recobros por atenciones/prestaciones, cuyo costo sea menor o igual al cuarto del Salario Mínimo Legal Mensual Vigente de que trata el presente parágrafo, se presentarán ante el FOSYGA o quien haga sus veces, siempre y cuando se compruebe que corresponde a un servicio no sucesivo para un afiliado, mediante la validación de información que se realizará con los datos registrados en el aplicativo.

En cualquier caso y para efectos de lo previsto en el presente parágrafo, las entidades recobrantes sólo podrán presentar por afiliado o usuario, una única solicitud por tipo de recobro, por cada período de radicación.

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.

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.

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. 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 39. 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 40. 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 41. Iniciación de la etapa de pre-radicación. Esta etapa inicia con el registro vía web que efectúa la entidad recobrante respecto de la información correspondiente a cada solicitud de recobro/cobro, en el sistema y con las instrucciones que para el efecto implemente e imparta el Ministerio de Salud y Protección Social o quien éste designe.

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

Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto.

Artículo 42. Validación de la información registrada. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, 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. 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 43. 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 44. 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.

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"

Los formatos de radicación de las solicitudes de recobros que corresponda podrán ser presentados de manera impresa o magnética, suscritos por el representante legal y el revisor fiscal o contador público de la entidad recobrante, según corresponda; este último deberá indicar el número de matrícula profesional.

CAPÍTULO II ETAPA DE RADICACIÓN

Artículo 45. Objeto de la etapa de radicación. El objeto de esta etapa es presentar ante el FOSYGA o la entidad que se defina para el efecto, 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 el FOSYGA o quien haga sus veces.

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 periodo de radicación establecido, los números únicos de recobro y los formatos se anularán y se entenderá no presentada la respectiva solicitud.

Artículo 46. 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 el FOSYGA o quien haga sus veces.

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

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 48. 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, el FOSYGA o la entidad que haga sus veces, cotejará el soporte documental con la información suministrada por la entidad recobrante.

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

1. Existencia de sobrantes o faltantes de solicitudes de cada recobro/cobro.
2. Inconsistencias en la identificación del usuario en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del recobro/cobro.
3. Ausencia del número de prescripción asignado en el reporte de prescripciones de 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 Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, definirá los campos del anexo sobre los cuales se realizará esta validación.

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

Parágrafo. 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 el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces, 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

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"

deberá informar el número de radicación anteriormente generado para ese recobro

CAPÍTULO IV

ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL

Artículo 49. Objeto de la etapa de auditoría integral. El objeto de la etapa de auditoría integral es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros.

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

Artículo 50. 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 51. 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 el FOSYGA o la entidad que se defina para el efecto, 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.

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

1. Fecha de expedición de la comunicación.
2. Número que identifica el mes y el año (paquete que contiene las solicitudes de recobro).
3. Resumen de la información de cantidad y valores de recobros/cobros por estado, régimen y tipo de radicación.
4. Medio magnético bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro/cobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme al manual de auditoría, indicando:
 - a. Resultado de la auditoría integral por recobro/cobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
 - b. Causales de aprobación con reliquidación, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.
 - c. La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago cuando existe aprobación parcial.
 - d. Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.

Artículo 53. 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

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"

recobro/cobro, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información.

Artículo 54. Subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría. Cuando la entidad recobrante acepte las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, podrá enmendarlas únicamente dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado y sólo para el grupo de glosas definido en el manual de auditoría, precisando las razones por las cuales va a realizar la rectificación para cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro y las mismas se acepten por la entidad recobrante y sean subsanables, se deberá radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las correcciones.

La corrección deberá incluir el número único de recobro/cobro asignado inicialmente y no podrá versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada. Para el evento en que los documentos que subsanen las glosas no se encuentren dentro de los soportes del recobro/cobro, 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 presentaran en los formatos definidos para tal fin, por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o quien haga sus veces.

Artículo 55. 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 56. Respuesta a la objeción o subsanación del resultado de la auditoría presentada. El FOSYGA o la entidad que se autorice para el efecto, 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 57. Término para la presentación de las solicitudes de recobro/cobro. Las entidades recobrantes deberán adelantar las etapas

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"

de pre-radicación y radicación de las solicitudes de recobro/cobro ante el FOSYGA o la entidad que se defina para el efecto, 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 58. 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 Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

La citada Dirección o quien haga sus veces, podrá establecer los cupos mensuales de radicación de recobros para cada entidad recobrante. Dichos cupos de radicación, se podrán 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 59. Plazo para adelantar las etapas del proceso de preauditoría y auditoría integral de las solicitudes de recobro/cobro y efectuar el pago cuando sea procedente. El FOSYGA o la entidad que se defina para el efecto, deberá llevar a cabo las etapas de preauditoría y auditoría integral e informar de su resultado a la entidad recobrante dentro de los dos (2) meses siguientes al vencimiento del 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

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"

auditoría integral arroje como resultado la aprobación del recobro/cobro. El pago se realizará a la cuenta bancaria registrada ante el FOSYGA o quien haga sus veces.

Artículo 60. 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.

TÍTULO VI PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO/COBRO

Artículo 61. 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 del FOSYGA o quien haga sus veces.

Artículo 62. Giro previo de recursos al proceso de auditoría integral de los recobros/cobros. El FOSYGA o quien haga sus veces, 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 y conforme con la metodología que para el efecto defina la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

Parágrafo. En todo caso, la ordenación del gasto y autorización del giro de que trata el presente artículo, estará supeditada a que el administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o quien haga sus veces y que el interventor del contrato de encargo fiduciario o quien haga sus veces, remitan certificación sobre el valor a girar y concepto de procedibilidad de giro, respectivamente.

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

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"

previo, la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces ordenará el gasto y autorizará el giro hasta por el monto disponible, priorizando el giro a la red prestadora de servicios.

Artículo 63. 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 el FOSYGA o quien haga sus veces, por concepto del proceso integral de compensación y giro, recobros/cobros referentes a otros períodos o pagos de cualquier otra naturaleza, 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.

El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, 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 el FOSYGA o quien haga sus veces.

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 al FOSYGA o a quien haga sus veces.

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 el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA o quien haga sus veces.

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

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"

señalados en el presente artículo en los términos y formatos que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces.

Artículo 64. Entidades exceptuadas de la medida de giro previo. Las entidades recobrantes que se encuentren incursas en una medida administrativa de intervención forzosa para liquidar o que hayan solicitado su retiro voluntario de la operación de aseguramiento en salud, no podrán ser beneficiarias de la medida de giro previo de recursos al proceso de auditoría integral.

Artículo 65. 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.

El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, solicitados por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos cubiertos en dicho Plan del mismo grupo químico, farmacológico o terapéutico que se reemplaza(n).

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:

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.

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 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.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación, cambio de anualidad y cantidad del comparador administrativo.

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.

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.

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.

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.

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.

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. Hasta tanto se expida dicho manual, se tomarán como referencia las tarifas que reconoce 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"

Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

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.

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 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, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, 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 del mismo grupo químico, farmacológico o terapéutico que lo reemplaza(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por el FOSYGA o quien haga sus veces, 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.

Parágrafo 2. 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, el FOSYGA o quien haga sus veces, 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 del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte el FOSYGA o quien haga sus veces; 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.

Parágrafo 3. 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.

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 4. En el proceso de auditoría integral 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.

Artículo 66. Pago de solicitudes de recobro/cobro aprobadas con reliquidación. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, 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 67. Pago de solicitudes de recobro/cobro aprobadas parcialmente. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, pagará parcialmente la solicitud del recobro, cuando se configure alguna de las siguientes causales:

1. Cuando como consecuencia de las solicitudes del profesional de la salud o por fallos de tutela, se incluyan prestaciones 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 68. 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 38 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 al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o a quien haga sus veces, 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

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"

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 el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, 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 el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces.

TÍTULO VII DIVERGENCIAS RECURRENTE

CAPÍTULO I PRESENTACIÓN

Artículo 69. Definición. Se entiende por divergencias recurrentes, las diferencias conceptuales entre una entidad recobrante y el Ministerio de Salud y Protección Social (FOSYGA) o quien haga sus veces, respecto de las glosas que por cualquier causal hayan sido aplicadas a las solicitudes de recobro en más de un período de radicación.

Artículo 70. 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:

1. La solicitud se debe realizar sobre diferencias conceptuales entre una entidad recobrante y este Ministerio – Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), o quien haga sus veces, 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 el FOSYGA o quien haga sus veces.
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 – Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), o quien haga sus veces, se haya

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"

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 71. Trámite y procedimiento de la divergencia recurrente.

Cuando las entidades recobrantes soliciten el trámite de la divergencia recurrente por cualquier causal, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, adelantará el siguiente procedimiento:

1. Confirmará que la solicitud radicada para el trámite por una diferencia conceptual se presenta en una entidad recobrante y el Ministerio - Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), o quien haga sus veces, 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 70 de la presente resolución.
3. Definirá 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 el FOSYGA o quien haga sus veces.
5. Se procederá a realizar un nuevo proceso de auditoría integral a los recobros objeto de la divergencia recurrente, costo este 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 en Salud con cargo a la UPC, tomará las decisiones relacionadas con el trámite que se establece en el presente artículo.

Artículo 72. Requisitos generales para la radicación de solicitudes de recobros objeto de divergencia recurrente. Dentro de los períodos de radicación establecidos para el efecto por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces, 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 el FOSYGA o quien haga sus veces, 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.

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. 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 el FOSYGA o quien haga sus veces defina para tal efecto.

Artículo 73. 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 recobrantes deberán diligenciar para cada consolidado, el Formato que defina el FOSYGA o quien haga sus veces 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

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"

requisito de que trata el inciso precedente, a la presentación del auto admisorio de la demanda debidamente ejecutoriado.

Artículo 74. Término para estudiar la procedencia y pago de las solicitudes de recobro. El FOSYGA o la entidad que se defina para el efecto, 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 75. 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 76. 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:

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 Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces
4. El Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones.

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. 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 77. 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 del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o quien haga sus veces.

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 el FOSYGA o quien haga sus veces.

6. Darse su propio reglamento.

Artículo 78. Secretaría Técnica. La Secretaría Técnica del Comité será ejercida por el Director de Administración de Fondos de la Protección Social, o por quien este delegue y ejercerá las siguientes funciones:

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.

31 AGO 2016

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. 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 79. 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 80. 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.

Artículo 81. 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,

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"

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 82. 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); a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP); a los componentes de la gestión de riesgo en salud del FOSYGA o quien haga sus veces.
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 83. 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 82 de la presente Resolución.

Artículo 84. 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

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"

definición de lo que desea estimar, el o los indicadores que permiten aproximarse a la estimación y la justificación.

Artículo 85. 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 86. 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 87. 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 88. Fijación de periodos de radicación y cronogramas para recobros/cobros. El FOSYGA o quien haga sus veces, en caso de considerarlo necesario, podrá fijar para los recobros/cobros, periodos de radicación diferentes a los establecidos en la presente Resolución o ampliar los aquí previstos y establecer los cronogramas que se requieran para tal fin.

Artículo 89. 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, el FOSYGA o quien haga sus veces, 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 90. Control y seguimiento. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que éste defina para el efecto, dará traslado a 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"

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 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 91. 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 92. 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 el Fosyga o quien haga sus veces, éste recibirá y tramitará las solicitudes presentadas con acta de Comité Técnico Científico, si por la movilidad descrita en el Artículo 92 de la presente Resolución, 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 93. Transitoriedad y plan de adaptación. Los actores a los cuales aplica la presente Resolución, de conformidad con su capacidad tecnológica y administrativa, diseñarán el plan de adaptación que se requiera para utilizar el registro de prescripción en línea de que trata la presente Resolución. Por lo tanto, las solicitudes de servicios o tecnologías en salud no cubiertas 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"

Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyas aprobaciones se expidan hasta el 30 de noviembre de 2016 por los Comités Técnicos Científicos, se presentarán ante el FOSYGA o quien haga sus veces, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 5395 de 2013, y por lo tanto el procedimiento de reconocimiento y pago se efectuará con base en las disposiciones de dicho acto administrativo.

Las entidades promotoras de salud y demás actores participantes del proceso que ya cuenten con la adaptación tecnológica y administrativa, podrán utilizar el registro de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y presentar las solicitudes de recobro ante el FOSYGA o quien haga sus veces de conformidad con lo dispuesto en la presente Resolución, a partir del 1 de septiembre de 2016.

Bajo ninguna circunstancia atribuible a la entrada en vigencia de esta Resolución, se afectará la continuidad en la prestación de los servicios.

Artículo 94. Vigencia y derogatoria. La presente resolución entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación y sus disposiciones serán exigibles desde el primero (1) de diciembre de 2016, fecha a partir de la cual quedará derogada la Resolución 5395 de 2013, salvo lo previsto en el título II 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. La Resolución 3435 de 2016 "Por la cual se modifican los artículos 16, 26, 34 y 38 de Resolución 5395 de 2013", regirá hasta el 30 de noviembre de 2016.

Las Resoluciones 1328 y 2158 de 2016 quedan derogadas a partir de la publicación del presente acto administrativo.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D.C., a los **31 AGO 2016**


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social



MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

BOGOTÁ, MAYO DE 2015

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CONTROL DE CAMBIOS DEL DOCUMENTO

Versión	Fecha	Descripción
01	Febrero de 2015	Creación de documento.
02	Mayo de 2015	DE LA NORMATIVA Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS Se actualiza con las siguientes inclusiones: 1. Ley 1450 de 2011 2. Ley 1737 de 2014 3. Ley 1751 de 2015 4. Decreto 347 de 2013 5. Decreto 3045 de 2013 6. Resolución 2635 de 2014 7. Resolución 0122 de 2015 8. Resolución 0718 de 2015 9. Nota Externa 201433200293623 10. Nota Externa 2014433200306443 11. Nota Externa 201433200014303 12. Nota Externa 201533200021483 13. Nota Externa 201533200636541
		DE LAS DEFINICIONES 1. Se complementa la definición de “Documento del Proveedor”, incluyendo la especificidad del detalle de cargos para tecnologías en salud no POS 2. Inclusión definición de Reingreso

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

Versión	Fecha	Descripción
		DE LAS DEFINICIONES, LINEAMIENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA “ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL” 6.4.1. Definición de los requisitos esenciales - En el numeral 2: se complementa definición de fecha de prestación o de suministro de la tecnología NO POS cuando la tecnología es de tipo ambulatorio. - En el numeral 4: para autorizaciones de CTC y ordenaciones de fallo de tutela, observación y criterio de auditoría. - Se incluye el detalle de la entrada en vigencia de los Formatos de Acta de CTC y Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo, expedido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, a partir del 1 de enero de 2015 - Inclusión de la validez de otras actuaciones judiciales para el reconocimiento y pago de tecnologías en salud no POS. - En el numeral 5: para la observación de la condición relacionada con los casos en los cuales en la factura no esté discriminada la atención: Se aclara que el documento debe relacionar la descripción de la tecnología en salud No POS facturada. - En el numeral 7: Aclaración del requisito que evalúa la presentación de recobros en un término máximo de (1) año al cumplir uno de los cuatro criterios citados: i, o ii, o iii, o iv. - En el numeral 9: - Cambio en la redacción numeral i) - Precisión en el cálculo específico de procedimientos de salud incluidos en el POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela. - Inclusión del criterio de auditoría en la reliquidación de los valores por fallos de tutela anteriores al 19 de Enero de 2011.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

Versión	Fecha	Descripción
		6.4.2. Definición de los criterios de auditoría de los requisitos esenciales para la presentación de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud 1. Se eliminan las glosas 30.02, 30.03, 30.04, los criterios que obedecían a dichas glosas se validan en otra etapa del proceso, su incumplimiento genera anulación. 2. Precisión de la glosa 32.02 3. Se reemplaza la glosa 32.03 por el contenido de la glosa 42.10, ya que esta última no obedece a una glosa de reliquidación sino de estado. El contenido de la glosa 32.03 original queda incluido en la glosa 32.02. 4. Inclusión en la glosa 34.20. Criterios explícitos para adjuntar actas aclaratorias de CTC 5. Inclusión del detalle de glosa 34.24. Correspondencia de los integrantes registrados en el acta de CTC con los reportados a la SNS 6. Precisión de la glosa 37.04 7. Inclusión del detalle de glosa 42.11. Servicios que no fueron tramitados por CTC y que fueron ordenados mediante fallo de tutela hasta el 18 de enero del 2011. Reconocimiento del 50% del valor facturado por el proveedor 8. Inclusión del detalle de glosa 42.12. Servicios que no fueron tramitados por CTC y que fueron ordenados mediante fallo de tutela hasta el 18 de enero del 2011. Reconocimiento del 85% del valor facturado por el proveedor 9. Inclusión de los criterios que se aplican en el proceso de objeción al resultado de la auditoría 8. Descripción del proceso relacionado con el resultado de la auditoría integral y comunicación a las entidades recobrantes 1. Inclusión de las opciones que tiene la entidad recobrante con respecto al trámite que debe realizar una vez conoce los resultados de auditoría integral. Inclusión Capítulo 9. Definición de los criterios que se aplican en el proceso de Objeción al Resultado de la Auditoría Integral

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

TABLA DE CONTENIDO

1. PROPÓSITO.....	6
2. ALCANCE	7
3. DOCUMENTOS DEL SIGI ASOCIADOS AL MANUAL	8
4. NORMATIVA Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS.....	8
5. DEFINICIONES	17
6. DEFINICIONES, LINEAMIENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA “ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL”	29
6.1. Características de la información.....	30
6.2. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos de las entidades recobrantes.....	30
6.3. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el proceso de verificación de los cobros.....	32
6.4. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos esenciales de los cobros por tecnologías en salud no cubiertas por el plan obligatorio de salud	35
7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA AUDITORIA INTEGRAL DERECHOS ORIGINADOS EN APROBACIONES DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO U ORDENADAS POR FALLO DE TUTELA	72
8. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO RELACIONADO CON EL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL Y COMUNICACIÓN A LAS ENTIDADES RECOBRANTES.....	73
9. DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS QUE SE APLICAN EN EL PROCESO DE OBJECCIÓN AL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL.....	74

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS****CÓDIGO:**

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

1. PROPÓSITO

El proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA está integrado por las etapas de pre radicación, radicación, pre auditoría y auditoría integral, de conformidad con la Resolución 5395 de 2013. Desde esta perspectiva, el presente documento corresponde a la descripción de los parámetros que serán objeto de evaluación en la denominada “*Etapas de Auditoría Integral*” establecida en el Capítulo IV de la mencionada Resolución.

La auditoría integral, corresponde a la etapa del proceso en donde se revisan las solicitudes presentadas por las entidades recobrantes, considerando tres aspectos a saber: **técnico-médico, jurídico y financiero**; los cuales se analizan de forma conjunta y completa, con el fin de obtener un resultado que da lugar al reconocimiento y pago de las tecnologías en salud NO POS. Por el contrario, el incumplimiento en alguno de los requisitos previstos, da como resultado la aplicación de una glosa.

En este sentido, el propósito fundamental de este documento es estandarizar los criterios de verificación del cumplimiento de los requisitos previstos en la Resolución 5395 de 2013, de los recobros presentados ante el FOSYGA, por tecnologías en salud NO POS, en el aspecto técnico-médico, jurídico y financiero, señalados por las normas vigentes e instrucciones impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y describir los lineamientos técnicos que servirán de base en la etapa de auditoría integral con el fin de obtener los resultados esperados por los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, en especial las entidades recobrantes, en los tiempos y con la calidad que se requiere, salvaguardando los recursos públicos y mejorando el flujo efectivo y oportuno de los mismos.

Es importante precisar, que el éxito del proceso de auditoría integral se encuentra ligado de manera directa a la responsabilidad que les asiste a las entidades recobrantes, en relación a la veracidad, claridad, consistencia y precisión de la información que se radica en las solicitudes, así como que ésta se realice dentro de los términos y condiciones que se indican en las normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para obtener los mejores resultados en el proceso de reconocimiento y pago de tecnologías en salud NO POS.

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS****CÓDIGO:**

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

2. ALCANCE

El presente manual está dirigido y su contenido aplica a los siguientes actores:

- 1) Firma responsable de la auditoría integral de los cobros, contratada por el Ministerio de Salud y Protección Social: teniendo en cuenta que la mencionada firma es la encargada de realizar el proceso de auditoría a las solicitudes de cobros presentadas por las entidades cobradoras en los ámbitos médico, jurídico y financiero.
- 2) Entidades cobradoras: estas entidades deben garantizar a sus afiliados la prestación de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y posteriormente adelantar el proceso de cobro ante el FOSYGA. El presente manual contiene los parámetros a evaluar en la etapa de Auditoría Integral, para las solicitudes que cumplieron los requisitos previstos en las etapas de pre-radicación, radicación y pre-auditoría, de acuerdo con los requisitos establecidos en la normativa vigente, las instrucciones impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la jurisprudencia constitucional aplicable.
- 3) Interventoría del contrato suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la firma responsable de la auditoría integral de los cobros: para garantizar la calidad de los resultados de la auditoría integral, la mencionada interventoría aplicará los lineamientos técnicos contenidos en este manual.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

3. DOCUMENTOS DEL SIGI ASOCIADOS AL MANUAL

- Proceso GRE Gestión de Recobros
- Proceso Administración de Recursos de los Fondos de la Protección Social
- Manual Operativo de Medicamentos y Tutelas GRE-M01.
- Documento controles frente a actividades Tercerizadas.

4. NORMATIVA Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS

Leyes

No. LEY	ASUNTO
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud
Ley 1393 de 2010	Por la cual se definen las rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se re-direccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1448 de 2011	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones
Ley 1450 de 2011	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010 - 2014
Ley 1608 de 2013	Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud
Ley 1737 de 2014	Por la cual se decreta el Presupuesto de Rentas y Recursos de Capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:	GRE-M02	VERSIÓN:	2	FECHA:	Mayo de 2014

Decretos

No. DECRETO	ASUNTO
Decreto 1283 de 1996	Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Decreto 806 de 1998	Precisa tema de atención No POS-S (Art. 30 y 31)
Decreto 783 de 2000	Define Atención Inicial de Urgencias
Decreto Ley 1281 de 2002	Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación
Decreto 4747 de 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones
Decreto 1716 de 2009	Por el cual se reglamenta el artículo 13 de la Ley 1285 de 2009, el artículo 75 de la Ley 446 de 1998 y del Capítulo V de la Ley 640 de 2001
Decreto Ley 019 de 2012	Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública
Decreto 1865 de 2012	Por el cual se reglamenta el artículo 122 del Decreto-ley 019 de 2012
Decreto 347 de 2013	Por el cual se reglamenta el inciso 4 del artículo 11 de la Ley 1608 de 2013
Decreto 3045 de 2013	Por el cual se establecen unas medidas para garantizar la continuidad en el aseguramiento y se dictan otras disposiciones

Resoluciones

No. RESOLUCIÓN	ASUNTO
Resolución 5261 de 1994	Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud
Resolución 2816 de 1998	Atención de Urgencias- Modifica Art. 10 de la Res. 5261 de 1994
Resolución 3374 de 2000	Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

No. RESOLUCIÓN	ASUNTO
	de salud prestados
Resolución 4905 de 2006	Norma técnica para interrupción voluntaria del embarazo
Resolución 3442 de 2006	Guías para atención de ERC y VIH-Sida
Resolución 769 de 2008	Norma técnica sobre Planificación familiar
Resolución 3047 de 2008	Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007
Resolución 2977 de 2012	Por la cual se definen los términos, requisitos, formatos y periodos de radicación de que trata el artículo 5° del Decreto número 1865 de 2012
Resolución 3778 de 2013	Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012, modificada por la Resolución número 4251 de 2012 y se dictan otras disposiciones
Resolución 5395 de 2013	Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y se dictan otras disposiciones
Resolución 5521 de 2013	Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)
Resolución 2635 de 2014	Por la cual se definen las condiciones para la operación de la movilidad entre regímenes
Resolución 5926 de 2014	Por la cual se ajusta el Anexo 01 de la Resolución 5521 de 2013
Resolución 0122 de 2015	Por la cual se modifica la Resolución 2635 de 2014 que define las condiciones para la operación de la movilidad entre regímenes
Resolución 0718 de 2015	Por la cual se autoriza el ajuste por IPC para los precios de los medicamentos regulados en las Circulares 04, 05 y 07 de 2013 y 01 de 2014, de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:	GRE-M02	VERSIÓN:	2	FECHA:	Mayo de 2014

Acuerdos

No. ACUERDO	ASUNTO
Acuerdo 008 de 1994CNSSS	Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Acuerdo 72 de 1997	Por medio del cual se define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado
Acuerdo 74 de 1997	Por medio del cual se adiciona el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado
Acuerdo 228 de 2002	Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones
Acuerdo 226 de 2002	Por el cual se incluye el uso de una tecnología dentro de las prestaciones que componen el Plan Obligatorio de Salud/Servicios de Radioterapia con Acelerador lineal para la teleterapia con fotones
Acuerdo 236 de 2002	Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 228 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
Acuerdos 254 de 2003	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2004 y se dictan otras disposiciones/ Carga viral para VIH y Stent coronario no recubierto (Inclusión)
Acuerdo 259 de 2004	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2004 y se dictan otras disposiciones/ Carga viral para VIH y Stent coronario no recubierto (Inclusión)
Acuerdo 260 de 2004	Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Acuerdo 263 de 2004	Por el cual se da cumplimiento al fallo proferido por el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, dentro del expediente AP 2212.
Acuerdo 282 de 2004	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2005 y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 289 de 2005	Por medio del cual se aclara la cobertura de servicios en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado
Acuerdo 302 de 2005	Por medio del cual se incluyen unas prestaciones en el Plan

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

No. ACUERDO	ASUNTO
	Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado/ Mallas para hernioplastia (Inclusión)
Acuerdo 306 de 2005	Por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.
Acuerdo 313 de 2005	Por medio del cual se incluye una prestación en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado/ Colectistomía laparoscópica (Inclusión)
Acuerdo 336 de 2006	Por el cual se actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen otras prestaciones en los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006 y se dictan otras disposiciones.
Acuerdo 350 de 2006	Por medio del cual se incluye en el Plan Obligatorio de salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la atención para la interrupción voluntaria del embarazo.
Acuerdo 368 de 2007	Por medio del cual se incluye un medicamento en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Plan Obligatorio de Salud/ Inclusión medicamento Lopinavir + Ritonavir en tabletas
Acuerdo 380 de 2007	Por medio del cual se incluyen medicamentos anticonceptivos hormonales y el condón masculino en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado.
Acuerdo 008 de 2009 de la CRES	Por el cual se corrigen aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 014 de 2010 de la CRES	Por el cual se corrigen algunos yerros en el Acuerdo 008 de 2009
Acuerdo 025 de 2011 de la CRES	Por el cual se realizan algunas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 029 de 2011 de CRES	Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:	GRE-M02	VERSIÓN:	2	FECHA:	Mayo de 2014

Circulares

No. Circular	ASUNTO
Circular Externa 094 de 2004	Aclaración de cobertura de servicios para la Rehabilitación Pulmonar en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo
Circular Externa 010 de 2006	Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes. Atención Inicial de Urgencias
Circular 1 de 2012 CNPMSM	Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo y se dictan otras disposiciones.
Circular 3 de 2012 CNPMSM	Por la cual se modifica parcialmente la Circular número 01 de 2012.
Circular 04 de 2012 CNPMSM	Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo y se dictan otras disposiciones.
Circular 001 de 2013 CNPMSM	Por la cual se aclara el sentido, interpretación y alcance del artículo 2° de la Circular No. 01 del 14 de abril de 2010 de la Comisión Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos.
Circular 002 de 2013 CNPMSM	Por la cual se amplía el plazo para el desarrollo de la metodología según lo establecido en el artículo 8 de la Circular 002 de 2011, modificado por el artículo 8 de la Circular 01 de 2012.
Circular 003 de 2013 CNPMSM	Por la cual se establece la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional
Circular 004 de 2013 CNPMSM	Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su Precio Máximo de Venta en el territorio nacional
Circular 005 de 2013 CNPMSM	Por la cual se modifica la Circular 04 de 2013
Circular 006 de 2013 CNPMSM	Por la cual se incorpora al régimen de control directo el medicamento KALETRA el cual contiene los principios activos Lopinavir y Ritonavir
Circular 007 de 2013 CNPMSM	Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 003 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su Precio máximo de venta

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:	GRE-M02	VERSIÓN:	2	FECHA:	Mayo de 2014

No. Circular	ASUNTO
Circular 001 de 2014 CNPMSM	Por la cual se incorporan medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su precio máximo de venta, se modifica la Circular 07 de 2013 y se dictan otras disposiciones.
Circular 034 de 2014	Auditoría Concurrente Unión Temporal FOSYGA 2014 dirigida a Entidades reclamantes y reclamantes instituciones prestadoras de salud, proveedores de tecnología en salud, personas jurídicas, personas naturales y demás entidades involucradas en el proceso de cobros y reclamaciones ante el FOSYGA.
Circular 1 de 2015 CNPMDM	Por la cual se interviene en los mercados de dispositivos médicos, se establece un régimen de libertad vigilada para estos productos y se someten uno estents coronarios a control directo.

Notas Externas

No. Nota Externa	ASUNTO
217247 de 2012	Conciliaciones prejudiciales e instructivo para la presentación de cobros o reclamaciones en trámite de conciliación prejudicial.
20143320060543	Remisión de información reintegro de recursos por concepto de Cobros por Prestaciones en salud NO POS o reclamaciones ECAT - Resolución 3361 de 2013.
201433200014303	Resolución 5395 de 2013 Formatos y anexos técnicos para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro.
201433200214183	Pre radicación de solicitudes de cobros con excepciones de validación de BDU.
201433200293623	Entrada en vigencia Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo y Formato de Acta de Comité Técnico Científico
201433200296233	Período de radicación de divergencias recurrentes, exclusiones del POS y Prestaciones No Financiadas con Recursos del SGSSS.
201433200296573	Período de radicación de divergencias recurrentes.
2014433200306443	Ampliación período para la nueva presentación de cobros con resultados de

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:	GRE-M02	VERSIÓN:	2	FECHA:	Mayo de 2014

No. Nota Externa	ASUNTO
	auditoría integral, Resolución 5395
201433200325243	Período de radicación de divergencias recurrentes.
201433200208153	Conciliación de etapas de pre radicación y radicación del proceso ordinario (MYT 01-02) de Recobros.
201433200179423	Precisiones Resolución 5395 de 2013.
201433200170103	Validaciones excepcionales BDUA radicación mes de julio de 2014.
201433200152233	Adopción del anexo técnico de Comparadores Administrativos para medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios.
201433100142683	Orden médica en recobros originados en tutelas.
201433200014303	Formatos y anexos técnicos para el proceso de verificación, control y pago de solicitudes de recobro
201433210469851	Ajuste estructura de datos para presentación económicas al FOSYGA.
201433200207053	Período de Aplicación Nota Externa MYT04 201433200190093 del 1 de agosto de 2014.
201433200190093	Formatos para la presentación de objeción a los resultados de Auditoría integral – Art. 31 de la Resolución 5395.
201433200100153	Divergencias recurrentes.
201433200083073	Periodo de radicación de divergencias recurrentes.
201433200140123	Período de radicación divergencias recurrentes.
201433200293623	Entrada en vigencia Formato de Justificación Médica de Tecnologías en Salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo y Formato de Comité Técnico Científico.
201433200296523	Lineamientos y criterios técnicos respecto a exclusiones del POS y prestaciones que no pueden ser financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
201533200002583	Giro previo divergencias recurrentes Resolución 5648 de 2014.
201533200021483	Período de radicación divergencias recurrentes.

Instrucciones

No. RADICADO MSPS	ASUNTO	Fecha del Documento
12100-212	Términos de presentación de recobros Resolución 2933 de 2006	29/01/2007
12100-5197	Tratamiento contable procedimiento recobros y reclamaciones - Contaduría General de la Nación	16/09/2008
7650	Respecto del POS para el factor Recombinante con sacarosa (Kogenate F5) POS O NO POS	26/12/2008

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

No. RADICADO MSPS	ASUNTO	Fecha del Documento
3377	Validaciones al proceso de cobros y reclamaciones	13/07/2009
12100-5820	Cumplimiento de fallos de tutela en relación con el régimen subsidiado	20/11/2009
12100-5836	Aplicación de la extensión de competencias del Comité Técnico Científico en cumplimiento de la sentencia C-463 DE 2008	23/11/2009
199824	Autorización de servicios en Salud por CTC expresamente excluidos del POS	15/07/2010
4689	Aplicación de la Resolución 4377 de 2010	06/01/2011
8457	Aclaraciones códigos CUM	13/01/2011
2470	Remisión de información de cobros incautados por la Fiscalía General de la Nación	10/01/2012
11931	Alerta por retiro del producto Bevacizumab/Avastin en la indicación del cáncer de mama	25/01/2012
14370	Licencias de importación Eculizumab	27/01/2012
22064	Uso por fuera de la indicación aprobada (uso off label) del producto Bevacizumab/Avastin en oftalmología	07/02/2012
21177	Licencias de importación Eculizumab	07/02/2012
3320-168828	Criterio de auditoría respecto de la diferencia entre medio físico y medio magnético de medicamentos facturados y cobrados	06/08/2012
196180	Validaciones proceso de auditoría-los cobros radicados deben ser cruzados con las bases de datos indicadas.	06/09/2012
201333200341901	Concepto relacionado con la cobertura del POS respecto del procedimiento de Ecocardiograma con Stress Farmacológico	21/03/2013
201333200398591	Criterios de auditoría aplicables a cobros radicados a partir de marzo de 2013	05/04/2013
201333210791301	Interpretación Resolución 3086 de 2012	19/06/2013
201331100159883	Concepto Gadolinio medio de contraste	25/06/2013
201333200969491	Cobertura del Plan Obligatorio de Salud del Stent	25/07/2013
201333201041481	Consolidación de conceptos relacionados con la cobertura del POS	12/08/2013
201333201336521	Actividades, plazos y responsables en el trámite de solicitudes de cobros presentadas ante el FOSYGA	02/10/2013
201331100323903	Conceptos respecto de la cobertura del POS	19/11/2013
201331100324063	Nomenclatura SOD Integralidad NO POS	19/11/2013
201333201580941	Concepto SOD e integralidad del NO POS	20/11/2013
201331100368393	Concepto cobertura de Prótesis oculares	30/12/2013
201431100014523	Concepto Ecocardiograma con Stress con prueba de Esfuerzo o	21/01/2014

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

No. RADICADO MSPS	ASUNTO	Fecha del Documento
	con Prueba Farmacológica	
201431100014453	Respuesta Solicitud Divergencias recurrentes Coomeva EPS S.A	21/01/2014
201431100032053	Divergencias recurrentes coberturas	06/02/2014
201431100070803	Divergencias recurrentes coberturas	26/03/2014
201431100107013	Cobertura del POS para DIPEPTIVEN	09/05/2014

Sentencias

No. Sentencia	AÑO
Sentencia SU-480	1997
Sentencia C-510	2004
Sentencia C-463	2008
Sentencia T-760	2008
Sentencia T-160	2014

5. DEFINICIONES

- Acta del Comité Técnico Científico (CTC): Formato definido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social en el cual, se registra la decisión justificada de aprobar o desaprobado el suministro de una tecnología en salud NO POS, suscrita por los miembros que integran el Comité y que participan en la sesión, foliada y con los soportes utilizados como base de la decisión.

Las autorizaciones emitidas por los CTC a partir del 1º de mayo de 2014, se deben registrar en el formato adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social. Las autorizaciones aprobadas por CTC antes del 1º de mayo de 2014, se validan en el formato diseñado e implementado por cada entidad recobrante.

El Acta de CTC puede autorizar varias Tecnologías en Salud siempre y cuando se cumplan todas las siguientes condiciones: i) correspondan a un mismo usuario, ii) esté aprobando en la misma fecha los servicios solicitados, iii) correspondan a solicitudes del mismo médico tratante y iv) la justificación médica y el diagnóstico apliquen en todos los casos de igual forma y cumplan con todos los requisitos establecidos en la Resolución 5395 de 2013.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:	GRE-M02	VERSIÓN:	2	FECHA:	Mayo de 2014

- **Acta Aclaratoria del Comité Técnico Científico (CTC):** es un documento que la entidad recobrante puede presentar en caso que el Comité Técnico Científico requiera aclarar las actas aprobadas en una sesión anterior, siempre y cuando: i) no se afecte la situación o el derecho creado en favor del respectivo usuario, ii) no se modifique la tecnología en salud inicialmente autorizada, iii) exista congruencia entre lo solicitado por el médico tratante, lo deliberado por el Comité, lo facturado por el prestador y lo suministrado al usuario, iv) no se modifiquen los miembros que integran el Comité y suscribieron el Acta
- **Acta Consolidada del Comité Técnico Científico (CTC):** corresponde al Formato de Acta realizada por cada sesión, que identifica cada uno de los casos analizados en dicha sesión. Debe asignarse un número consecutivo por las EPS, estar firmada autógrafa o digitalmente por todos los miembros del CTC y contener la siguiente información: Nombre completo del paciente, tipo y número de documento de identidad, Tecnología en Salud Evaluada, concepto del Comité, sea este, aprobado o negado y cantidad autorizada; en este caso deberá elaborarse un Formato de Acta de CTC para cada caso evaluado pero no será exigible la firma de los representantes en este documento.

Para efectos de la radicación de los documentos que soportan el recobro, la entidad recobrante deberá allegar copia del Formato de Acta consolidada y copia del formato de Acta de CTC por cada caso recobrado; es decir, que por cada recobro se aportarán ambos formatos.

- **Atención inicial de urgencias¹:** Denomínese como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales², realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.
- **Atención de urgencia³.** Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

¹ Tomado de la Circular Externa No. 049 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud

² "(...) La estabilización de los signos vitales, límite de la responsabilidad de la atención inicial de urgencias a cargo de la entidad que inicialmente atiende el paciente con un cuadro patológico de urgencias, consiste en emplear los medios adecuados a su nivel de complejidad para que los signos vitales descritos, se sitúen dentro de los límites adecuados para la definición de un pronóstico, determinar la referencia o postergar la práctica de un procedimiento sin poner en riesgo la seguridad del paciente, responsabilidad en últimas del médico tratante que define tal hecho.(...)" (Tomado de la Circular Externa No. 049 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud)

³ Tomado de la Circular Externa No. 049 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

- **Auditoría integral:** es la etapa en la cual se verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los cobros, teniendo en cuenta los ámbitos técnico-médico, jurídico y financiero.
- **Base de datos:** Plataforma tecnológica que permite almacenar información de forma organizada con base en una parametrización previamente establecida. Es una herramienta con la cual se efectúan validaciones en el proceso de verificación para control y pago de las solicitudes de cobro presentadas ante el FOSYGA.
- **Base de Datos Única de Afiliados (BDUA):** Base de datos de aportantes y afiliados plenamente identificados, que contiene la información de cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, regímenes especiales y exceptuados del mismo y planes adicionales.
- **Cantidad autorizada:** Cantidad total de servicios o tecnologías en salud NO POS que el Comité Técnico Científico autoriza para un usuario.
- **Caja de Compensación Familiar (CCF):** Entidades privadas, sin ánimo de lucro, organizadas como corporaciones de carácter civil, vigiladas por la Superintendencia de Subsidio Familiar que pueden tener dentro de sus programas, como unidad de negocio, a una Entidad Promotora de Salud.
- **Documento del proveedor con detalle de cargos:** Documento de la persona natural o jurídica que factura a la entidad cobrante una tecnología en salud NO POS, bien sea en el ámbito ambulatorio u hospitalario, en el que incluye el detalle de cargos cuando no está discriminada la atención. Se debe utilizar siempre que corresponda a prestaciones tales como: paquetes, programas, clínicas o conjuntos de atención, entre otros, de tal forma que sea posible identificar el detalle de la tecnología No POS cobrada. Así mismo, debe utilizarse cuando no se desagrega la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud NO POS por cada usuario, o cuando la factura incluye el tratamiento de más de un paciente.
- **Certificación del proveedor cuando la factura incluye el tratamiento de más de un afiliado:** Documento del proveedor que permita establecer que la Tecnología en Salud que se relaciona en la factura, fue suministrada a más de un afiliado, en cuyo caso deberá identificarse con nombre o tipo y número de identificación.
- **Certificación del representante legal cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor no le sea posible identificar el usuario:** Es un documento en el cual se indica a qué factura se imputa la tecnología en salud NO POS y el (los) paciente(s) a quien (es) le(s) fue suministrada, especificando la fecha de prestación del servicio y la factura de venta o documento equivalente.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

- Certificación del representante legal cuando la entidad recobrante importa directamente el medicamento objeto del recobro: Documento en donde se informe que la Tecnología en Salud recobrada, fue directamente importada por la entidad recobrante, lo cual no exime de la presentación de los demás requisitos de la normativa vigente.
- Certificación del representante legal cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados: Documento en donde se informe que los medicamentos importados para un usuario específico quedaron disponibles y serán utilizados en otro paciente que lo requiera.
- Certificación del representante legal cuando la copia del CTC no cuente con la totalidad de las firmas: Documento que certifique que el Comité se llevó a cabo con los 3 integrantes requeridos en la norma y que solo hizo falta la firma de uno de ellos.
- Cierre efectivo del proceso de verificación: Corresponde a la finalización de las etapas de pre-radicación, radicación, pre-auditoría y auditoría integral del proceso de cobros adelantado por el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para el efecto, en un período de tiempo determinado.
- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10): Es la herramienta de diagnóstico estándar para la epidemiología y la gestión de la salud, que permite la producción de estadísticas sobre mortalidad y morbilidad que son comparables en el tiempo entre unidades o regiones de un mismo país y entre países. Consiste en un sistema de códigos alfanuméricos (categorías y sub categorías) los cuales se asignan a términos diagnósticos debidamente ordenados. Cuenta con procedimientos, reglas y notas para asignar los códigos a los diagnósticos anotados en los registros y para seleccionar aquellos que serán procesados para la producción de estadísticas de morbilidad y mortalidad en especial, las basadas en una sola causa.
- Código interno del proveedor de tecnologías en salud NO POS: Identificación asignada por el proveedor de procedimientos e insumos que no están incluidos en las codificaciones adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos: Comisión de alto nivel creada por la Ley 100 de 1993, integrada por el Ministro de Salud y Protección Social, el Ministro de Comercio, Industria y Turismo y, un Delegado personal del Presidente de la República, encargada de dictar las políticas de regulación de precios de medicamentos y dispositivos médicos
- Comité Técnico Científico (CTC): Comité conformado por un (1) representante de la entidad administradora de planes de beneficios, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

Salud (IPS) de su red y un (1) representante de los usuarios, cuya función es analizar las tecnologías en salud no incluidas en el POS ordenadas por los médicos tratantes a fin de aprobar o desaprobar la solicitud considerando lo previsto en el Título II de la Resolución 5395 de 2013.

- Comparador administrativo: Tecnología en salud incluida en el Plan Obligatorio de Salud POS, que las entidades recobrantes deben utilizar para definir el monto a recobrar por aquella tecnología en salud que es objeto de recobro.
- Concentración del medicamento: Cantidad de principio activo que contiene un medicamento, en un determinado peso o volumen.
- Copago: Aporte en dinero que hacen los beneficiarios correspondiente a una parte del valor del servicio requerido y tienen como finalidad ayudar a financiar el SGSSS.
- Cuota moderadora: Aporte en dinero que hacen los cotizantes y beneficiarios en algunos servicios que tiene por objeto regular la utilización de los mismos y estimular su buen uso.
- Código Único de Medicamentos (CUM): Identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA.
- Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS): Corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan en Colombia, identificados por un código y descritos por una nomenclatura validada por los expertos del país.
- Declaración de importación: Documento mediante el cual se informa a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, los datos relativos a la tecnología a importar, la llegada al territorio aduanero, se liquidan los tributos aduaneros y se solicita el levante a efectos de la nacionalización de la misma. Acredita la introducción legal de una tecnología al territorio nacional.
- Declaración Andina de Valor: Documento soporte de la declaración de importación que está previsto por la DIAN. En él se consigna la información técnica respecto a las condiciones y circunstancias de la operación comercial que da lugar a la importación de la tecnología, que sirven para determinar el valor aduanero de la misma.
- Documento equivalente a factura de venta: Documento soporte que equivale a la factura de venta, expedido por el proveedor de la tecnología en salud NO POS, tales como: tiquetes de

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

máquina registradora, tiquetes o billetes de transporte de pasajeros, incluido el tiquete o billete electrónico y la factura electrónica.

- Denominación Común Internacional (DCI): Es el nombre recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cada medicamento. La finalidad de la Denominación Común Internacional (DCI) es conseguir una buena identificación de cada fármaco en el ámbito internacional.
- Días/tratamiento: Cantidad del medicamento que se administra para mantener el efecto farmacológico, una vez se obtiene la concentración plasmática o una determinada respuesta clínica. También se define como la dosis administrada durante el estado estacionario por unidad de tiempo o por intervalo de dosificación.
- Disponibilidad del medicamento importado: Corresponde a sobrante de medicamento importado para un usuario específico, que por razones ajenas a la entidad recobrante no se puede utilizar en éste.
- Dosis del medicamento: Cantidad indicada para la administración de un medicamento, los intervalos entre las administraciones y la duración del tratamiento.
- Dosis/día: Cantidad de medicamento que se administra durante 24 horas.
- Epicrisis: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación, o de hospitalización, de acuerdo con los contenidos y características definidos en la Resolución 3374 de 2000, o las normas que la sustituyan, modifiquen o adicionen.
- Equipo biomédico: Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
- Etapas del proceso de verificación y control de las solicitudes de recobro: las solicitudes de recobro para pago surtirán las siguientes etapas de verificación y control:
 - ✓ Etapa de pre-radicación: el objeto de esta etapa es validar la información registrada por la entidad recobrante con bases de datos, con el fin de establecer la existencia del usuario, la consistencia de códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro y las investigaciones administrativas o judiciales.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

- ✓ Etapa de radicación: el objeto de esta etapa es presentar los Formatos MYT y MYTR junto con los soportes en medio impreso o magnético, según la normativa vigente.
 - ✓ Etapa de pre-auditoría: el objeto de esta etapa es verificar que el recobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.
 - ✓ Etapa de auditoría integral: el objeto es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros, conforme el manual de auditoría.
- Extemporaneidad: corresponde a la inoportunidad en la presentación de las solicitudes de recobro por parte de las entidades recobrantes al no adelantar las etapas de pre-radicación y radicación ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, dentro del año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento; es decir, cuando se radica el recobro después del año siguiente a la fecha de radicación de la factura de venta o documento equivalente por parte del proveedor ante la entidad recobrante, o a la fecha de prestación del servicio. Si el año de vencimiento para presentación del recobro sucede en día posterior al día de radicación se entiende radicado en tiempo, siempre y cuando se presente en el período de radicación inmediatamente siguiente.
 - Entidad recobrante: Entidad que garantiza el suministro de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, en virtud de una autorización del Comité Técnico Científico- CTC o de una orden de fallo de tutela y solicita ante el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para el efecto, el pago de dichas tecnologías en salud.
 - Evidencia de entrega: Prueba que permite a la entidad recobrante demostrar que la tecnología autorizada u ordenada fue recibida por el respectivo usuario o aplicada al mismo.
 - Evidencia de entrega en servicios ambulatorios: Firma o número de identificación del: i) paciente, ii) representante del paciente, iii) responsable del paciente, iv) acudiente del paciente o v) de quien recibe la tecnología, registrada en alguno de los siguientes documentos: i) factura de venta, ii) documento equivalente a la factura, iii) autorización de servicios, iv) fórmula médica, v) orden médica, vi) certificación del prestador, o vii) formato diseñado por la entidad recobrante.
 - Evidencia de entrega en la atención inicial de urgencias: Corresponde a la copia del informe de atención inicial de urgencias.
 - Evidencia de entrega en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria y ambulatoria: Corresponde al resumen de atención o de la epicrisis.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

- **Factura del agente aduanero:** Documento que expide la persona jurídica que ejerce el agenciamiento aduanero, autorizadas por la DIAN para ejercer una actividad de naturaleza mercantil y de servicio, orientada a garantizar que los usuarios de comercio exterior que utilicen sus servicios cumplan con las normas legales existentes en materia de importación, exportación y tránsito aduanero y cualquier operación o procedimiento aduanero inherente a dichas actividades.
- **Factura de venta:** Documento con valor probatorio, constituye título valor que debe cumplir con los requisitos del estatuto tributario y que el proveedor de la tecnología en salud NO POS entrega al comprador de la misma.
- **Fallo de tutela:** Providencia judicial dictada por un juez de la República, en virtud de la acción constitucional de tutela, interpuesta por un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por considerar vulnerado el derecho a la salud que ordena el suministro de tecnologías en salud NO POS.
- **Fecha de elaboración del Acta del Comité Técnico Científico:** Corresponde a la fecha en que los integrantes del Comité Técnico Científico elaboran el acta de la sesión en la cual se evalúa, aprueba o desaprueba el suministro de una tecnología en salud NO POS.
- **Firmas:** Corresponden al registro autógrafo o digital que respalda un documento físico o electrónico, a fin de establecer que el firmante tenía la intención de acreditarlo y de ser vinculado con su contenido. Las firmas escaneadas no son válidas en la presentación de los recobros ante el FOSYGA.
- **Forma farmacéutica:** Forma física en que se presenta un producto farmacéutico terminado, que tiene como objetivo fundamental proteger el fármaco y facilitar su dosificación y aplicación terapéutica, tales como: tableta, cápsula, gragea, polvo para suspensión, solución inyectable.
- **Fórmula u Orden médica:** documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe una tecnología en salud, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, con fines de promoción y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.
- **Fórmula o preparación magistral.** Preparado o producto farmacéutico elaborado por un químico farmacéutico para atender una prescripción médica, de un paciente individual, que requiere de algún tipo de intervención técnica de variada complejidad. La preparación magistral debe ser de dispensación inmediata.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:	GRE-M02	VERSIÓN:	2	FECHA:	Mayo de 2014

- Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA): Cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, administrada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud. Tiene las siguientes subcuentas que se manejan de manera independiente: de compensación interna del régimen contributivo, de solidaridad del régimen subsidiado de salud, de promoción de la salud, del seguro de riesgos catastróficos y de garantías para la salud.
- Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral: Formato diseñado por la Dirección de Administración de Fondos en el cual un médico de la entidad recobrante debe registrar y justificar técnico científicamente la(s) tecnología(s) en salud suministrada(s) a un paciente en para dar cumplimiento a lo ordenado en un fallo de tutela que no sea expreso o que ordene un tratamiento integral.
- Fuera de término en la presentación de la objeción: Cuando se presenta y sustenta la objeción después de los dos (2) meses siguientes a la fecha de comunicación del resultado de auditoría.
- Glosa: no conformidad que afecta en forma parcial o total el reconocimiento y pago de un recobro, por la existencia de un error, una inconsistencia o la ausencia de algunos de los documentos, requisitos o datos previstos en la normativa vigente.
- Identificación del usuario: Corresponde al número de identificación del usuario para el cual el CTC autoriza la tecnología en salud NO POS, o el fallo de tutela que ordena la tecnología en salud NO POS.
- Insumo médico: Artículo, instrumento, aparato o artefacto, máquina, software, equipo biomédico, utilizado solo o en combinación, incluyendo componentes, partes o accesorios fabricados, para uso en diagnóstico, tratamientos, restauración, corrección o modificación de una función fisiológica o estructura corporal en un ser humano.
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA): Entidad encargada de la ejecución de las políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico, y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva.
- Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS): Son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias o solidarias (tales como: clínicas, hospitales, centros de atención, entre otras)

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas.

- **Medicamento:** Preparación farmacéutica obtenida a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentada bajo una forma farmacéutica que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad.
- **Medicamento esencial:** Preparación farmacéutica que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbilidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía de un país. Corresponde a los contenidos en el listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS, del SGSSS.
- **Medicamento vital no disponible:** Medicamento indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente y que no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes.
- **MYT – R:** Formato resumen de la radicación que contiene los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (Comité Técnico Científico y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Este formato debe estar suscrito por el representante legal y el contador público de la entidad recobrante.
- **MYT– 01:** Formato de presentación de solicitudes de recobro autorizadas por CTC.
- **MYT– 02:** Formato de presentación de solicitudes de recobro ordenadas por fallos de tutela.
- **MYT– 04:** Formato de presentación de la objeción al resultado de la auditoría integral.
- **Número de acta de Comité Técnico Científico:** Corresponde al número consecutivo que asigna la entidad recobrante al acta de la sesión en la cual evalúa, aprueba o desaprueba el suministro de una tecnología en salud NO POS.
- **Número único de radicación (NUR):** Corresponde a la identificación asignada por el sistema dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social y administrado por el encargo fiduciario del FOSYGA, para la radicación de solicitudes de recobro.
- **Objeción a los resultados de auditoría:** Posibilidad de la entidad recobrante para objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

- **Plan Obligatorio de Salud (POS):** conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud.
- **Precio regulado:** Valor establecido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, para algunos medicamentos con base en una metodología que establece los medicamentos que ingresan al régimen de control directo de precios.
- **Presentación comercial:** Forma de empaque y distribución de los medicamentos con sus respectivas medidas de contenido.
- **Prestación de salud:** Servicios de salud suministrados a los habitantes del territorio nacional, afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- **Prestación de salud única:** Servicio de salud suministrado a un usuario por una única vez, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- **Prestación de salud única repetida:** Servicio de salud suministrado a un usuario en una ocasión, y que requiere la misma intervención por presentar una complicación, recurrencia o por ser consecuencia de una posible mala práctica o evento adverso.
- **Prestación de salud sucesiva:** Servicio de salud suministrado a un usuario en forma periódica, cuyo objetivo puede ser promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, en el que debe señalarse la frecuencia de uso, cantidad y el tiempo total que se autoriza.
- **Principio activo:** Compuesto o mezcla de compuestos que tiene una acción farmacológica.
- **Producto biológico:** Aquel que ha sido elaborado con materiales de origen biológico, tales como microorganismos, órganos y tejidos de origen vegetal o animal, células o fluidos de origen humano o animal y diseños celulares (sustratos celulares, sea o no recombinantes –incluidas las células primarias) así como otros de origen biotecnológico que se obtienen a partir de una proteína o ácido nucleico por tecnología ADN recombinante.
- **Proveedor:** Persona natural o jurídica que suministra a la entidad recobrante una tecnología en salud, bien sea del ámbito ambulatorio u hospitalario.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

- **Recobro:** Solicitud presentada por una entidad recobrante ante el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para tal efecto, a fin de obtener el pago de cuentas por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y autorizado por el Comité Técnico-Científico (CTC) u ordenadas por fallos de tutela.
- **Registro médico:** Número de registro profesional otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social o las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, el cual avala al médico para ejercer su profesión en el territorio colombiano.
- **Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC):** Entidad responsable del registro e identificación de los colombianos, encargada de inscribir los nacimientos, los matrimonios y la defunción de las personas naturales, de corregir y cancelar los registros civiles y certificar el registro civil.
- **Reingreso:** Corresponde a una solicitud de recobro con resultado de auditoría no aprobado, la cual reingresa mediante los formatos de MYT-01 y MYT-02, sin objeción a la auditoría después de los dos (2) meses siguientes a la comunicación del resultado.
- **Requisitos esenciales del recobro:** Son los requisitos documentales y de información básicos que debe tener un recobro en función de dar cumplimiento a la normativa vigente y garantizar el reconocimiento y pago del valor recobrado.
- **Resultado del proceso de auditoría integral:** Cuando se verifica el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el pago de los recobros, conforme los lineamientos del presente manual de auditoría, se genera el resultado que puede ser aprobado (aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial) o no aprobado.
- ✓ **Aprobado:** Cuando alguno(s) de los ítems del recobro cumple(n) con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría. Este resultado tiene las siguientes variables:
 - ❖ **Aprobado total:** cuando los ítem(s) del recobro cumple(n) con los requisitos de la normativa vigente y el presente manual de auditoría.
 - ❖ **Aprobado con reliquidación:** cuando el valor a pagar es menor al valor recobrado, debido a la presencia de errores en el cálculo del valor recobrado por la entidad recobrante.
 - ❖ **Aprobado parcial:** cuando se aprueba(n) alguno(s) de los ítem(s) del recobro.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

- ✓ No aprobado: Cuando los ítems del recobro no cumplen con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría.
- Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED): Sistema de información que suministra los datos necesarios para analizar y controlar el comportamiento de los precios de los medicamentos en Colombia y de esta manera orientar la regulación del mercado de medicamentos en el país.
- Soporte Documental: Documento que se aporta para la conformación de un recobro.
- Usuario del servicio de salud: Persona natural habitante del territorio nacional, afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluida en la Base de Datos Única de Afiliados.
- Tecnologías en salud NO POS: Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud y que no se encuentran contenidos en el Plan de Beneficios.

6. DEFINICIONES, LINEAMIENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA “ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL”

La auditoría integral corresponde a la etapa en la cual se revisan los requisitos esenciales de las solicitudes de recobro por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio, presentadas por las entidades recobrantes ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, considerando el aspecto técnico o de salud, jurídico y financiero, de conformidad con lo establecido en el Capítulo IV de la Resolución 5395 de 2013.

Los tres aspectos mencionados se analizan de forma conjunta y completa para obtener un resultado que da lugar al reconocimiento y pago de las tecnologías en salud NO POS o por el contrario, que por incumplimiento en alguno de los requisitos da como resultado la aplicación de una glosa.

Aunque la etapa de auditoría integral de acuerdo con el Artículo 27 de la Resolución 5395 de 2013 tiene como objeto la evaluación de requisitos esenciales tal como se mencionó, es necesario que en la misma se revisen otros requisitos que se validan en etapas previas a la de auditoría integral, para ratificar su cumplimiento o incumplimiento y garantizar el resultado del proceso.

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS****CÓDIGO:**

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

De acuerdo con lo anterior, la etapa de auditoría integral que se lleva a cabo en el proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro, evalúa el cumplimiento de los requisitos esenciales, los correspondientes a la entidad recobrante y los documentos que las entidades deben aportar, tanto para los cobros que se derivan de autorizaciones emitidas por Comité Técnico Científico, así como los ordenados por fallo de tutela, para lo cual la información allegada debe cumplir con unas condiciones y propiedades para que el resultado del proceso de verificación sea eficiente.

En el desarrollo del presente capítulo deben observarse las notas al pie de página como parte integral del cumplimiento del requisito que se evaluará.

6.1. Características de la información

Para efectos de adelantar la auditoría integral de los cobros, las entidades recobrantes deben garantizar que la información de los soportes documentales, así como la registrada en los medios magnéticos sea: **i)** completa, **ii)** clara, **iii)** cierta, **iv)** oportuna, **v)** verificable, **vi)** comprensible, **vii)** precisa, **viii)** útil, **ix)** actualizada y **x)** consistente.

Adicionalmente, se precisa que para la totalidad de los soportes documentales, aplica lo contenido en el artículo 11 del Decreto Ley 019 de 2012 que señala:

“De los errores de citas, de ortografía, de mecanografía o de aritmética. Ninguna autoridad administrativa podrá devolver o rechazar solicitudes contenidas en formularios por errores de citas, de ortografía, de mecanografía, de aritmética o similares, salvo que la utilización del idioma o de los resultados aritméticos resulte relevante para definir el fondo del asunto de que se trate y exista duda sobre el querer del solicitante. Cualquier funcionario podrá corregir el error sin detener la actuación administrativa, procediendo en todo caso a comunicar por el medio más idóneo al interesado sobre la respectiva corrección.”

6.2. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos de las entidades recobrantes**6.2.1. Definición de los requisitos de las entidades recobrantes**

Para efectos de presentar las solicitudes de recobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante la firma auditora, los siguientes documentos:

1. Certificado de existencia y representación legal.
2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado.

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

3. Plan general vigente de cuotas moderadoras y copagos aplicables a los afiliados⁴, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 260 de 2004 o aquellas normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, las cuales deben publicarse al menos una vez por año, y en donde se explique la aplicación de las cuotas moderadoras y copagos a los distintos servicios requeridos por los usuarios.

6.2.2. Criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos de las entidades recobrantes

Si bien los requisitos de la entidad recobrante se evalúan en la etapa de pre-auditoría⁵, a continuación se describen las preguntas que deben resolver la firma auditora, la fuente de validación para responder la pregunta y el resultado del proceso:

REQUISITO DE LA ENTIDAD RECOBRANTE	PREGUNTA	FUENTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DEL PROCESO
1. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL	¿La entidad recobrante radicó ante la firma auditora el certificado de existencia y representación legal?	Base de datos construida por la firma auditora con los certificados de existencia y representación legal.	Si la entidad recobrante aportó el documento continua el proceso. De lo contrario se ANULA la totalidad de los recobros presentados por la entidad.
	Cuándo se registró por primera vez la entidad recobrante ¿radicó ante la firma auditora el certificado de existencia y representación legal y éste no tiene una fecha de expedición mayor a 30 días?	Base de datos construida por la firma auditora con los certificados de existencia y representación legal.	Si la entidad recobrante aportó el documento en los términos y condiciones señalados, continúa el proceso. De lo contrario se ANULA la totalidad de los recobros presentados por la entidad.
2. PODER DEBIDAMENTE OTORGADO A PROFESIONALES DEL	Si actúa por intermedio de apoderado, ¿la entidad recobrante radicó el poder debidamente	Base de datos construida por la firma auditora con los poderes debidamente otorgados y radicados.	Si la entidad recobrante aportó el documento en los términos señalados, continúa el proceso. De

⁴ En el parágrafo 1 del artículo 13 del Acuerdo 260 de 2004: "Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud", se establece que "(...) todas la Entidades Promotoras de Salud deberán establecer y hacer público en un medio masivo de información, por lo menos una vez al año, su Plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, o cualquier modificación a este (...)".

⁵ Numeral 6 del Artículo 26 de la Resolución 5395 de 2013.

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

REQUISITO DE LA ENTIDAD RECOBRANTE	PREGUNTA	FUENTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DEL PROCESO
DERECHO	otorgado a un profesional del derecho?		lo contrario se ANULA la totalidad de los recobros presentados por la entidad.
3.PLAN GENERAL VIGENTE DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS	¿La entidad recobrante radicó ante la firma auditora dentro los 15 días siguientes a su fijación o modificación anual, el Plan de Cuotas Moderadoras y Copagos?	Base de datos construida por la firma auditora con los planes generales vigentes de cuotas moderadoras y copagos radicados por las entidades.	Si la entidad recobrante aportó el documento en los términos señalados, continúa el proceso. De lo contrario se ANULA la totalidad de los recobros presentados por la entidad.

6.3. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el proceso de verificación de los recobros

6.3.1. Definición de los requisitos generales y específicos para el proceso de verificación de los recobros

Cada solicitud de recobro radicada por la entidad recobrante, debe estar soportada en los siguientes documentos:

1. Formato MYT: documento que contiene los datos básicos de lo presentado en el medio magnético por la entidad recobrante.
2. Copia del Acta de Comité Técnico Científico⁶ o Copia del fallo de tutela⁷.
3. Copia de la factura de venta o documento equivalente⁸.
4. Copia de la orden y/o fórmula médica⁹.
5. Evidencia de entrega de la tecnología NO POS.
6. Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo¹⁰.

⁶ Ver definición de Acta de Comité Técnico Científico

⁷ Ver definición de Fallo de tutela

⁸ Ver definición de Factura de venta

⁹ Ver definición de fórmula u orden médica

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

7. Los demás soportes que la entidad recobrante considere necesarios.

6.3.2. Excepciones a la entrega de los requisitos generales y específicos

1. Respecto a la copia del acta del CTC: De acuerdo con lo señalado en el párrafo 1º del Artículo 14 de la Resolución 5395 de 2013 *“En caso de prestaciones sucesivas, la copia del acta del Comité Técnico- Científico (CTC) se radicará por una única vez ante el Ministerio de Salud y Protección Social o ante la entidad que se defina para el efecto y en las posteriores solicitudes de recobro se informará el número único de radicación del recobro donde fue aportada la copia”*.
2. Respecto a la copia del fallo de tutela: De acuerdo con lo señalado en el párrafo 1º del Artículo 15º de la Resolución 5395 de 2013 *“Para solicitudes de recobro originadas en un mismo fallo de tutela, se relacionará el número único de radicación del recobro en el cual se anexó la copia del fallo”*.
3. Respecto a la factura de venta o documento equivalente: De acuerdo con el párrafo 1º del Artículo 16 de la Resolución 5395 de 2013 *“Cuando se trate de recobros por medicamentos importados por la entidad recobrante, deberá allegarse copia de: la declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad recobrante utilizó para la nacionalización del producto.*

En todo caso, el representante legal de la entidad recobrante deberá indicar mediante una certificación, el número de la declaración de importación respecto de la solicitud del recobro, 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 recobro”.

4. Respecto a la orden y/o fórmula médica en fallos de tutela: de acuerdo con lo previsto en la Nota Externa 2014331001426683 emitida por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, que señala:(...) *“De esta manera, teniendo en cuenta que el fallo de un juez de tutela es de obligatorio cumplimiento y debe ser acatado en los términos y condiciones señaladas por la autoridad judicial, so pena de las sanciones establecidas en la ley, y que, de acuerdo a lo señalado por el Alto Tribunal, excepcionalmente el juez de tutela puede ordenar la provisión de tecnologías NO POS sin que medie orden o fórmula médica, el requisito contenido en el numeral 3 del artículo 15 de la Resolución 5395 de 2013, no será exigible cuando, en las*

¹⁰Ver definición de Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

condiciones precisadas por la Honorable Corte, exista un fallo que ordene la tecnología NO POS a recobrar de manera expresa”.

6.3.3. Criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos generales para el proceso de verificación de los cobros

Los requisitos generales para el proceso de verificación de los cobros, esto es, el formato MYT, la copia del acta del CTC o del fallo de tutela y la copia de la factura o documento equivalente, se evalúan en la etapa de pre-auditoría¹¹, no obstante, dentro del proceso de auditoría integral debe observarse su cumplimiento. A continuación se describen los criterios de auditoría que deben aplicarse, el soporte que permite la verificación de la información y el resultado del proceso:

REQUISITO GENERAL	PREGUNTA	FUENTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DEL PROCESO
1.EXISTENCIA DEL FORMATO MYT	¿La entidad recobrante anexó el Formato MYT a cada solicitud de recobro?	Formato MYT radicado por la entidad recobrante	Si la entidad recobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se ANULA el respectivo recobro presentado por la entidad.
2.COPIA DEL ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO	¿La entidad recobrante anexó copia del Acta de Comité Técnico Científico ¹² y corresponde al nombre o tipo y número de identificación del usuario registrado en el Formato MYT?	Copia del Formato de Acta de Comité Técnico Científico o el reporte del histórico de actas de CTC. Cuando se trate de prestaciones sucesivas el CTC respectivo previamente radicado.	Si la entidad recobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se ANULA el respectivo recobro presentado por la entidad.
3.COPIA DEL FALLO DE TUTELA	¿La entidad recobrante anexó copia del fallo de tutela ¹³ y corresponde al nombre o tipo y número de identificación del usuario registrado en el Formato MYT?	Copia del Fallo de Tutela o el reporte del histórico de fallos de tutela, cuando se trate de solicitudes de recobro originadas en un mismo fallo de tutela,	Si la entidad recobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo

¹¹ Numerales 1, 3 y 4 del Artículo 26 de la Resolución 5395 de 2013.

¹² Aplica únicamente a las autorizaciones emitidas por el Comité Técnico Científico de la entidad recobrante

¹³ Aplica únicamente a servicios ordenados mediante fallo de tutela

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

REQUISITO GENERAL	PREGUNTA	FUENTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DEL PROCESO
		previamente radicado.	contrario se ANULA el respectivo recobro presentado por la entidad.
4. FACTURA DE VENTA O DOCUMENTO EQUIVALENTE	¿La entidad recobrante anexó copia de la factura de venta o documento equivalente y corresponde al nombre o tipo y número de identificación del usuario registrado en el Formato MYT?	Copia de la factura de venta o documento equivalente o declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero, cuando se trate de medicamentos importados directamente por la entidad recobrante.	Si la entidad recobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se ANULA el respectivo recobro presentado por la entidad.
En el evento en que alguno de estos documentos sea ilegible, esto es que no pueda leerse, deberá ANULARSE el respectivo recobro.			
De manera adicional, el auditor verificará que los datos de nombre, tipo y número de identificación del usuario registrados en los requisitos generales del recobro sean consistentes con los datos registrados en los campos del medio magnético del recobro. En el evento en que la comparación no sea positiva, la solicitud del recobro será INCONSISTENTE y no continuará al proceso de auditoría integral.			

6.4. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos esenciales de los cobros por tecnologías en salud no cubiertas por el plan obligatorio de salud

6.4.1. Definición de los requisitos esenciales

Para los efectos del proceso de auditoría integral, se entiende como requisitos esenciales aquellos que al verificarse por el auditor permiten demostrar la existencia de la respectiva obligación y que por lo tanto procede el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro por el FOSYGA.

El auditor debe realizar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los documentos generales y específicos relacionados en el numeral 6.3.1 de éste Manual, sobre los cuales evalúa y dictamina el cumplimiento de los requisitos esenciales definidos. Dichos requisitos esenciales son los siguientes:

- 1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud NO POS existía y le asiste el derecho:** para la fecha en que se suministró la tecnología en salud NO POS objeto del recobro:
 - (i) el usuario se encontraba vivo y
 - (ii) afiliado a la entidad recobrante.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

La condición (i) se evalúa con el reporte de la RNEC, para lo cual se toma la fecha de fallecido y se contrasta con la fecha de prestación o de suministro de la tecnología en salud recuperada. En el evento que la tecnología sea haya proporcionado en atención inicial de urgencias, en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria, la condición (i) se evalúa con la fecha de egreso del usuario.

La condición (ii) se evalúa con base en el reporte de la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA. Los datos registrados en el medio magnético del recobro deben corresponder a los registrados en la mencionada base.

Cuando el suministro de la tecnología en salud NO POS corresponde a un recién nacido, a un usuario en periodo de protección laboral, traslados no exitosos entre EPS y fallos de tutela que obligan a una entidad a prestar el servicio de forma expresa así no esté compensado el usuario, se aplica lo previsto en la Nota Externa No 201433200214183.

2. **La tecnología en salud suministrada no estaba cubierta por el POS:** la tecnología en salud suministrada al usuario y objeto de recobro no se encontraba cubierta por el Plan Obligatorio de Salud para la fecha de prestación del servicio.

Se entiende como **fecha de prestación o de suministro de la tecnología NO POS**, lo siguiente: (i) Cuando la tecnología sea de tipo ambulatorio, la fecha registrada en el documento que acredite la evidencia de entrega de la tecnología, esto es, firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable acudiente o de quien recibe la tecnología en factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden médica, certificación del prestador del servicio o formato diseñado por la entidad recobrante y (ii) Cuando la tecnología se haya proporcionado en atención inicial de urgencias, en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria, la fecha de egreso del usuario, registrada en la copia del informe de atención inicial de urgencias, del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.

Para definir si una tecnología recuperada está o no incluida en el POS se tienen en cuenta los siguientes criterios de forma general:

Procedimientos

Hasta el Acuerdo 029 de 2011, se establecen listados y anexos técnicos explícitos que especifican cuales procedimientos están incluidos en el plan de beneficios utilizando la CUPS y la descripción de cada uno. Con esta información y basándose en la fecha de prestación, se verifica si el procedimiento recuperado, hace parte del plan de beneficios. Con la entrada en vigencia de la Resolución 5521 de 2013, los procedimientos incluidos en el plan de beneficios se

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

especifican hasta la categoría de la Codificación Única de Procedimientos, es decir, los cuatro primeros dígitos, por lo que se entiende que los procedimientos que hagan parte de esa categoría son POS a no ser que estén expresamente enunciados en los “Salvos” que contiene el señalado listado.

Para establecer las coberturas en el POS, los servicios descritos con otra nomenclatura como “programas”, “clínicas” o “paquetes” y “conjuntos de atención” entre otros, deben ser discriminados de acuerdo con la codificación CUPS para compararlos con los contenidos de los anexos en las diferentes normas vigentes en cada período.

Medicamentos

La cobertura de medicamentos está dada por los listados explícitos de las normas que han definido el plan de beneficios, teniendo en cuenta que cumplan las siguientes características en su totalidad

1. Principio activo
2. Concentración
3. Forma farmacéutica
4. Aclaración u observación, si se encuentra descrita

Adicionalmente se tendrá en cuenta lo siguiente:

- i. Radiofármacos: Son cobertura del POS cuando son necesarios e insustituibles para la realización de algún procedimiento de medicina nuclear.
- ii. Medios de contraste: La cobertura de los medios de contraste corresponde a los incluidos explícitamente en el listado de medicamentos del POS.
- iii. Soluciones: Algunas soluciones de uso médico a pesar de no estar en el listado de medicamentos, por considerarse insumos insustituibles para la realización de algún procedimiento explícito, se entienden cubiertas de manera implícita como por ejemplo:

Solución	Procedimiento
Cardiopléjica	Que requiera perfusión intracardiaca
Conservantes de órganos	Trasplantes
Visco-elásticas	Oftálmicos
Líquido embólico	Embolizaciones
Líquidos de gran volumen	En procedimientos que requieren líquidos para el arrastre o el lavado (irrigación) de diferentes cavidades (vejiga, peritoneo)

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

Dispositivos e insumos

Las coberturas de los dispositivos, no mencionados explícitamente en las normas, están determinadas o supeditadas a las coberturas listadas de tecnologías en salud, por lo tanto al no encontrarse expresamente listados, se consideran POS si son necesarios e insustituibles para la realización de un procedimiento POS, por el contrario son NO POS si el procedimiento en el cual fue usado es NO POS.

3. La tecnología en salud NO POS fue prescrita por el médico tratante del usuario: El cumplimiento de éste requisito se evalúa con los soportes del recobro que debe allegar la entidad recobrante así:

TIPO DE RECOBRO	ÁMBITO DE ATENCIÓN	CRITERIO DE AUDITORÍA
Recobros derivados de autorizaciones de CTC	Ambulatorio	Orden o fórmula médica, en que se evidencie el nombre o tipo y número de identificación del usuario; descripción de la tecnología, nombre o firma y registro del profesional tratante.
	Hospitalario	Orden, fórmula médica, resumen de atención, epicrisis o historia clínica, en los que se evidencie: el nombre o tipo y número de identificación del usuario; descripción de la tecnología, nombre o firma y registro del profesional tratante que elabora los documentos.
Recobros derivados de ordenaciones de fallos de tutela expresos	Ambulatorio / Hospitalario	Copia del fallo de tutela conforme a lo previsto en la Nota Externa 2014331001426683 emitida por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, en donde se evidencie el nombre o tipo y número de identificación del usuario y descripción de la tecnología.
Recobros derivados de ordenaciones de fallos de tutela integrales o no expresos	Ambulatorio / Hospitalario	Copia del fallo de tutela conforme a lo previsto en la Nota Externa 2014331001426683 emitida por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral, en donde el médico de la entidad justifica la conexidad de la tecnología recobrada con el fallo de tutela.

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

4. La tecnología en salud NO POS fue autorizada por el Comité Técnico Científico de la entidad recobrante u ordenada mediante un fallo de tutela: El cumplimiento de éste requisito se evalúa con los soportes del recobro que debe allegar la entidad recobrante, así:

Tipo de recobro	Observación	Criterio de auditoría
Autorizaciones de CTC	Antes del 1° de mayo de 2014	Formato de acta de CTC de cada entidad recobrante con los requisitos definidos en el Artículo 14 de la Resolución 5395 de 2013.
	A partir del 1° de mayo de 2014	Formato de Acta de CTC expedido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, mediante las Notas Externas 201433200014303 del 21 de enero de 2014 y 201433200179423 del 24 de julio de 2014.
	A partir del 1° de enero de 2015	Formato de Acta de CTC expedido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, mediante la Nota Externa 201433200179423 del 24 de julio de 2014 y cuya entrada en vigencia se establece en la Nota Externa 201433200293623 del 6 de Noviembre de 2014.
Ordenaciones de fallos de tutelas	Expresas	Copia del fallo de tutela o las providencias judiciales que se profieran en actuaciones tales como: incidentes de desacato, medidas provisionales, aclaraciones o modificaciones del fallo. Las mencionadas actuaciones deberán ser adjuntadas al fallo de tutela y su validez se determinará por la relación de causalidad con la ordenación de la tecnología en salud no POS recobrada por la entidad.
	Integrales o no expresas proferidas antes del 1° de mayo de 2014.	Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral diseñado por cada entidad recobrante. ¹⁴
	Integrales o no expresas proferidas a partir del 1° de mayo de 2014	Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral, en donde el médico de la entidad justifica la conexidad de la tecnología recobrada con el fallo de tutela, expedidos por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, mediante las Notas Externas 201433200014303 del 21 de enero de 2014 y 201433200179423 del 24 de julio de 2014.
	Integrales o no expresas	Formato de justificación médica de tecnologías en salud

¹⁴ Si antes del 01 de Mayo de 2014, las Entidades Recobrantes venían utilizando formatos diferentes a los previstos en la Resolución en comento, y estos eran suficientes para identificar la tecnología en salud objeto de recobro, los podrán seguir utilizando siempre y cuando el fallo haya sido proferido antes de la fecha señalada.

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

Tipo de recobro	Observación	Criterio de auditoría
	proferidas a partir del 1º de enero de 2015	ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo, expedido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, mediante la Nota Externa 201433200179423 del 24 de julio de 2014 y cuya entrada en vigencia se establece en la Nota Externa 201433200293623 del 6 de Noviembre de 2014.

5. La tecnología en salud NO POS fue efectivamente suministrada al usuario: la tecnología en salud fue efectivamente suministrada al usuario y por lo tanto existe:

- i) Soporte que evidencia su entrega.
- ii) Facturación del proveedor del servicio.

Respecto a la primera condición (i) evidencia de entrega de la tecnología al usuario, la Resolución 5395 de 2013, señala:

- **Cuando la tecnología NO POS autorizada sea de tipo ambulatorio:** firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden médica, certificación del prestador o formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes.

En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes como evidencia de suministro de la tecnología NO POS:

- a) Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
- b) Notas de enfermería: válidas cuando se requiera el suministro o aplicación de medicamentos e insumos para curación de heridas.
- c) En caso de prestación de tecnologías NO POS cuando el usuario se encuentra en Home Care, o atención domiciliaria: son válidas las evoluciones del personal de enfermería o quien haga sus veces u hoja de aplicación de medicamentos.
- d) En servicio de transporte (ambulancia o especial) es válida la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.
- e) Cirugía ambulatoria: nota operatoria o descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, la tecnología NO POS suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:	GRE-M02	VERSIÓN:	2	FECHA:	Mayo de 2014

- **Cuando la tecnología NO POS autorizada se haya proporcionado en atención inicial de urgencias:** Copia del informe de atención inicial de urgencias.

En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes:

- Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
 - En servicio de transporte (ambulancia o especial) la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.
- **Cuando la tecnología NO POS autorizada 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. Se acepta la presentación de los siguientes soportes:
 - Cirugía hospitalaria y servicios hospitalarios: nota operatoria, descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, la tecnología NO POS suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio
 - En medicamentos anestésicos: récord de anestesia, descripción quirúrgica o nota operatoria donde se registra el tipo de anestesia.

Respecto a la segunda condición (ii) Factura de venta o documento equivalente, la Resolución 5395 de 2013, señala que dicho soporte debe identificar: **a)** Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO POS y **b)** Descripción, valor unitario (excepto cuando es uno), valor total y cantidad de la tecnología en salud NO POS.

Cuando la factura o documento equivalente no presente dicha información de manera discriminada, deberá acompañarse de los siguientes anexos:

CONDICIÓN	ANEXO	OBSERVACIONES
Cuando en la factura no esté discriminada la atención	Documento del proveedor con detalle de cargos.	El documento debe relacionar el número de la factura o documento equivalente y en ausencia de éste, como mínimo, el nombre del usuario o tipo y número de identificación, la descripción de la tecnología en salud No POS facturada, el valor unitario, valor total y cantidad.
Cuando en la factura no esté discriminada la atención y la	Certificación del representante legal con el detalle de cargos	La certificación debe relacionar el número de la factura o documento equivalente y en ausencia de éste, como mínimo, el nombre del usuario o tipo y número de identificación, la descripción

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CONDICIÓN	ANEXO	OBSERVACIONES
entidad recobrante no disponga del detalle de cargos expedido por el proveedor		de la tecnología facturada, el valor unitario, valor total y cantidad.
Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente	Certificación del proveedor	La certificación debe: desagregar la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud NO POS, 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.
Cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que recibió la tecnología en salud NO POS	Certificación del representante legal de la entidad recobrante	La certificación debe indicar a qué factura imputa la tecnología en salud NO POS y el(los) paciente(s) a quien(es) le(s) fue suministrado.

Respecto a la **constancia de pago** de la factura o documento equivalente se precisa que las entidades recobrantes debieron marcar en el campo denominado **“TieneSelloCancelado”** del medio magnético, cuya descripción es **“Indica si la Factura tiene sello de Cancelación o No”** lo siguiente:

SI: Indica que la factura si tiene sello de cancelación (Valor 1)

NO: Indica que la factura no tiene sello de cancelación (Valor 0)

Si el campo está marcado como **NO**, el NIT del proveedor de la factura o documento equivalente debe estar en el listado denominado **“Listado de proveedores”** del semestre que corresponda, a los cuales se realiza giro directo en virtud del numeral 6º del Artículo 16 y el Artículo 43 de la Resolución 5395 de 2013.

- 6. El reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS corresponde al FOSYGA y se presenta por una única vez:** Los soportes allegados con el recobro evidencian que el reconocimiento de la tecnología en salud NO POS (i) corresponde al FOSYGA y por lo tanto su pago se (ii) realiza por una única vez.

Respecto a la primera condición (i), se tiene como criterio que las tecnologías en salud NO POS suministradas a usuarios del **régimen contributivo** se reconocen y pagan con cargo al FOSYGA.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

Para el efecto, se evalúa que el usuario pertenezca a éste régimen mediante consulta a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.

El FOSYGA únicamente reconoce y paga recobros de usuarios del **régimen subsidiado**, cuando un fallo de tutela señala de manera expresa que el responsable del pago del recobro ordenado es el FOSYGA. Sobre los recobros del régimen subsidiado se debe precisar que corresponde a las entidades territoriales, de acuerdo con sus competencias, asegurar la prestación de servicios NO POS, lo cual fue reiterado por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia C-463 de 2008 así:

“...advierte que los reembolsos al FOSYGA únicamente operan frente a los servicios médicos ordenados por jueces de tutela o autorizados por el CTC en el régimen contributivo. En estos mismos casos, cuando el usuario pertenece al régimen subsidiado, la Ley 715 de 2001 prevé que los entes territoriales asuman su costo por tratarse de servicios médicos no cubiertos con los subsidios a la demanda”.

Frente a la condición (ii) de este requisito, el reconocimiento y pago de un ítem de un recobro se realiza siempre y cuando el FOSYGA no haya efectuado pago alguno por ese mismo ítem.

Se entiende por **recobro duplicado** aquel que se presenta más de una vez, en un mismo período de radicación o en períodos anteriores, razón por la cual, dentro del proceso de reconocimiento y pago se glosa una de las radicaciones.

7. **La solicitud del reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS se realiza al FOSYGA en el término establecido.** El Artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2012, modificado por el Artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012, prevé los tiempos para la presentación oportuna de los recobros, así:

“Artículo 13. Término para efectuar cualquier tipo de cobro o reclamación con cargo a recursos del FOSYGA. Las reclamaciones o cualquier tipo de cobro que deban atenderse con cargo a los recursos de las diferentes subcuentas del FOSYGA se deberán presentar ante el FOSYGA en el término máximo de (1) año contado a partir de la fecha de la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda (...).”

Por su parte, el Artículo 31 de la Resolución 5395 de 2013 señala:

“Artículo 31. Objeción a los resultados de auditoría. La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los recobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

recobro se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones (...). Subrayado fuera de texto

Así las cosas, con este requisito se evalúa que el recobro se presente ante el FOSYGA en un término máximo de (1) año contado a partir de la fecha de la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda, lo que significa, **un año a partir de:**

- i) La fecha de radicación inicial por parte del prestador de la tecnología de salud NO POS ante la entidad recobrante registrada en la factura de venta o documento equivalente o,
- ii) La fecha de egreso del usuario si el suministro de la tecnología en salud NO POS fue durante un evento hospitalario o,
- iii) La fecha de la evidencia de entrega si el suministro de la tecnología en salud NO POS es ambulatorio y en los casos previstos en el párrafo 2 del Artículo 16 de la Resolución 5395 de 2013 o,
- iv) La fecha de entrega o prestación de la tecnología en salud NO POS, cuando realicen compras al por mayor, registrada en cualquiera de los soportes señalados en el requisito esencial 5, condición (i).

Sobre la verificación de éste término, se debe considerar lo señalado en el párrafo 2º del artículo 34 de la Resolución 5395 de 2013, que establece *“Aquellos recobros que cumplan el año para su presentación de que trata el artículo 111 del Decreto-ley 019 de 2012, 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”*.

De igual manera, con este requisito se evalúa el cumplimiento del término previsto para objetar los resultados de auditoría informados por la firma auditora o la entidad que designe el Ministerio de Salud y Protección Social. La verificación de éste término, se realiza con la fecha de recibido por la entidad recobrante, registrada en la comunicación mediante la cual la firma auditora informó de los resultados de auditoría de MYT01 y MYT02.

Cuando una solicitud de recobro haya sido radicada y el resultado de la auditoría evidencie el incumplimiento de uno o más requisitos esenciales y la entidad recobrante no objete el resultado y lo presente nuevamente mediante los formatos MYT01 o MYT02, se verificará que se haga dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de la comunicación de los resultados de auditoría, conforme a lo previsto en el Artículo 31 de la Resolución 5395 de 2013.

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

8. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas: los documentos allegados y los datos registrados en los mismos, evidencian el cumplimiento de los requisitos esenciales previstos en este Manual y son consistentes respecto al usuario, la tecnología en salud y las fechas establecidas, es decir:

- i) Al realizar la lectura transversal de la copia de la orden y/o fórmula médica, de la copia del acta del CTC o fallo de tutela y sus formatos complementarios, de la copia de la factura de venta o documento equivalente y sus anexos y de la evidencia de entrega, el auditor concluye que la descripción de la tecnología en salud NO POS y el nombre o identificación del usuario es consistente.
- ii) Al realizar la lectura transversal de la copia de la orden y/o fórmula médica, de la copia del acta del CTC o fallo de tutela y sus formatos complementarios, de la copia de la factura de venta o documento equivalente y sus anexos y de la evidencia de entrega, el auditor concluye que el proceso de prescripción, prestación/entrega y facturación se desarrolló de manera cronológica, excepto en los siguientes eventos:
 - **Cuando la prestación del servicio se realizó en urgencia manifiesta o en un servicio de hospitalización:** en estos dos casos, la autorización del CTC puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de autorización del CTC sea como máximo veinte (20) días hábiles después de la fecha de egreso del paciente.
 - **Cuando se trate de tecnologías en salud NO POS requeridas por las víctimas que trata el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo 54 de la mencionada Ley:** en este caso, la autorización del CTC puede ser posterior a la prestación. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de autorización del CTC sea como máximo veinte (20) días hábiles después de la fecha de entrega o suministro de la tecnología en salud NO POS al usuario.
 - **Cuando la compra de la tecnología en salud NO POS se haya realizado al por mayor:** en este caso, la fecha de emisión de la factura o documento equivalente podrá ser anterior a la fecha de entrega o suministro de la tecnología en salud NO POS.

9. El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente: en este caso, las entidades recobrantes deben presentar la solicitud del recobro debidamente liquidado, previendo los descuentos definidos en el Artículo 40 de la Resolución 5395 de 2013.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

Para efectuar la reliquidación de los valores que el FOSYGA reconoce y paga, es necesario tener en cuenta las siguientes variables:

i) De las cantidades

- Las cantidades autorizadas por el CTC u ordenadas por el fallo de tutela deben estar incluidas en el valor facturado.
- Cuando se trate de cobros por tecnologías en salud cuya cobertura en el POS esté limitada a una cantidad específica en el Plan de Beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio, solo se reconocerán los excedentes.

ii) De los valores regulados o coberturas del POS

- Cuando se trate de cobros de medicamentos o dispositivos médicos se valida si se encuentran regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.
- Se verifica si la tecnología en salud recobrada tiene definido un comparador administrativo.
- Se verifica si la tecnología en salud a cobrar tiene un reemplazo o sustituto en el Plan Obligatorio de Salud.

iii) De los cálculos específicos

Los valores que se tienen en cuenta para realizar los respectivos cálculos de reliquidación son los siguientes, de acuerdo con los casos que se enuncian, así:

- **Medicamentos No POS autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela:** diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).
- **Medicamentos NO POS autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela que tienen establecido un comparador administrativo:** diferencia entre el valor total facturado del medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.
- **Procedimientos de salud NO POS, autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela:** valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

- **Procedimientos de salud incluidos en el POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico-Científico u ordenados por fallos de tutela:** cuando el procedimiento de salud está incluido en el POS, pero se realiza con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, los valores a tener en cuenta para efectos de la reliquidación corresponden a la diferencia entre el valor facturado del procedimiento de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluido en el POS. 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. Hasta tanto se expida dicho manual, aplicarán las tarifas que reconoce la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)
- **Medicamentos y dispositivos¹⁵ NO POS regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente:** cuando se establezcan precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud NO POS, se reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos.
- **Medicamentos y dispositivos NO POS regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, con un valor facturado menor que el establecido:** 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, se reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el POS del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos
- **Tecnología en salud NO POS con un valor menor o igual al monto calculado para su respectivo comparador administrativo:** se debe 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.
- **Insumos y dispositivos médicos:** solo se reconocerán los excedentes que estén condicionados a una cantidad específica en el Plan de Beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio. No procederá el reconocimiento y pago de los insumos y

¹⁵ Solo en los casos que aplique

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

dispositivos médicos que se recobren de manera independiente, salvo los definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social.

iv) De los fallos de tutela

LÍNEA DE TIEMPO PARA APLICAR EL PORCENTAJE A RECONOCER EN CASO DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO POS ORIGINADOS EN FALLOS DE TUTELA

PERÍODO DE TIEMPO		FUNDAMENTO LEGAL	% BASE A APLICAR**	CONDICIÓN
OCTUBRE 3 DE 2003*	ENERO 9 DE 2007	RESOLUCIÓN 2933 DE 2006	100	EN CUALQUIER CASO
ENERO 10 DE 2007	OCTUBRE 1 DE 2008	LEY 1122 DE 2007 RESOLUCIÓN 3099 DE 2008	50	SI NO SE ESTUDIÓ EL CASO EN CTC Y SE ORDENÓ LA TECNOLOGÍA NO POS POR FALLO DE TUTELA
			100	APORTA CTC NEGADO POR RAZONES MÉDICO CIENTÍFICAS Y SE DIO A CONOCER EN LA ACCIÓN DE TUTELA O EN EL FALLO SE MENCIONA LA NEGACIÓN JUSTIFICADA
OCTUBRE 2 DE 2008	ENERO 19 DE 2011	RESOLUCIÓN 3754 DE 2008 SENTENCIA C-463 DE 2008	50	SI NO SE ESTUDIÓ EL CASO EN CTC Y SE ORDENÓ LA TECNOLOGÍA NO POS POR FALLO DE TUTELA
			85	APORTA CTC NEGADO POR RAZONES MÉDICO CIENTÍFICAS Y SE DIO A CONOCER EN LA ACCIÓN DE TUTELA O EN EL FALLO SE MENCIONA LA NEGACIÓN JUSTIFICADA
ENERO 20 DE 2011	DICIEMBRE 31 DE 2013	LEY 1438 DE 2011 RESOLUCIÓN 3099 DE 2008	85	APORTA CTC NEGADO POR RAZONES MÉDICO CIENTÍFICAS Y SE DIO A CONOCER EN LA ACCIÓN DE TUTELA O EN EL FALLO SE MENCIONA LA NEGACIÓN JUSTIFICADA
			100	SI NO SE ESTUDIÓ EL CASO EN CTC Y SE ORDENÓ LA TECNOLOGÍA NO POS POR FALLO DE TUTELA
ENERO 1 DE 2014	A LA FECHA	RESOLUCIÓN 5395 DE 2013	DEFINIDO POR JUEZ	PORCENTAJE QUE SEÑALE LA AUTORIDAD JUDICIAL
			100	CONFORME ARTÍCULO 40 RESOLUCIÓN 5395 DE 2013

*LAS RESOLUCIONES 5061 DE 1997, 2312 DE 1998 Y 2948 DE 2003 TRATAN DE RECOBROS POR AUTORIZACIONES DE CTC Y LA RESOLUCIÓN 2949 DE 2003 INCLUYE LOS RECOBROS POR FALLOS DE TUTELA, POR TANTO ESTÁN INMERSAS EN EL PERÍODO, LAS RESOLUCIONES 3797 DE 2004, 2366 DE 2005 Y 2933 DE 2006

** DESPUÉS DE LAS DEDUCCIONES A QUE HAYA LUGAR SEGÚN NORMA.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

- **(Período comprendido entre el 2 de octubre de 2008 y el 19 de enero de 2011).
(Resolución 3754 de 2008)**

Recobros por fallos de tutela anteriores al 20 de enero de 2011, que ordenan una tecnología en salud o servicio No POS, cuya fecha de prestación fue anterior al 20 de enero de 2011: El suministro de medicamentos, servicios médicos o prestaciones en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, o los fallos para el caso de prestaciones sucesivas, que se hayan efectuado inclusive hasta el día 19 de enero de 2011, se reconocerán así:

- a. El valor a reconocer y pagar por el Fosyga, por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS, ordenados por fallos de tutela que no fueron tramitados por el Comité Técnico-Científico de la respectiva entidad, será el 50% del valor total facturado por el proveedor.
- b. Cuando por razones médico-científicas el Comité Técnico-Científico negó la solicitud de autorización del medicamento, servicio médico y prestación de salud ordenada por el médico tratante y la EPS y/o EOC es obligada a su prestación por fallo de tutela, el valor a reconocer y pagar será el 85% del valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

v) De los descuentos generales

Se aplica la siguiente deducción de manera transversal:

- Valor de la cuota moderadora o copago: al resultante del cálculo específico mencionado en el numeral **iii)** se le deducirá el valor 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.
- Cuando se trate de recobros de tecnologías NO POS ordenadas mediante fallo de tutela, en los cuales el juez define el porcentaje a reconocer, éste será la base para aplicar los descuentos definidos en el Artículo 40 de la Resolución 5395 de 2013.

6.4.2. Definición de los criterios de auditoría de los requisitos esenciales para la presentación de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud

A continuación se describen los criterios de auditoría o preguntas orientadoras que permitirán al auditor evaluar el cumplimiento de los requisitos esenciales, considerando los aspectos médico o de salud, jurídico y financiero; el soporte o fuente de validación del criterio de auditoría o de la

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:	GRE-M02	VERSIÓN:	2	FECHA:	Mayo de 2014

respuesta a la pregunta y el detalle de glosa que se aplicará cuando el auditor observe el incumplimiento del respectivo criterio.

Para la adecuada lectura y aplicación de este capítulo es necesario considerar las siguientes reglas:

- Por cada **requisito esencial** se definen unas **glosas**, que serán aplicadas por el auditor ante el no cumplimiento del requisito.
- La **descripción** de la glosa se acompaña de un **código**, en consecuencia, hay tantos códigos como glosas definidas.
- Las glosas tienen un **detalle** que corresponde al criterio de auditoría objeto de evaluación. La aplicación de un detalle de glosa implica necesariamente que el ítem del recobro objeto de evaluación no cumple el respectivo criterio de auditoría.
- En los casos que aplique, el detalle de cada glosa contendrá la **observación** que especifica el hallazgo del auditor, indicando la ausencia o falencia de una característica particular.

6.4.2.1 REQUISITO ESENCIAL 1: El usuario a quien se suministró la tecnología en salud NO POS existía y le asiste el derecho

REQUISITO ESENCIAL 1 (Condición 1): Los datos del usuario no corresponden a los registrados en la BDUA

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (30)** y **DESCRIPCIÓN** “*Los datos del usuario no corresponden a los registrados en la BDUA*” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACION	DETALLE DE LA GLOSA
¿El nombre del usuario corresponde al registrado en la BDUA?	BDUA	3001 El nombre del usuario no corresponde al registrado en la BDUA.
¿El usuario se encuentra registrado en la Base de Datos de Régimen de Excepción?	BDEX	3002 El usuario se encuentra reportado en Régimen de Excepción

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

REQUISITO ESENCIAL 1 (Condición 2): El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (31)** y **DESCRIPCIÓN** “El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACION	DETALLE DE LA GLOSA
¿La fecha de prestación de servicio es posterior a la fecha de fallecido en la RNEC?	RNEC	3101 El usuario se encuentra reportado fallecido ¹⁶ en la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil para la fecha de prestación del servicio

6.4.2.2 REQUISITO ESENCIAL 2: La tecnología en salud suministrada no estaba incluida en el POS

REQUISITO ESENCIAL 2: La tecnología en salud suministrada no estaba incluida en el POS

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (32)** y **DESCRIPCIÓN** “La tecnología en salud autorizada u ordenada, prescrita, facturada y entregada está incluida en el POS” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACION	DETALLE DE LA GLOSA
¿La tecnología en salud autorizada u ordenada, prescrita, facturada y entregada se encuentra cubierta por el POS para la fecha de prestación del servicio?	Una vez se establece la fecha de prestación del servicio se valida contra la norma vigente de cobertura del Plan Obligatorio de Salud.	3201 La tecnología en salud recobrada se encuentra cubierta por el Plan Obligatorio de Salud para la fecha de prestación del servicio.
¿El insumo autorizado u ordenado, prescrito, facturado y entregado hace parte de alguna aclaración ¹⁷ ¹⁸ específica del Plan de Beneficios?		3202 El insumo recobrado se encuentra cubierto por el Plan Obligatorio de Salud para la fecha de prestación del servicio y no se

¹⁶ Cuando el servicio se haya prestado respecto de un beneficiario cuyo cotizante figure como fallecido para la fecha de la atención en salud, la entidad recobrante podrá allegar copia del documento donde conste que la novedad del fallecimiento fue recibida en fecha posterior a la prestación del servicio.

¹⁷ El recobro de un insumo es posible cuando se excede el condicionamiento definido en el POS. Por lo tanto aplica en los casos en que el Plan de Beneficios los mencione de forma explícita y se sobrepasen los toques en su cobertura.

¹⁸ Cuando el recobro de un insumo no corresponda a excedentes o a mención explícita de acuerdo con los condicionamientos específicos definidos en el POS, deberá justificarse en el Acta de CTC su relación con el diagnóstico o debe ser explícito en el fallo de tutela, o debe estar explicado en el Formato De Justificación Médica De Tecnologías

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

		encuentra dentro de las coberturas establecidas del POS.
¿El valor solicitado de la tecnología en salud no POS es menor o igual al costo por evento o per cápita de lo incluido en el POS? ¹⁹	- Acta de CTC - Factura de venta o documento equivalente - Historia clínica - Epicrisis - Resumen de atención - Valor recobrado registrado por la entidad recobrante en el archivo .txt (campo denominado vr_recobro). - Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral.	3203 Los valores recobrados son menores o iguales al costo por evento o per cápita de lo incluido en el POS y por lo tanto están a cargo de la Unidad de Pago por Capitación.

6.4.2.3 REQUISITO ESENCIAL 3: La tecnología en salud NO POS fue prescrita por el médico tratante del usuario²⁰

REQUISITO ESENCIAL 3: La tecnología en salud NO POS fue prescrita por el médico tratante del usuario

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (33)** y **DESCRIPCIÓN** “No hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿Si el ordenamiento corresponde a una prescripción de medicamentos cumple	Prescripción de medicamentos	3301 La prescripción de medicamentos NO POS no cumple con los requisitos

En Salud Ordenadas Por Fallos De Tutela Que No Sean Expresos O Que Ordenen Tratamiento Integral Con O Sin Comparador Administrativo.

¹⁹ De conformidad con el Artículo 132 “Reconocimiento de tecnologías no incluidas en el POS de la Resolución 5521 de 2013”

²⁰ En caso de cobros derivados de fallos de tutela, podrá adjuntarse, en ausencia de la prescripción médica, el fallo que ordena expresamente la tecnología en salud o el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
con el artículo 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005? ²¹	(Fórmula médica), orden médica, resumen de atención, epicrisis o historia clínica en donde se puedan establecer los requisitos definidos.	del Decreto 2200 de 2005.
¿Si el ordenamiento médico corresponde a una prescripción de procedimientos o insumos (el último solo en los casos que aplica) cumple los requisitos? ²²	En recobros derivados de tutelas fallos y formatos complementarios.	3302 La prescripción de procedimientos o insumos (el último solo en los casos que aplica) no cumple con el mínimo establecido para su verificación.

²¹Los requisitos que evaluará el auditor de conformidad con el Artículo 16 del Decreto 2200 de 2005 y que deben cumplirse para efecto de la auditoría de recobros son:

- Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia.
- Clara y legible
- Se hará en idioma español en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado.
- La prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado (en el caso ambulatorio) y administrado (en el caso hospitalario) por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y del Departamento de Enfermería o la dependencia que haga sus veces.
- La prescripción debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos con el diagnóstico.
- La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera.
- Cuando se trate de preparaciones magistrales, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva cantidad.

Los requisitos que evaluará el auditor de conformidad con el Artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 y que deben cumplirse para efecto de la auditoría de recobros son:

- Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe
- Lugar y fecha de la prescripción.
- Nombre del paciente o documento de identificación.
- Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).
- Concentración y forma farmacéutica.
- Vía de administración.
- Dosis y frecuencia de administración.
- Período de duración del tratamiento.
- Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento.
- Vigencia de la prescripción.
- Nombre o firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.

²² Los requisitos que evaluará el auditor y que deben cumplirse para efecto de la auditoría de recobros son:

- Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia.
- Clara y legible
- Se hará en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado.
- La prescripción debe permitir la confrontación entre el procedimiento ordenado, realizado y facturado
- La prescripción debe permitir la correlación del procedimiento ordenado con el diagnóstico.

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿La evidencia de la prescripción describe la tecnología en salud ordenada?	- CTC Ambulatorio: Orden o fórmula médica - CTC Hospitalario: Orden, fórmula médica, resumen de atención, epicrisis o historia clínica - Fallos de tutela expresos - Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral	3303 La orden, fórmula médica, resumen de atención, epicrisis o historia clínica no describe la tecnología en salud recobrada
¿Existe evidencia de que la tecnología en salud fue prescrita por el médico tratante?		3304 No aporta orden, fórmula médica, resumen de atención, epicrisis o historia clínica que evidencie la prescripción.
¿La evidencia de la prescripción del médico tratante es legible?		3305 La orden, fórmula médica, resumen de atención, epicrisis o historia clínica no es legible

6.4.2.4 REQUISITO ESENCIAL 4: La tecnología en salud NO POS fue autorizada por el Comité Técnico Científico de la entidad recobrante u ordenada mediante fallo de tutela
REQUISITO ESENCIAL 4 (Condición 1): El Acta de CTC se aporta o contiene la información requerida por la normativa vigente

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (34)** y **DESCRIPCIÓN** “El Acta de CTC no se aporta o no contiene la información requerida por la normativa vigente” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿Existe Acta de CTC? ²³²⁴	Acta de CTC	3401 No aporta acta de CTC de la

- Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe
- Lugar y fecha de la prescripción o de la realización del procedimiento
- Nombre del paciente o documento de identificación.
- Nombre del procedimiento o CUPS
- Frecuencia de uso
- Cantidad solicitada
- Tiempo total de uso
- Vigencia de la prescripción
- Nombre o firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.

²³ El Acta de CTC puede contener varias tecnologías en salud siempre y cuando correspondan a un mismo usuario, se estén aprobando en la misma fecha los servicios solicitados, correspondan a solicitudes del mismo médico tratante, la justificación médica y el diagnóstico apliquen en todos los casos de igual forma y cumplan con todos los requisitos establecidos en el resto del formato.

²⁴ En caso de prestaciones sucesivas, solo se adjunta Acta de CTC la primera vez y posteriormente solo se informará el número único de radicación del recbro donde fue aportada inicialmente, de conformidad con el párrafo 1 del Artículo 14 de la Resolución 5395 de 2013.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
		tecnología en salud recobrada y/o el mismo no se evidencia en el histórico.
¿El Acta de CTC es legible?		3402 El Acta de CTC No.() no es legible (aplica para cualquier campo evaluable del documento)
¿El Acta de CTC identifica el usuario?		3403 El acta de CTC No.() no incluye nombre o identificación del usuario
¿El Acta de CTC tiene fecha de elaboración?		3404 El acta del CTC No.() no contiene la fecha de elaboración
¿El Acta de CTC tiene registrado el diagnóstico según listado CIE 10?		3405 El Acta del CTC No. () no identifica el diagnóstico o no registra la codificación internacional de enfermedades CIE10.
¿En el Acta de CTC hay una justificación médica y ésta se relaciona con el diagnóstico CIE-10 que corresponde con la tecnología autorizada? ²⁵		3406 El Acta de CTC No. () no contiene la justificación médica de la decisión adoptada o no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente, de acuerdo con la tecnología autorizada.
¿El Acta de CTC describe de forma completa el medicamento ²⁶ NO POS autorizado?		3407 El acta de CTC No. () no describe el nombre del medicamento autorizado de forma completa.
¿El Acta de CTC describe de forma completa el procedimiento ²⁷ autorizado?		3408 El Acta de CTC No. () no describe el procedimiento autorizado de forma completa.
¿El Acta de CTC describe de forma completa el insumo ²⁸ autorizado?		3409 El Acta de CTC No. () no identifica de forma completa el insumo autorizado y/o no cumple la condición de exceder el condicionamiento definido en el POS o su mención explícita.

²⁵ En la justificación se verifica, que sea específica para el usuario y que lo autorizado tenga una relación coherente con la patología diagnosticada.

²⁶ Para que el Acta de CTC se considere completa en caso de autorizar medicamentos debe identificar: Principio(s) activo(s) individuales o combinados, Código ATC, Concentración, Forma farmacéutica, Número de días/tratamiento, Número de dosis/día, Cantidad autorizada.

²⁷ El procedimiento autorizado debe identificar la totalidad de los siguientes datos: El CUPS del procedimiento autorizado (si lo tiene), Frecuencia uso, Cantidad Autorizada, Tiempo Total, Objetivo y motivo de recurrencia si aplica.

²⁸ El insumo autorizado debe identificar la totalidad de los siguientes datos: Nombre, Objetivo, Frecuencia uso, Cantidad Autorizada y Tiempo Total.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿El CUPS señalado en el acta de CTC corresponde al procedimiento en el cual se utilizó el dispositivo médico? (solo en los casos que aplique)		3410 El Acta del CTC no identifica el o los procedimientos con su código CUPS correspondiente, en los que fue utilizado el dispositivo médico autorizado
¿El Acta de CTC cuenta con la verificación de cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización contenidos en la norma?		3411 El Acta del CTC No. () no contiene la certificación de cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización.
¿El Acta de CTC cuenta con la verificación de los criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional para la aprobación de exclusiones expresas del POS definidos en la Sentencia T160 de 2014?		3412 El Acta del CTC No. () no contiene el diligenciamiento de todos los criterios para la aprobación de exclusiones expresas del POS definidos en la Sentencia T-160 de 2014
¿El acta del CTC identifica el o los medicamentos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen por el autorizado?		3413 El acta del CTC No () no identifica el o los medicamentos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen por el autorizado con su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, Código ATC, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad equivalente al medicamento.
¿El acta del CTC identifica el comparador administrativo del medicamento recobrado? (solo en los casos que aplique)		3414 El Acta del CTC No. () no identifica el comparador administrativo del medicamento recobrado
¿El acta del CTC identifica el o los procedimientos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen (si aplica), equivalentes a los autorizados o negados con el CUPS (si aplica), objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total?		3415 El acta del CTC No () no identifica el o los procedimientos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen, (si aplica) equivalentes a los autorizados o negados con el CUPS (si aplica), objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total
¿El acta del CTC identifica el comparador administrativo del procedimiento recobrado? (si aplica)		3416 El acta del CTC No () no identifica el comparador administrativo del procedimiento recobrado.
¿El Acta de CTC da cuenta de la decisión adoptada por el Comité?		3417 El Acta de CTC no permite verificar la decisión adoptada por el Comité.
¿La fecha de Acta de CTC es anterior a la fecha de prestación de la tecnología en salud? ²⁹		3418 La fecha de realización del CTC es posterior a la fecha de entrega de la tecnología en salud, no se trata de un

²⁹ No aplica en casos de: evidencia de una urgencia manifiesta o tecnologías en salud no pos requeridas por las víctimas 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 tiempo entre la fecha de entrega o aplicación de la tecnología en salud no pos en los casos de urgencia

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
		CTC hospitalario, no es una urgencia manifiesta ni el usuario es una víctima de acuerdo con lo establecido en el Artículo 3 de la Ley 1448 de 2011.
¿El Acta de CTC se encuentra debidamente firmada? ³⁰		3419 El Acta de CTC No. () no registra nombre y firma de uno o más de los integrantes del CTC, indicando número de registro médico cuando aplique y no se anexa certificación del representante legal en la que se indique bajo la gravedad de juramento que el Acta fue suscrita en sesión realizada por los integrantes autorizados y de acuerdo con la información allí registrada.
¿El Acta de CTC tiene acta aclaratoria ³¹ y su contenido se ajusta a los criterios definidos? ³² ³³		3420 El Acta Aclaratoria de CTC No. () afecta la situación o el derecho creado en favor del respectivo usuario, modifica

manifiesta o requerimiento de víctimas será como máximo veinte (20) días hábiles después de la fecha de egreso del paciente.

³⁰ El Acta de CTC debe estar firmada mínimo por 2 de los integrantes del Comité con el respectivo nombre y registro médico si aplica este último. Siempre que las firmas estén incompletas debe adjuntar de acuerdo con el Parágrafo 3 del Artículo 14 de la Resolución 5395 de 2013 la certificación del representante legal de la entidad recobrante.

³¹ Ver definición de Acta Aclaratoria de CTC en el glosario

³² El diligenciamiento de un Acta Aclaratoria aplica cuando se pretende clarificar o ampliar la información de uno o varios campos de los contenidos en el Acta inicial de CTC, en los siguientes casos:

- De los campos generales: la ciudad y el tipo de atención (ambulatoria, hospitalaria)
- Del diagnóstico: la aclaración aplica solo para ampliar la información clínica que justifique el uso del servicio NO POS objeto de análisis.
- Solicitud de la Tecnología en Salud No Pos: solo es posible aclarar el acta inicial para completar o adicionar los campos relacionados con el diligenciamiento del que reemplaza o sustituye y comparador administrativo si lo tiene.
- Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología No Pos: solo es posible adicionar aclaraciones cuando se trate de ampliar la información registrada inicialmente.
- Verificación de criterios de evaluación y autorización, de los criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional cuando se trate del análisis de exclusiones: se puede clarificar lo descrito en el acta inicial solo cuando se trate de completar algún (s) criterio(s) no evaluado en el Comité inicial.
- Responsables del Comité: solo es objeto de aclaración cuando se trata de adicionar los datos de uno de los representantes.

No aplica la realización de actas aclaratorias cuando se incumplen las reglas contenidas en la definición y por lo tanto se pretende aclarar campos tales como:

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
		la tecnología en salud recobrada, no es congruente entre lo solicitado, lo deliberado, lo facturado y lo suministrado.
¿El Acta consolidada de CTC y su contenido se ajusta a los criterios definidos? ³⁴		3421 El acta consolidada de CTC No. () no cuenta con los siguientes requisitos: la identificación de cada uno de los casos analizados en la sesión, número consecutivo, firma autógrafa o digital de todos los miembros, nombre completo del usuario, tipo y número de identidad, tecnología en salud evaluada, concepto del comité y cantidad autorizada.
¿El Acta de CTC autoriza varias tecnologías en salud a un mismo usuario y su contenido		3422 El Acta de CTC No. () que autoriza varias Tecnologías en Salud no cumple

- Fecha de elaboración y número del acta inicial
- Datos de identificación del usuario: en cualquiera de sus campos
- Datos del médico tratante: nombres, apellidos registro médico y especialidad, fecha de la solicitud y fecha de radicación de la solicitud.
- Diagnóstico: no es viable aclarar el diagnóstico inicial
- Solicitud de la Tecnología en Salud No Pos: en ninguno de los campos relacionados con la solicitud de la tecnología no pos es posible realizar aclaraciones relacionadas con el servicio analizado en el comité inicial.
- Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología No Pos: no procede la aclaración cuando corresponde a un cambio de la justificación o del soporte de evidencia.
- Verificación de criterios de evaluación y autorización, de los criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional cuando se trate del análisis de exclusiones: no pueden aclararse los criterios previamente evaluados por el Comité.
- Decisión del Comité: no es viable aclararla ni modificarla
- Responsables del Comité: las personas que conforman el Comité no son susceptibles de aclaración así como sus firmas y datos personales.

³³ De la información contenida en el acta aclaratoria: cuando se diligencie un acta aclaratoria en los casos que se precisó en la referencia 31, la misma deberá indicar: No. del acta inicial (es decir la que se pretende aclarar), fecha del acta inicial y fecha de la aclaración, datos del usuario a los que corresponde el caso objeto de aclaración, campo a aclarar con la descripción de la clarificación, motivo por el cual se presenta la misma (a modo de ejemplo: errores de digitación, ampliación de la información, completitud de algún registro) y firma de los integrantes del Comité Técnico Científico que acreditan el documento presentado.

³⁴ Ver definición y criterios de Acta Consolidada de CTC en el glosario. Aplica cuando las entidades tengan previsto el mencionado modelo de consolidación. Es opcional diligenciarla y adjuntarla, cuando se decide aportarla debe cumplir con el Formato previsto por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y ser consistente con el Acta de CTC individual

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
se ajusta a los criterios definidos? ³⁵		con las siguientes condiciones: i) corresponder a un mismo usuario, ii) estar aprobadas en la misma fecha, iii) la justificación médica y el diagnóstico no aplica en todos los casos de igual forma y iv) no cumple con todos los requisitos establecidos en la Resolución 5395 de 2013
¿La tecnología en salud NO POS recobrada tiene alertas de seguridad, efectividad y calidad emitidas por INVIMA o no se encuentra habilitada en las normas del Sistema de Garantía de la Calidad del SGSSS?		3423 La tecnología en salud NO POS recobrada presenta alertas de seguridad, efectividad y calidad emitidas por INVIMA o no se encuentra habilitada en las normas del Sistema de Garantía de la Calidad del SGSSS
¿Las firmas registradas en el Acta de CTC corresponden con los integrantes notificados por las entidades a la Superintendencia Nacional de Salud? ³⁶	- Listado enviado mensualmente por la Superintendencia Nacional de Salud - Acta de CTC	3424 Las firmas registradas en el Acta de CTC no corresponden con los integrantes notificados por las entidades a la Superintendencia Nacional de Salud

REQUISITO ESENCIAL 4 (Condición 2): El fallo de tutela y/o sus anexos se aporta(n), o contiene(n) la información requerida

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (35)** y **DESCRIPCIÓN** “El fallo de tutela y/o sus anexos no se aporta(n), o no contiene(n) la información requerida” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿La tecnología en salud fue ordenada mediante fallo de tutela y este existe?	Fallo de tutela	3501 No aporta fallo y/o el mismo no se evidencia en el histórico.
¿El fallo de tutela y/o sus anexos aportados está(n) completo(s)? ³⁷		3502 El fallo de tutela es incompleto

³⁵ Ver definición y criterios de autorización de múltiples tecnologías en salud NO POS para un mismo usuario en el glosario

³⁶ Los integrantes que suscriben el Acta de CTC deberán coincidir para la fecha en que fue suscrita el Acta, con los integrantes reportados por cada entidad recobrante a la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con el parágrafo del Artículo 6 de la Resolución 5395 de 2013.

³⁷ El fallo de tutela completo corresponde a aquel que tenga la totalidad de los folios expedidos por la autoridad judicial, la fecha, el nombre de la autoridad judicial y el número del proceso.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿El fallo de tutela aportado es legible?		3503 El fallo aportado no es legible en el folio No. () o en su totalidad
¿El fallo de tutela identifica la entidad recobrante?		3504 El fallo de tutela no identifica la entidad recobrante
¿La tecnología en salud recobrada se encuentra ordenada en el fallo de tutela?		3505 La tecnología en salud recobrada no se encuentra ordenada en el fallo de tutela y no se trata de un fallo de tutela no expreso o integral.
En caso de fallo de tutela integral ¿La tecnología en salud recobrada se encuentra identificada en el fallo de tutela o en el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo? ³⁸	- Fallo de tutela - Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo	35.06 La tecnología en salud recobrada no se encuentra identificada en el fallo de tutela y no adjunta el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo.
¿El Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo debidamente firmado, contiene la justificación médica de la decisión adoptada, corresponde con el (los) diagnóstico(s), la tecnología autorizada y el resto de su contenido se ajusta a los criterios definidos? ³⁹		3507 El Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo no contiene la justificación médica de la decisión adoptada y/o no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente, de acuerdo con la tecnología autorizada y/o no se encuentra debidamente firmado.
¿El Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo identifica el comparador administrativo del medicamento recobrado? (solo en los casos que aplique)		3508 El Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo no identifica el comparador administrativo del medicamento recobrado

³⁸ Si el fallo de tutela en cualquiera de sus partes otorga un tratamiento integral o no es expreso para identificar la Tecnología en Salud No Pos a recobrar deberá adjuntar el Formato De Justificación Médica De Tecnologías En Salud Ordenadas Por Fallos De Tutela Que No Sean Expresos O Que Ordenen Tratamiento Integral Con O Sin Comparador Administrativo.

³⁹ En los casos en que el diagnóstico inicial que motivó el fallo de tutela ha cambiado, debe remitirse una justificación que permita la correlación entre el diagnóstico consignado en el fallo, el diagnóstico actual y lo recobrado, soportado por la firma de un auditor de la entidad.

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

6.4.2.5 REQUISITO ESENCIAL 5: La tecnología en salud NO POS fue efectivamente suministrada al usuario
REQUISITO ESENCIAL 5 (Condición 1): evidencia la entrega de la tecnología en salud NO POS objeto de recobro

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (36)** y **DESCRIPCIÓN** “No se evidencia la entrega de la tecnología en salud NO POS objeto de recobro” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿Existe evidencia de entrega al usuario de la tecnología en salud NO POS objeto del recobro? ⁴⁰	- Factura de venta o documento equivalente o, - Fórmula u orden médica o, - Certificación del prestador o, - Formato diseñado por la entidad o, - Copia de Epicrisis o, - Copia del Resumen de atención o, - Historia Clínica	3601 La entidad recobrante no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega de la tecnología en salud NO POS.
Si corresponde a una <u>atención ambulatoria</u> ¿Existe uno de los documentos como constancia de recibido de la lista ⁴¹ firmado o con número de identificación por el usuario, su acudiente, responsable, representante, o de quien recibe la tecnología como constancia de recibido?	- Factura de venta o documento equivalente - Fórmula u orden médica - Certificación del proveedor - Formato diseñado por la entidad	3602 La entidad recobrante no aporta el documento con la firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden, certificación del proveedor o formato diseñado para tal fin.

⁴⁰La evidencia de la entrega de la tecnología no incluida en el plan de beneficios al usuario, se verificará con la firma o documento de quien lo recibe. Tenga en cuenta que no siempre el paciente puede ser el firmante incluso por su misma condición de salud, el requisito se mantiene ante la importancia de tener evidencia que el servicio fue recibido.

⁴¹ La firma o el número de identificación como constancia de recibido, debe estar presente en cualquiera de los siguientes soportes del recobro: en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula u orden médica. Si no se encuentra en ninguna de las anteriores, valide que el recobro traiga adjunta una certificación del prestador que indique si el servicio fue efectivamente entregado o verifique si trae un formato diseñado por la entidad que dé cuenta de la entrega del servicio.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
Si corresponde a una <u>atención inicial de urgencias</u> ⁴² ¿Existe copia del informe de atención inicial de urgencias?	Informe de atención inicial de urgencias	3603 La entidad recobrante no aporta copia del informe de atención inicial de urgencias como evidencia de entrega de la tecnología recobrada
Si corresponde a una <u>Atención de urgencias</u> ⁴³ con <u>observación, servicios de internación</u> ⁴⁴ , <u>cirugía hospitalaria o ambulatoria</u> . ⁴⁵ ¿Existe copia de la epicrisis, resumen de atención o historia clínica?	• Copia de Epicrisis • Copia del Resumen de atención • Historia Clínica	3604 La entidad recobrante no aporta copia de la epicrisis, resumen de atención o historia clínica como evidencia de entrega de la tecnología recobrada.
¿La evidencia de entrega es legible?	• Factura de venta o documento equivalente o, • Fórmula u orden médica o, • Certificación del prestador o, • Formato diseñado por la entidad o, • Copia de Epicrisis o, • Copia del Resumen de atención o, • Historia Clínica	3605 La evidencia de entrega no es legible

REQUISITO ESENCIAL 5 (Condición 2): La factura de venta o documento equivalente se aporta o contiene la información requerida

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (37)** y **DESCRIPCIÓN** “La factura de venta o documento equivalente no se aporta o no contiene la información requerida” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

⁴²Ver glosario que define el término atención inicial de urgencias.

⁴³Ver glosario que define el término atención de urgencias.

⁴⁴ Referido a las atenciones donde la estadía del paciente sea superior a 24 horas dentro de la Institución Prestadora de Servicios de Salud. En este caso, se admitirá como evidencia de suministro en caso de tratarse de medicamentos, las órdenes médicas y hojas de aplicación de medicamentos o notas de enfermería, solo si es posible establecer que dicho soporte pertenece a la historia clínica del usuario en mención y que la misma corresponde a la Institución que prestó el servicio.

⁴⁵Para el caso de tecnologías en salud no pos usadas en salas de cirugía se admitirá como evidencia de suministro la hoja de descripción quirúrgica o la hoja de gastos de la cirugía, en caso de tratarse de medicamentos, se admitirá como soporte el récord de anestesia. Lo anterior, solo si es posible establecer que dicho soporte pertenece a la historia clínica del usuario en mención y que la misma corresponde a la Institución que prestó el servicio.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿Existe factura o documento equivalente?	- Factura de venta o documento equivalente - Certificación del proveedor - Certificación del representante legal de la EPS	3701 La entidad recobrante no aporta factura o documento equivalente de la tecnología en salud recobrada
¿La factura o documento equivalente es legible?		3702 La factura de venta o documento equivalente no es legible
¿La factura o documento equivalente describe de forma completa ⁴⁶⁴⁷⁴⁸ la tecnología en salud facturada?		3703 La factura de venta del proveedor del servicio o documento equivalente no está completa
¿La factura incluye el detalle de cargos ⁴⁹ para las tecnologías en salud NO POS o aporta la certificación del representante legal de la entidad?		3704 La factura No. () no incluye el detalle de cargos de la tecnología en salud NO POS, expedido por el proveedor y no se anexa una certificación del representante legal de la entidad que suscribe dicho detalle
En caso de factura que incluye el tratamiento de más de un usuario ¿Se anexa a la factura de forma adicional la certificación del proveedor?	- Factura de venta o documento equivalente - Certificación del proveedor	3705 La factura No. () incluye el tratamiento de más de un usuario y no se anexa certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud NO POS por cada usuario, fecha de prestación y factura de venta o documento equivalente al cual se imputa la certificación.
En caso de factura por compras al por mayor en la cual no se describe al paciente(s) que recibió el servicio ¿Se anexa la certificación del representante legal en la que indica a que factura le imputa la tecnología en salud NO POS?	- Factura de venta o documento equivalente - Certificación del representante legal de la entidad recobrante	3706 La factura No. () incluye compras al por mayor en las que el proveedor no identifica al usuario(s) que recibió(eron) la tecnología NO POS y no se anexa certificación del representante legal en la que se indique a quien(es) fue suministrada la tecnología NO POS y la factura a la

⁴⁶ Se entiende por factura completa aquella que cumple las siguientes condiciones: Nombre o identificación del afiliado al cual se suministra la tecnología no POS, descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología en salud no POS y fecha de radicación de la factura ante el pagador.

⁴⁷ Si el servicio prestado es unitario no se requiere la cantidad.

⁴⁸ Si la factura contiene cantidades claras y el valor total por cada servicio prestado, que permita determinar el valor unitario, no se exigirá que este descrito el mismo.

⁴⁹ Siempre y en cualquier caso la factura debe aportar el detalle de cargos, en ausencia de éste la certificación del representante legal de la entidad

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
		cual se imputa la tecnología NO POS.
En caso de medicamentos importados ⁵⁰ ¿Existe copia de la declaración de importación?	Declaración de Importación	3707 La entidad recobrante no anexa la copia de la declaración de importación
En caso de medicamentos importados ¿Existe copia de la declaración andina de valor? ⁵¹	Declaración Andina de Valor	3708 La entidad recobrante no anexa la copia de la declaración andina de valor
En caso de medicamentos importados ¿Existe copia de la factura del agente aduanero? ⁵²	Factura del agente aduanero	3709 La entidad recobrante no anexa la copia de la factura del agente aduanero
En caso de medicamentos importados ¿Existe certificación firmada por el representante legal de la entidad que indique el número de la declaración de importación respecto de la solicitud de recobro, el afiliado y la cantidad recobrada? ⁵³	Certificación del Representante Legal de la entidad recobrante	3710 No aporta la certificación firmada por el representante legal de la entidad en la que indique el número de la declaración de importación respecto de la solicitud de recobro, el afiliado y la cantidad recobrada
En caso de medicamentos importados ¿Existe certificación firmada por el representante legal de la entidad que indique número de la declaración de importación, el afiliado y la cantidad recobrada, cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante que se suministren a otros usuarios verificando prescripción médica y las causas que originaron las disponibilidades? ⁵⁴	Certificación del Representante Legal de la entidad recobrante	3711 No aporta certificación del representante legal indicando el número de la declaración de importación, el afiliado y la cantidad recobrada, cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante que se suministren a otros usuarios verificando prescripción médica y las causas que originaron las disponibilidades.
¿La factura de la Caja de Compensación Familiar contiene el nombre o razón social y el tipo de identificación?	Factura de venta o documento equivalente	3712 La factura No. () no contiene el nombre o razón social y el tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación Familiar cuando se suministra la tecnología NO POS a su programa de EPS.
¿La factura de venta o documento equivalente contiene un CUM que corresponde de acuerdo con la actualización mensual del INVIMA a una muestra médica?		3713 La factura de venta o documento equivalente contiene un CUM que corresponde de acuerdo con la actualización mensual del INVIMA a una muestra médica

⁵⁰ Aplica únicamente cuando la entidad recobrante es quien importa el medicamento

⁵¹ *Ibidem*

⁵² *Ibidem*

⁵³ *Ibidem*

⁵⁴ *Ibidem*

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

6.4.2.6 REQUISITO ESENCIAL 6: El reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS corresponde al FOSYGA y se presenta por una única vez

REQUISITO ESENCIAL 6 (Condición 1): El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada corresponde al FOSYGA

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (38)** y **DESCRIPCIÓN** “El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada no corresponde al FOSYGA” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿El fallo de tutela que ordena prestaciones económicas ⁵⁵ otorga de manera expresa el recobro al FOSYGA?	Fallo de tutela	3801 El fallo no otorga de manera expresa recobro al FOSYGA por prestaciones económicas y además éstas se reconocen de acuerdo con el procedimiento descrito en Nota Externa 201433210469851 del 7 de abril de 2014
Si el paciente corresponde al régimen subsidiado, especial o excepcional ¿El fallo de tutela otorga el recobro al FOSYGA de manera expresa?	Fallo de tutela	3802 El fallo de tutela a favor de usuario del régimen subsidiado, especial o excepcional no otorga de manera expresa recobro al FOSYGA
¿La tecnología en salud NO POS es consecuencia de un accidente de tránsito ⁵⁶ ?	- Fallo de tutela - Acta de CTC - Certificado de agotamiento de cobertura ECAT y de la aseguradora del vehículo	3803 La Tecnología en salud NO POS es consecuencia de un accidente de tránsito y aún no se ha agotado la cobertura SOAT.
¿La tecnología en salud NO POS es consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad de origen laboral?	- Fallo de tutela - Acta de CTC	3804 La Tecnología en salud NO POS es consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad de origen laboral.
¿La tecnología recobrada corresponde a una prestación no financiada con recursos del SGSSS?	- Fallo de tutela - Acta de CTC - Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral.	3805 La tecnología recobrada objeto de la solicitud corresponde a una prestación no financiada con recursos del SGSSS y no se encuentra ordenada de manera expresa en el fallo de tutela o tratándose de fallos de tutela integrales no se adjunta el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por

⁵⁵ Prestaciones Económicas corresponden a: licencia de maternidad, paternidad o incapacidad por enfermedad general.

⁵⁶ Debe validar el agotamiento de la cobertura del SOAT

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
		fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo.

REQUISITO ESENCIAL 6 (Condición 2): La tecnología en salud objeto de recobro NO ha sido presentada o pagada con anterioridad por el FOSYGA

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (39)** y **DESCRIPCIÓN** “La tecnología en salud objeto de recobro ha sido presentada o pagada con anterioridad por el FOSYGA” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿El recobro ya fue radicado en el mismo paquete?	Validación interna del Ministerio de Salud y Protección Social	3901 La tecnología en salud objeto de recobro fue radicada dos veces en el mismo paquete. Se anulan los recobros radicados No. ()
¿El recobro ya fue radicado en otro paquete del mismo periodo?	Validación interna del Ministerio de Salud y Protección Social	3902 La tecnología en salud objeto de recobro fue radicada en paquetes simultáneos del mismo periodo con radicado No.()
¿El recobro fue aprobado en otro paquete?	Validación interna del Ministerio de Salud y Protección Social	3903 La tecnología en salud objeto de recobro ha sido pagada con anterioridad por el FOSYGA en el recobro No.() correspondiente al paquete ()

6.4.2.7. REQUISITO ESENCIAL 7: La solicitud del reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS se realiza al FOSYGA en el término establecido
REQUISITO ESENCIAL 7: La solicitud del reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS se realiza al FOSYGA en el término establecido

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (40)** y **DESCRIPCIÓN** “El recobro o la objeción se presenta fuera de los términos establecidos” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿La solicitud de recobro se presentó oportunamente por primera vez de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente? ⁵⁷	Factura de venta o documento equivalente	4001 El recobro fue presentado con posterioridad al año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento
¿La solicitud de recobro se presentó oportunamente por primera vez de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente?	Factura de venta o documento equivalente	4002 El recobro no fue presentado en el periodo de radicación inmediatamente posterior a aquel en el que se cumplía el año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento
¿El reingreso del recobro se presentó oportunamente de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente? ⁵⁸	- Formatos MYT 01 y MYT02 radicados anteriormente y con resultado de auditoría. - La comunicación del resultado de auditoría	4003 El reingreso del recobro no fue presentado en el plazo establecido
¿La solicitud de recobro con resultado de auditoría no aprobado reingresa sin objeción a la auditoría después de los dos (2) meses siguientes a la comunicación del resultado?	- Formatos MYT 01 y MYT02 radicados anteriormente y con resultado de auditoría. - Comunicación de resultado de auditoría	4004 El recobro no fue reingresado en el periodo de radicación inmediatamente posterior a la fecha de la comunicación del resultado de auditoría.
¿La objeción a la glosa se presentó oportunamente de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente? ⁵⁹	La comunicación del resultado de auditoría	4005 La objeción al resultado de auditoría no fue presentada en el plazo establecido
¿La objeción a la glosa se presentó oportunamente de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente?	La comunicación del resultado de auditoría	4006 La objeción al resultado de auditoría no fue presentada en el periodo de radicación inmediatamente posterior al plazo establecido

⁵⁷ El tiempo oportuno previsto por la normativa vigente para la presentación de un recobro se establece en el Artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 y corresponde a la presentación del recobro dentro del año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento.

Cuando el recobro supere el año entre la fecha de radicación y la fecha de generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, se entenderá radicado oportunamente siempre y cuando se presente en el periodo de radicación inmediatamente siguiente.

⁵⁸ El tiempo oportuno previsto por el Artículo 31 de la Resolución 5395 de 2013 para la presentación de una objeción a los resultados de auditoría es de 2 meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de auditoría.

⁵⁹ El tiempo oportuno previsto por el Artículo 31 de la Resolución 5395 de 2013 para la presentación de una objeción a los resultados de auditoría es de 2 meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de auditoría.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

6.4.2.8. REQUISITO ESENCIAL 8: Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas

REQUISITO ESENCIAL 8: Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (41)** y **DESCRIPCIÓN** “La tecnología recobrada o el usuario no es consistente en los diferentes soportes del recobro” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿La descripción de la tecnología en salud es consistente en los diferentes soportes del recobro? ⁶⁰	Todos los soportes del recobro	4101 La tecnología en salud autorizada por el CTC, ordenada por fallo de tutela o Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo, no corresponde con la facturada
		4102 La tecnología en salud autorizada por el CTC, ordenada por fallo de tutela o Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo, no corresponde con la suministrada
		4103 La tecnología en salud autorizada por el CTC, no corresponde con la prescrita por el profesional de la salud tratante.
¿El usuario por el cual se recobra la tecnología en salud es el mismo en los diferentes soportes del recobro?	Todos los soportes del recobro	4104 El usuario contenido en el Acta de CTC, fallo de tutela o Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen

⁶⁰ El auditor deberá utilizar como criterio para establecer la consistencia de la información, la verificación que el medicamento facturado, independiente de su forma de comercialización (genérico o de marca), corresponde al mismo principio activo, forma farmacéutica y concentración autorizada por el Acta de CTC, Fallo de Tutela o Formato De Justificación Médica De Tecnologías En Salud Ordenadas Por Fallos De Tutela Que No Sean Expresos O Que Ordenen Tratamiento Integral Con O Sin Comparador Administrativo y por lo tanto recobrado en el formato.

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
		tratamiento integral con o sin comparador administrativo, no corresponde al contenido en la factura de venta o documento equivalente
		4105 El usuario contenido en el Acta de CTC, no corresponde con el registrado en la prescripción médica
		4106 El usuario contenido en el fallo de tutela, no corresponde con el registrado en la prescripción médica o en el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo

6.4.2.9. REQUISITO ESENCIAL 9: El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente
REQUISITO ESENCIAL 9: El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (42)** y **DESCRIPCIÓN** “El monto a reconocer presenta diferencias respecto al valor recobrado” cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **APROBADO CON RELIQUIDACIÓN**.

CRITERIO DE AUDITORÍA PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE /FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
Se verifica que el valor recobrado reportado por la entidad incluya los descuentos relacionados en el Artículo 40 de la Resolución 5395 de 2013 y posteriormente se debe resolver, ¿el valor recobrado supera al valor liquidado? ⁶¹	- Valor recobrado registrado por la entidad recobrante en el archivo .txt (campo denominado <i>vr_recobro</i>). - Factura de venta o documento equivalente.	4201 El valor recobrado es mayor al valor liquidado conforme a lo establecido en el Artículo 40 de la Resolución 5395 de 2013, por lo tanto, se reliquida y se glosa la diferencia.

⁶¹No se reconocerán variaciones posteriores del precio de las tecnologías en salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad. El valor objeto de aprobación no podrá superar el monto registrado en el medio magnético en el campo denominado “Valor Recobro”.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORÍA PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE /FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿La cantidad facturada corresponde con lo autorizado por el CTC o lo ordenado en el fallo de tutela?	- Factura de venta o documento equivalente - Formato de CTC - Fallo de tutela	4202 Se reconoce () unidades correspondientes a la cantidad de la tecnología en salud ordenada por el CTC o autorizada por el fallo de tutela, se glosa la diferencia.
¿La cantidad facturada de la tecnología corresponde a la cantidad establecida en el plan de beneficios?	- Factura de venta o documento equivalente - Formato de CTC - Fallo de tutela - Actos administrativos que definen los contenidos del POS	4203 Se reconoce () unidades correspondientes a la tecnología en salud NO POS, las demás unidades recobradas se glosan dado que están incluidas en el POS.
¿El valor del medicamento dispositivo médico recobrado por la entidad recobrante, se encuentra regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos? ⁶²	- Factura de venta o documento equivalente - Medio magnético del recobro	4204 El valor del medicamento o dispositivo médico recobrado es superior al valor establecido en la Circular No. (), por lo tanto, se glosa la diferencia.
¿El valor de la tecnología en salud recobrada (excepto medicamentos) es superior al valor máximo establecido?	- Factura de venta o documento equivalente - Medio magnético del recobro	4205 El valor de la tecnología en salud recobrada, es mayor al valor máximo establecido, por lo tanto, se glosa la diferencia.
En caso de medicamentos con comparador administrativo ¿la operación matemática para establecer el valor del comparador administrativo, es correcta?	- Acta de CTC - Valor recobrado registrado por la entidad recobrante en el archivo .txt (campo denominado vr_recobro).	4206 El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del medicamento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
En caso de procedimientos con comparador administrativo ¿la operación matemática para establecer el valor del comparador administrativo, es correcta?	Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral.	4207 El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del procedimiento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
En caso de medicamentos sin comparador administrativo, ¿la operación matemática para establecer el valor del medicamento que reemplaza o sustituye, es correcta?	- Acta de CTC - Valor recobrado registrado por la entidad recobrante en el archivo .txt (campo denominado vr_recobro). - Formato de justificación médica de tecnologías en	4208 El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del medicamento que reemplaza o sustituye, presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.

⁶² Para la reliquidación debe tener en cuenta la fecha de prestación de servicio y la normativa aplicable para esa fecha, relacionada con regulación de precios, en los casos en que aplique.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

CRITERIO DE AUDITORÍA PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE /FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
	salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral.	
En caso de procedimientos realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica ¿la operación matemática para establecer el valor del procedimiento que reemplaza o sustituye, es correcta? ⁶³	- Acta de CTC - Factura de venta o documento equivalente - Historia clínica - Epicrisis - Resumen de atención - Valor recobrado registrado por la entidad recobrante en el archivo .txt (campo denominado vr_recobro). - Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral.	4209 El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del procedimiento realizado bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica que reemplaza o sustituye, presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
En caso de tecnologías en salud o servicios que no fueron tramitados por el Comité Técnico-Científico de la respectiva entidad y que fueron ordenados mediante fallo de tutela hasta el 18 de enero del 2011 ¿el valor recobrado corresponde al 50% del valor facturado por el proveedor?	- Factura de venta o documento equivalente - Copia del fallo de tutela	4210 Los valores recobrados son superiores al 50% del valor facturado por el proveedor cuando la tecnología en salud o servicio no fue tramitado por el CTC de la entidad recobrante y fue ordenado mediante fallo de tutela hasta el 18 de enero del 2011.
En caso de tecnologías en salud o servicios que fueron negados por el Comité Técnico-Científico de la respectiva entidad y que fueron ordenados mediante fallo de tutela hasta el 18 de enero del 2011 y aporta el Acta de CTC negada ¿el valor recobrado corresponde al 85% del valor facturado por el proveedor?	- Factura de venta o documento equivalente - Copia del fallo de tutela	4211 Los valores recobrados son superiores al 85% del valor facturado por el proveedor cuando la tecnología en salud o servicio no fue aprobada por el CTC de la entidad recobrante y fue ordenado mediante fallo de tutela hasta el 18 de enero del 2011.

⁶³ En cuanto a los procedimientos de salud no pos autorizados por Comité Técnico Científico u ordenados por Fallo de Tutela que no tengan un procedimiento que lo reemplaza o sustituye en el Plan Obligatorio de Salud, y así mismo esté justificado en los respectivos documentos del recobro, se reconocerá el valor facturado por el proveedor del servicio de conformidad con el numeral 2 del Artículo 40 de la Resolución 5395 de 2013.

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

**7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA AUDITORIA INTEGRAL DE RECOBROS
ORIGINADOS EN APROBACIONES DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO U ORDENADAS POR
FALLO DE TUTELA**

El sistema de verificación y control del pago de las tecnologías en salud no contenidas en el Plan Obligatorio de Salud – POS, define los elementos esenciales que originan la solicitud del recobro, se establece un procedimiento claro, preciso, transparente, seguro, ágil, eficaz y con suficiencia, que unifica términos y fechas de pago, elimina requisitos inocuos y suprime glosas infundadas para garantizar el adecuado, efectivo y oportuno flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el mencionado procedimiento la normativa vigente establece los requisitos generales y específicos que deben cumplir las entidades recobrantes para presentar las solicitudes de recobro originadas en autorizaciones del Comité Técnico Científico u ordenadas por fallos de tutela, y las actividades para llevar a cabo la verificación de dichos requisitos y su coherencia, los términos y plazos, el pago de las solicitudes cuando haya lugar a ordenar el gasto y autorizar el giro, así como otras disposiciones.

Las solicitudes de recobro surten las siguientes etapas de validación:

- Pre–radicación: se valida la información registrada por la entidad recobrante con bases de datos, con el fin de establecer la existencia del usuario, la consistencia de códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro y las investigaciones administrativas o judiciales.
- Radicación: se presenta ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, los formatos MYT y MYT–R, junto con los soportes en medio impreso o magnético, según corresponda.
- Pre-auditoría: se verifica que el recobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.
- Auditoría Integral: se verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros, conforme a lo descrito en el presente manual

Una vez se han concluido las etapas de pre-radicación, radicación y pre-auditoría descritas, inicia el proceso de Auditoría Integral con las solicitudes a auditar, es decir que se encuentran disponibles los soportes del recobro con su respectivo medio magnético e imagen.

8. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO RELACIONADO CON EL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL Y COMUNICACIÓN A LAS ENTIDADES RECOBRANTES

Una vez realizadas las actividades del proceso de auditoría integral de cobros originados en aprobaciones del Comité Técnico Científico y ordenaciones por fallo de tutela, se obtienen los resultados de dicho proceso, los cuales son comunicados a la entidad reobrante, quien tiene 2 meses de acuerdo con la normativa vigente para objetar dicho resultado.

Los resultados de Auditoría Integral pueden ser los siguientes:

8.1 Aprobado: Cuando alguno o algunos de los ítems del recobro cumple(n) con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría.

- Aprobado total: cuando todos los ítem(s) del recobro cumple(n) con los requisitos de la normativa vigente y el presente manual de auditoría.
- Aprobado con reliquidación: Cuando se aprueban todos los ítems del recobro, sin embargo, el valor a pagar es menor al valor recobrado, debido a la presencia de errores en el cálculo del valor recobrado por la entidad reobrante.
- Aprobado parcial: cuando se aprobaron para pago parte de los ítem(s) del recobro

8.2 No aprobado: Cuando todos los ítems del recobro no cumplen con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría.

El resultado de la auditoría integral de los cobros se comunica al representante legal de la entidad reobrante, al domicilio y a la dirección electrónica informados, con el detalle del estado de cada solicitud de recobro y las causales de glosa que se hayan aplicado en medio magnético con la misma estructura presentada para la radicación, dentro de los tres (3) días siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación.

La comunicación contendrá la siguiente información:

- Fecha de expedición de la comunicación.
- Número de radicación de cada recobro.
- Resultado de la auditoría integral por recobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
- Causales de aprobación con reliquidación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro presentado, conforme al manual de auditoría.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

- La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago, cuando exista aprobación parcial.
- Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro presentado, conforme al manual de auditoría.
- La comunicación impresa se acompañará de medio magnético con información bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme el capítulo de glosas del presente manual.

Una vez recibida la comunicación de los resultados de la auditoría integral, la entidad recobrante tiene las siguientes opciones:

Si la entidad recobrante está de acuerdo con el resultado de la auditoría: Cuando el estado del ítem del recobro sea no aprobado y no presente objeción al resultado, se entenderán aceptadas las glosas y concluido el procedimiento de recobro ante el FOSYGA, señalado en la normativa vigente.

1. Si la entidad recobrante no está de acuerdo con el resultado de la auditoría: Cuando la entidad recobrante no esté de acuerdo con el resultado, puede realizar dentro de los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, el proceso de “*Objeción al resultado de auditoría*”. Ver capítulo 9. “*Definición de los criterios que se aplican en el proceso de objeción al resultado de la auditoría integral*”.

9. DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS QUE SE APLICAN EN EL PROCESO DE OBJECIÓN AL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL

Cuando la entidad recobrante no esté de acuerdo con el resultado del proceso de auditoría integral puede realizar dentro los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, el proceso de “*Objeción al resultado de auditoría*”, argumentando las razones por las cuales se presenta dicha objeción, por cada ítem en cada uno de los recobros glosados, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 31 de la Resolución 5395 de 2013, ya citado en el presente Manual.⁶⁴

⁶⁴ Ver descripción del requisito esencial No. 7 “La solicitud del reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS se realiza al FOSYGA en el término establecido”

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

9.1 Criterios de Auditoría – Lineamientos Generales

- a. **Término establecido:** en cualquier caso se debe cumplir el término previsto para objetar los resultados de auditoría informados por la firma auditora o la entidad que designe el Ministerio de Salud y Protección Social ⁶⁵
- b. **Radicación:**
 - El período habilitado para la radicación de las objeciones son los días 16, 17, 18, 19 y 20 de cada mes.
 - Las objeciones que cumplan los dos meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación de objeciones inmediatamente siguiente.
 - La objeción a los resultados de auditoría integral debe presentarse en medio físico ante la firma auditora o la entidad que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, en el “*Formato de objeción a los resultados de auditoría integral*” (Formato 1 previsto en la Nota Externa No. 201433200190093)”
- c. **Condiciones para objetar las glosas aplicadas:**
 - Múltiples glosas a un mismo recobro: radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.
 - La objeción no puede versar sobre nuevos hechos, ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada.
 - Cuando la entidad recobrante considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se puede(n) desvirtuar con la información contenida en los soportes del recobro: indicar siempre el folio en el cual se encuentra el documento o la información.
 - Cuando los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del recobro: podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas de acuerdo con lo establecido en el presente manual.
 - Las objeciones deben incluir el número de identificación de la solicitud de recobro asignado inicialmente.
- d. **Resultado de la objeción:** se dará dentro del mes siguiente a la radicación de la solicitud. El pronunciamiento que se efectúe se considera definitivo.

⁶⁵ La fecha a tener en cuenta corresponde a la fecha de recibido por la entidad recobrante, registrada en la comunicación mediante la cual la firma auditora informó de los resultados de auditoría de MYT01 y MYT02.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:	GRE-M02	VERSIÓN:	2	FECHA:	Mayo de 2014

9.2 Criterios de Auditoría – Lineamientos específicos:

A continuación se presentan los requisitos esenciales que una vez finalizada la “*Etapa de Auditoría Integral*”, como resultado del proceso se declaran incumplidos, con el respectivo criterio de auditoría que debe acreditarse para validar su cumplimiento, así como el resultado de la objeción.

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
Requisito Esencial 1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud NO POS existía y le asiste el derecho		
1. Los datos del usuario no corresponden a los registrados en la BDUA	- Formulario de Afiliación a la EPS - Consulta de la página web del Fosyga sobre afiliados compensados	Se levanta la glosa con CÓDIGO (30) cuando se demuestra que los datos del usuario corresponden a los registrados en la BDUA
2. El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio	- Copia del Registro Civil de Nacimiento - Resumen de atención, epicrisis o historia clínica en donde se pueda evidenciar que el usuario estaba vivo cuando se suministró la tecnología en salud No POS - Cuando el servicio se haya prestado a un beneficiario cuyo cotizante figure como fallecido para la fecha de la atención en salud, la entidad recobrante podrá allegar copia del documento donde conste que la novedad del fallecimiento fue recibida en fecha posterior a la prestación del servicio.	Se levanta la glosa con CÓDIGO (31) cuando se demuestra que el usuario reportado fallecido en RNEC estaba vivo para la fecha de prestación del servicio
Requisito Esencial 2. La tecnología en salud suministrada no estaba incluida en el POS		
	Se demuestra que una tecnología en salud no es cobertura del POS cuando se comprueba ⁶⁶ que:	Se levanta la glosa con CÓDIGO (32) cuando se demuestra que la tecnología en salud suministrada no

⁶⁶El soporte válido para comprobar la no cobertura de una tecnología en salud corresponde a los siguientes: Notas de enfermería cuando se requiera el suministro o aplicación de medicamentos e insumos para curación de heridas, evoluciones del personal de enfermería o quien haga sus veces u hoja de aplicación de medicamentos, hoja de traslado

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS**
CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
	- El medicamento con su principio activo, concentración, forma farmacéutica y aclaración, no hace parte de los listados explícitos de cobertura. - El procedimiento no hace parte de los listados explícitos de cobertura. - El insumo o dispositivo fue utilizado en un procedimiento que no está incluido en los listados explícitos de cobertura y aporta el soporte que comprueba su uso en dicho procedimiento. - El insumo suministrado excede o no cumple con la condición clínica establecida por los límites de cobertura establecidos en el POS y aporta el soporte que comprueba que su uso corresponde a otra condición clínica o a dichos excedentes.	estaba incluida en el POS.
Requisito Esencial 3. La tecnología en salud NO POS fue prescrita por el médico tratante del usuario		
	- Aporta orden o fórmula médica - Resumen de atención, epicrisis o historia clínica donde se evidencie la prescripción de la tecnología en salud No POS - Fallos de tutela expresos para la tecnología en salud NO POS - Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallo de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo.	Se levanta la glosa con CÓDIGO (33) cuando se demuestra que la tecnología en salud NO POS fue prescrita por el médico tratante del usuario
Requisito Esencial 4. La tecnología en salud NO POS fue autorizada por el Comité Técnico Científico de la entidad recobrante u ordenada mediante fallo de tutela		
1. El Acta de CTC se aporta o contiene la información requerida por la normativa vigente	Aporta acta de CTC de la tecnología en salud NO POS que contenga la información requerida por la	Se levanta la glosa con CÓDIGO (34) cuando se demuestra que la

debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado en casos de transporte no cubierto, nota operatoria o descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, la tecnología NO POS suministrada, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio y récord de anestesia.

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
	normativa vigente. • Aporta acta de CTC aclaratoria que cumple con los requisitos descritos en el presente Manual	tecnología en salud NO POS fue autorizada por el Comité Técnico Científico de la entidad recobrante.
2. El fallo de tutela y/o sus anexos se aporta(n), o contiene(n) la información requerida	• Aporta fallo de tutela que contenga la información requerida. • Aporta fallo de tutela expreso que ordena la tecnología en salud NO POS. • Aporta formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallo de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo.	Se levanta la glosa con CÓDIGO (35) cuando se demuestra que la tecnología en salud NO POS fue ordenada mediante fallo de tutela.
<i>Requisito Esencial 5. La tecnología en salud NO POS fue efectivamente suministrada al usuario</i>		
1. Evidencia la entrega de la tecnología en salud NO POS	• Factura de venta o documento equivalente, fórmula u orden médica, certificación del prestador, formato diseñado por la entidad para tal fin. • Epicrisis, historia clínica, resumen de atención, descripción quirúrgica, nota operatoria, hoja de gastos de la cirugía, récord de anestesia, notas de enfermería, hojas de aplicación de medicamentos o informe de atención inicial de urgencias.	Se levanta la glosa con CÓDIGO (36) cuando aporta evidencia de la entrega de la tecnología en salud NO POS
2. La factura de venta o documento equivalente se aporta o contiene la información requerida	• Factura de venta o documento equivalente que contenga la información requerida. • Detalle de cargos expedido por el proveedor o certificación de representante legal de la entidad que suscribe dicho detalle. • Certificación del proveedor en caso que la factura contenga más de un usuario que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud NO POS por cada usuario, fecha de prestación y factura de venta o documento equivalente al cual se imputa la certificación.	Se levanta la glosa con CÓDIGO (37) cuando aporta la factura de venta o documento equivalente

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
	• Certificación de representante legal en caso de facturas por compras al por mayor en las que el proveedor identifica el usuario(s) que recibió(eron) la tecnología en salud NO POS y la factura a la cual se imputa la tecnología en salud NO POS. • Declaración de Importación, Declaración Andina de Valor o Factura del agente aduanero, en caso de medicamentos importados. • Certificación del representante legal en la que indique el número de la Declaración de Importación respecto de la solicitud del recobro, el afiliado, y la cantidad recobrada, en caso que se generen disponibilidades de medicamentos importados y se suministren a otros usuarios por parte de la entidad recobrante.	
<i>Requisito Esencial 6. El reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS corresponde al FOSYGA y se presenta por una única vez</i>		
1. El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada corresponde al FOSYGA	• Fallo de tutela que otorga de manera expresa recobro al FOSYGA. • Fallo de tutela que otorga de manera expresa recobro al FOSYGA a favor de usuario del régimen subsidiado, especial o excepcional. • Certificación de agotamiento de topes suscrita por la respectiva aseguradora. • Fallo de tutela expreso que ordene una prestación no financiada con recursos del SGSSS.	Se levanta la glosa con CÓDIGO (38) cuando se demuestra que el reconocimiento de la tecnología en salud recobrada corresponde al FOSYGA
2. La tecnología en salud objeto de recobro NO ha sido presentada o pagada con anterioridad por el FOSYGA	No es subsanable	No es subsanable

MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS

CÓDIGO:

GRE-M02

VERSIÓN:

2

FECHA:

Mayo de 2014

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
<i>Requisito Esencial 7. La solicitud del reconocimiento y pago de la tecnología en salud NO POS se realiza al FOSYGA en el término establecido</i>		
	- Factura de venta o documento equivalente con sello de radicación inicial en la entidad recobrante. - Comunicación de resultado de auditoría con fecha de recibido. - Constancia de radicación anterior de la solicitud de recobro dentro del término de ley.	Se levanta la glosa con CÓDIGO (40) cuando soporta documentalmente que no se ha superado el término oportuno previsto en el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012
<i>Requisito Esencial 8. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro son consistentes respecto al usuario, la tecnología y las fechas</i>		
	No es subsanable	La entidad podrá presentar nuevamente el Recobro como Reingreso
<i>Requisito Esencial 9. El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente</i>		
	No es subsanable	Se modifica el cálculo de la liquidación cuando existen errores aritméticos