



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

MEMORANDO



Radicado No.: 201433200014303

Bogotá D.C., Fecha: 21-01-2014

NOTA EXTERNA

PARA: ENTIDADES RECOBRANTES

DE: DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: RESOLUCIÓN 5395 DE 2013 – FORMATOS Y ANEXOS TÉCNICOS PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECROBRO

La Honorable Corte Constitucional mediante 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 garanticen que el procedimiento de recobro, 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 el Alto Tribunal proferiera el Auto 263 de 2012.

Mediante dicho Auto, 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, razón por la cual este Ministerio expidió la Resolución 458 de 2013 mediante la cual se definieron los elementos esenciales que originan la solicitud del recobro y se unificó y ajustó el procedimiento de recobro ante el FOSYGA, para garantizar el adecuado, efectivo y oportuno flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Cabe precisar que en la operativización de la mencionada norma se evidenciaron necesidades de ajuste a la misma, las cuales fueron consolidadas con el fin de conservar la unicidad normativa, mediante la Resolución 5395¹ de 2013.

Por lo anterior, la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, por medio de la presente Nota Externa, en ejercicio de las facultades establecidas en el Decreto Ley 4107 de 2011 y lo dispuesto en el artículo 52 de la Resolución 5395 de 2013, define los formatos y anexos técnicos para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, los cuales se adjuntan y hacen parte de la misma.


JOSÉ OSWALDO BONILLA RINCÓN
Director

Revisó: , J. Penuela, Gloria P., , H. Jaramillo, Andrea H., Claudia P., Claudia F. 

¹ Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones.

1. *Handwritten text*



ANEXO NOTA EXTERNA

CONTENIDO

1.	COMITÉS TÉCNICOS CIENTÍFICOS	3
1.1	FORMATO ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO – PRECISIONES GENERALES	3
1.1.1	FORMATO E INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO	3
2.	REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN, RADICACIÓN, VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO	6
2.1	FORMATO MYT – PRECISIONES GENERALES	6
2.1.1	FORMATO	6
2.2	FORMATO DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO POS ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA – COMPARADOR ADMINISTRATIVO – PRECISIONES GENERALES	7
2.2.1	FORMATO E INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO	7
2.3	FORMATO DE JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE SERVICIOS PRESTADOS POR FALLOS DE TUTELA QUE ORDENAN TRATAMIENTO INTEGRAL – PRECISIONES GENERALES	10
2.3.1	FORMATO E INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO	10
2.4	FORMATO MYT-R – PRECISIONES GENERALES	13
2.4.1	FORMATO	13
3.	TÍTULO VI PAGO SOLICITUDES DE RECOBRO	14
3.1	FORMATO SOLICITUD DE GIRO PREVIO AL PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD –POS– PRECISIONES GENERALES	14
3.1.1	FORMATO	14
3.2	FORMATO RELACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADAS PARA GIRO PREVIO	14
3.2.1	FORMATO E INSTRUCTIVO	15
3.3	FORMATO RELACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADAS PARA GIRO PREVIO	16
3.3.1	FORMATO E INSTRUCTIVO	16
3.4	FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA GIRO DIRECTO A PROVEEDORES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD –POS– PRECISIONES GENERALES	18
3.4.1	FORMATO	18
3.5	FORMATO RELACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADAS PARA GIRO DIRECTO	19
3.5.1	FORMATO E INSTRUCTIVO	19
4.	ANEXOS TÉCNICOS – ARCHIVOS TXT	20



1. COMITÉS TÉCNICOS CIENTÍFICOS

1.1 FORMATO ACTA DE COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO – PRECISIONES GENERALES

La Resolución 5395 establece en el artículo 8 “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”

Por lo anterior, esta Dirección define el formato de Acta de Comité Técnico Científico –CTC.

De igual manera se precisa que este formato será exigible para las Actas o las sesiones del Comité Técnico Científico que se deriven de los servicios generados a partir del 01 de Mayo de 2014.

1.1.1 FORMATO E INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

El formato se debe diligenciar teniendo en cuenta lo siguiente:

Campo	Descripción			
Ciudad	Ciudad en la que se llevó a cabo el CTC			
Fecha de Elaboración	Fecha en la que se elabora el CTC. Deberá especificarse (dd/mm/aaaa)			
Número de Acta	Número consecutivo del acta			
PARTE I: Datos de identificación del usuario				
Nombres y apellidos	Nombres y apellidos completos del usuario			
Tipo Documento	Seleccionar el tipo de identificación del usuario Registro Civil (RC), Tarjeta de identidad (TI), Cédula de ciudadanía (CC), Cédula de extranjería (CE), Pasaporte o Tarjeta Diplomática			
Número:	Número de identificación del usuario			
PARTE II: Solicitud del médico tratante				
Nombres y apellidos del profesional tratante	Nombres y apellidos del profesional tratante			
Registro médico	Número de registro médico del profesional tratante			
Especialidad	Especialidad del Médico Tratante			
Fecha solicitud	Fecha en que el profesional ordena la Tecnología en Salud (dd/mm/aaaa)			
Fecha radicación de la solicitud al CTC	Fecha de la radicación de la solicitud para estudio del CTC (dd/mm/aaaa)			
PARTE III: Diagnóstico y Justificación Técnica del caso objeto del estudio				
Diagnóstico CIE 10 que motiva la solicitud	CÓDIGO DX Código internacional de enfermedades (CIE 10)	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO Diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades (CIE 10)		
Justificación técnica del caso objeto de estudio	Análisis del caso objeto de estudio			
PARTE IV: Solicitud de la tecnología en salud no POS				
a. Medicamentos no incluidos en el POS: Nombre (s) del medicamento(s) no incluido(s) en el POS en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), ATC (Clasificación Anatómico Terapéutico, Químico), Forma Farmacéutica, Días de tratamiento, número de dosis día y cantidad autorizada				



b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene: Nombre(s) del Medicamento(s) incluido(s) en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente comparador administrativo en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), ATC (Clasificación Anatómico Terapéutico, Químico), Forma Farmacéutica, Días de tratamiento, número de dosis día y cantidad equivalente
c. Procedimiento NO incluido en el POS que se lleva a cabo o en el cual se emplea el Dispositivo Médico recobrado: Nombre del procedimiento de acuerdo con la descripción de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud- CUPS, objetivo (prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), frecuencia de uso (si es único o sucesivo), cantidad autorizada, tiempo total y motivo de recurrencia (complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).
d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene: Nombre del procedimiento de acuerdo con la descripción de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud- CUPS incluido en el POS, objetivo (prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), frecuencia de uso (si es único o sucesivo), cantidad autorizada, tiempo total y motivo de recurrencia (complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).
PARTE V: Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el POS, cuando su utilización se presente en casos diferentes a los condicionamientos específicos del Plan Obligatorio de Salud
Explicación concreta y de la mejor evidencia disponible, que sustenta la elección de la Tecnología en Salud
VI. Verificación de criterios de evaluación y autorización
Lista de chequeo de los criterios enunciados en la resolución 5395 de 2013
VII. Decisión del Comité: Manifestación de la decisión adoptada por el Comité Técnico Científico.
VIII. Responsables del Comité: Nombres y apellidos, firmas, tipo y número de identificación de los representantes de las EPS, IPS y de los usuarios.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

FORMATO DE ACTA DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Ciudad: _____

Fecha de Elaboración: _____

Número del Acta: _____

I. Datos de Identificación del Usuario:

Nombres y apellidos:	RC	TI	CC	Número:
	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA	
	Tipo Documento			

II. Solicitud del médico tratante

a. Nombres y apellidos del profesional tratante:		
b. Registro médico:		c. Especialidad:
d. Fecha solicitud:		e. Fecha Radicación de la Solicitud al CTC:

III. Diagnóstico y Justificación técnica del caso objeto de estudio

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
Justificación técnica del caso objeto de estudio		

IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio Activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente

c. Procedimiento NO incluido en el POS que se lleva a cabo o en el cual se emplea el Dispositivo Médico recobrado

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total

V. Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología no incluida en el pos, cuando su utilización se presente en casos diferentes a los condicionamientos específicos del Plan Obligatorio de Salud

VI. Verificación de criterios de evaluación y autorización

	SI	NO
a. El uso, ejecución o realización de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios está autorizada por las entidades u órganos competentes en el país		
b. La prescripción de la tecnología en salud, es consecuencia de 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 terapéutico 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, lo cual consta en la historia clínica.		
c. La tecnología en salud NO POS NO tiene un fin cosmético, sustitutorio, se encuentra en fase de experimentación o tiene que ser prestada en el exterior?		
d. Existe un riesgo inminente para la vida o salud del paciente demostrable y consta en la historia clínica respectiva		

VII. Decisión del Comité

	SI	NO
Tecnología en Salud Aprobada		
Tecnología en Salud usada en Urgencia Manifiesta		
Tecnología en Salud para Víctima de la Violencia (Ley 1448/2011)		

VIII. Responsables del Comité:

Nombres y apellidos del representante de la EPS	
Firma del Representante de la EPS	
Tipo y número de documento de identificación y/o registro médico	
Nombres y apellidos del representante de la IPS	
Representante de la IPS	
Tipo y número de documento de identificación y/o registro médico	
Nombres y apellidos del representante de los usuarios	
Representante de los usuarios	
Tipo y número de documento de identificación	



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social


**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

2. REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN, RADICACIÓN, VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE RECUBRO

2.1 FORMATO MYT – PRECISIONES GENERALES

El formato de solicitud de recobro, denominado Formato MYT, contiene los datos básicos de la entidad recobrante, del afiliado y el número de identificación de cada recobro, el cual se genera de manera automática por el sistema de radicación Web. Dicho formato debe anexarse (medio físico / magnético) a cada solicitud de recobro presentada por este mecanismo para el proceso de verificación control y pago.

2.1.1 FORMATO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social


Número Interno de la Entidad asignado al recobro presentado

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

CTC

100064180

0000291874



000000100064180

CÓDIGO ENTIDAD: _____

RAZÓN SOCIAL: _____

NÚMERO DE RADICACIÓN ANTERIOR: _____

CONSECUTIVO INTERNO ENTIDAD: _____

TIPO IDENTIFICACIÓN USUARIO: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

PRIMER NOMBRE: _____

SEGUNDO NOMBRE: _____

PRIMER APELLIDO: _____

SEGUNDO APELLIDO: _____

Número Único de Identificación del Recobro Asignado por el Sistema Radicación WEB

**UTNUEVO
FOSYGA**

*Este formato es generado de manera automática por el sistema de radicación Web, una vez el recobro presentado supera las validaciones de estructura y de negocio que permiten la asignación del número único de identificación.

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

2.2 FORMATO DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO POS ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA – COMPARADOR ADMINISTRATIVO – PRECISIONES GENERALES

Para los casos en los cuales mediante fallo de tutela se ordene una tecnología en salud NO POS y ésta tenga un comparador administrativo de acuerdo con el listado de comparadores administrativos que defina esta Dirección, las entidades recobrantes deberán implementar el presente formato y anexarlo a la solicitud de recobro ante el FOSYGA, en los casos que aplique.

2.2.1 FORMATO E INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

Campo	Descripción	
PARTE I: Datos de identificación del usuario		
Nombres y apellidos	Nombres y apellidos del usuario	
Tipo Documento	Seleccione el tipo de identificación del usuario Registro Civil (RC), Tarjeta de identidad (TI), Cédula de ciudadanía (CC), Cédula de extranjería (CE), Pasaporte o Tarjeta Diplomática	
Número	Número de identificación del usuario	
PARTE II: Datos de la Tutela		
Fecha Fallo de Tutela	Fecha del fallo (dd/mm/aaaa)	
El servicio solicitado se relaciona con	Descripción de la tecnología NO POS ordenada	
Número de Fallo	Número del fallo	
Fecha de desacato (si aplica)	Fecha(s) del(os) desacato(s) en formato (dd/mm/aaaa)	
Fecha Fallos Adicionales (si aplica)	Incluir las fechas de fallos adicionales si los hubiere (dd/mm/aaaa)	
Resuelve del Fallo de tutela:	Resumen de la parte resolutoria del fallo en donde se evidencie la tecnología No Pos ordenada	
Diagnósticos en el Fallo de Tutela si la misma los menciona	CÓDIGO DX Código internacional de enfermedades (CIE10)	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO Nombre del diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades (CIE10)
Aclaraciones del Fallo de tutela si las tiene y se relacionan con el servicio a recobrar:	Incluir las aclaraciones del fallo de tutela si las tiene y se relacionan con el servicio a recobrar.	
PARTE III: Tecnología en salud a recobrar		
a. Medicamentos no incluidos en el POS: Nombre (s) del medicamento(s) no incluido(s) en el POS en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s) internacional o principio(s) activo(s), ATC (Clasificación Anatómico Terapéutico, Químico), Forma Farmacéutica, Días de tratamiento, número de dosis día y cantidad autorizada		
b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene: Nombre (s) del medicamento(s) incluido(s) en el POS en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s) internacional o principio(s) activo(s), ATC (Clasificación Anatómico Terapéutico, Químico), Forma Farmacéutica, Días de tratamiento, número de dosis día y cantidad equivalente.		
c. Procedimiento No incluido en el POS que se lleva a cabo o en el cual se emplea el dispositivo médico recobrado: Nombre del procedimiento de acuerdo con la descripción de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud-CUPS, objetivo (prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), frecuencia de uso (si es único o sucesivo), cantidad autorizada, tiempo total y motivo de recurrencia (complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).		

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene: Nombre del procedimiento de acuerdo con la descripción de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud- CUPS, objetivo (prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), frecuencia de uso (si es único o sucesivo), cantidad autorizada, tiempo total y motivo de recurrencia (complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).

Nombres y apellidos del médico de la entidad: Nombres y apellidos del médico que diligencia el formato

Registro Médico: Número del Registro del Médico que diligencia el formato

Firma del Médico de la Entidad: Firma del Médico que diligencia el formato

Entidad Recobrante: Nombre de la entidad recobrante

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

**FORMATO DE TECNOLOGIAS EN SALUD NO POS ORDENADOS POR FALLOS DE TUTELA
QUE TENGAN COMPARADOR ADMINISTRATIVO**

I. Datos del Usuario:

Nombres y Apellidos:					
Tipo Documento	RC	TI	CC	Número:	
	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA		

Fecha del Fallo Tutela:			
El Servicio Solicitado se Relaciona con:			
Fallo No.:		Fecha Fallos Adicionales (si aplica):	
Fecha Desacato (si aplica):			
Resuelve del Fallo de tutela		Diagnósticos en el Fallo de Tutela si la misma los menciona	
		Código DX	Nombre del Diagnóstico
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
Aclaraciones del Fallo de tutela si las tiene y se relacionan con el servicio a recobrar:			

III. Tecnología en salud a recobrar

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Autorizada

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio Activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. De Días Tratamiento	No. De Dosis Día	Cantidad Equivalente

c. Procedimiento NO incluido en el POS que se lleva a cabo o en el cual se emplea el Dispositivo Médico recobrado

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total	Motivo de recurrencia

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre	CUPS	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad Autorizada	Tiempo Total

Nombres y apellidos del Médico de la Entidad:	
Registro Médico:	
Firma del Médico de la Entidad	
Entidad Recobrante:	



2.3 FORMATO DE JUSTIFICACION MÉDICA DE SERVICIOS PRESTADOS POR FALLOS DE TUTELA QUE ORDENAN TRATAMIENTO INTEGRAL – PRECISIONES GENERALES

Cuando la orden del fallo de tutela no sea expresa en identificar la tecnología en salud NO POS recobrada, las entidades recobrantes deberán implementar el presente formato y anexarlo a la solicitud de recobro ante el FOSYGA, en los casos que aplique.

2.3.1 FORMATO E INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

Campo	Descripción		
PARTE I: Datos de identificación del usuario			
Nombres y apellidos	Nombres y apellidos del usuario		
Tipo Documento	Seleccionar el tipo de identificación del usuario Registro Civil (RC), Tarjeta de identidad (TI), Cédula de ciudadanía (CC), Cédula de extranjería (CE), Pasaporte o Tarjeta Diplomática		
Número:	Número de identificación del usuario		
PARTE II: Datos de la Tutela			
Fecha Fallo de Tutela	Fecha del fallo (dd/mm/aaaa)		
El servicio solicitado se relaciona con	Descripción de la tecnología NO POS solicitada, indique el No del fallo, o fechas de desacato o fallos adicionales si aplica.		
Fallo No	Número del fallo		
Fecha de desacato (si aplica)	Fecha del desacato (dd/mm/aaaa)		
Fecha Fallos Adicionales (si aplica):	Incluir las fechas de fallos adicionales si los hubiere (dd/mm/aaaa)		
Resuelve del Fallo de tutela	Descripción del resuelve del fallo de tutela		
Diagnósticos en el Fallo de Tutela si la misma los menciona	<table><tr><td>CÓDIGO DX Código internacional de enfermedades (CIE10)</td><td>NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO Nombre del diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades (CIE10)</td></tr></table>	CÓDIGO DX Código internacional de enfermedades (CIE10)	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO Nombre del diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades (CIE10)
CÓDIGO DX Código internacional de enfermedades (CIE10)	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO Nombre del diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades (CIE10)		
Aclaraciones del Fallo de tutela si las tiene y se relacionan con el servicio a recobrar:	Incluir las aclaraciones del fallo de tutela si las tiene y se relacionan con el servicio a recobrar.		
PARTE III: Tecnología en salud a recobrar			
e. Medicamentos no incluidos en el POS: Nombre (s) del Medicamento (s) no incluido (s) en el POS Medicamentos no incluidos en el POS: Nombre (s) del Medicamento(s) no incluido(s) en el POS en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s) internacional o principio(s) activo(s), ATC (Clasificación Anatómico Terapéutico, Químico), Forma Farmacéutica, Días de tratamiento, número de dosis día y cantidad autorizada			
f. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene: Nombre (s) del medicamento(s) incluido(s) en el POS en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s) internacional o principio(s) activo(s), ATC (Clasificación Anatómico Terapéutico, Químico), Forma Farmacéutica, Días de tratamiento, número de dosis día y cantidad equivalente.			
g. Procedimiento No incluido en el POS que se lleva a cabo o en el cual se emplea el dispositivo médico recobrado: Nombre del procedimiento de acuerdo con la descripción de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud-CUPS, objetivo (prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), frecuencia de uso (si es único o sucesivo), cantidad autorizada, tiempo total y motivo de recurrencia (complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).			



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

<p>h. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene: Nombre del procedimiento de acuerdo con la descripción de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud- CUPS, objetivo (prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), frecuencia de uso (si es único o sucesivo), cantidad autorizada, tiempo total y motivo de recurrencia (complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).</p>
<p>PARTE IV: Relación entre el servicio a recobrar y su conexidad con el fallo tutela</p>
<p>Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud: Nombre del diagnóstico de acuerdo Código internacional de enfermedades</p>
<p>Justificación Médica que demuestra la conexidad de la solicitud recobrada con el Fallo de Tutela, desacato o aclaraciones: 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</p>
<p>Nombres y apellidos del médico de la entidad: Nombre completo del médico que diligencia el formato</p>
<p>Registro Médico: Número del Registro del Médico que diligencia el formato</p>
<p>Firma del Médico de la Entidad: Firma del Médico que diligencia el formato</p>
<p>Entidad Recobrante: Nombre de la entidad recobrante</p>



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

**FORMATO DE JUSTIFICACION MEDICA DE SERVICIOS PRESTADOS POR FALLOS DE TUTELA
QUE ORDENAN TRATAMIENTO INTEGRAL**

I. Datos de identificación del Usuario:

Nombre:					
Tipo Documento	RC	TI	CC	Número:	
	CE	PASAPORTE	TARJETA DIPLOMATICA		
			A		

II. Datos de la Tutela:

Fecha del Fallo Tutela:	
El Servicio Solicitado se Relaciona con: (indique el No del fallo, o fechas de desacato o fallos adicionales si aplica)	
Fallo No.:	Fecha Fallos Adicionales (si aplica):
Fecha Desacato (si aplica):	Diagnósticos en el Fallo de Tutela si la misma los menciona
Resuelve del Fallo de tutela	Código DX
1.	Nombre del Diagnóstico
2.	
3.	
Aclaraciones del Fallo de tutela si las tiene y se relacionan con el servicio a recobrar:	

III. Tecnología en salud a recobrar

a. Medicamentos NO incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. Días Tratamiento	No. Dosis Día	Cantidad

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio Activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. Días Tratamiento	No. Dosis Día	Cantidad Equivalente

c. Procedimiento NO incluido en el POS que se lleva a cabo o en el cual se emplea el Dispositivo Médico recobrado

Nombre	CUPS (Si existe)	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad	Tiempo Total

d. Procedimientos incluidos en el POS que lo reemplazan o sustituyen

Nombre	CUPS (Si existe)	Objetivo	Frecuencia uso	Cantidad	Tiempo Total

IV. Relación entre el servicio a recobrar y su conexidad con el fallo tutela

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	1.
	2.
	3.
Justificación Médica que demuestra la conexidad de la solicitud recobrada con el Fallo de Tutela, desacato o aclaraciones	

Nombres y apellidos del Médico de la Entidad:	
Registro Médico:	
Firma del Médico de la Entidad	
Entidad Recobrante:	



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

2.4 FORMATO MYT-R – PRECISIONES GENERALES

El Formato MYT-R corresponde al Formato Resumen de Radicación, el cual contiene los datos de los valores y cantidades totales de los recobros presentados, por tipo de radicación, así como la manifestación que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Este formato se genera de manera automática por el sistema de radicación Web y debe presentarse con firma autógrafa del representante legal de la entidad recobrante y el contador público, en medio físico ante la firma auditora de los recobros contratada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2.4.1 FORMATO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

RESUMEN RADICACIÓN MYT - R

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

CTC

CÓDIGO EPS 2

RAZÓN SOCIAL EPS

NIT



0000000000

TIPO DE RECOBRO	CANTIDAD	VR TOTAL
Total		

Como Representante Legal o apoderado de la entidad Recobrante manifiesto bajo la gravedad del juramento

1) Que toda la información contenida en estos recobros se ajusta al marco legal vigente, es cierta y podrá ser verificada por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, por la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades que así lo requieran, y acepto todas las consecuencias legales derivadas de la presentación de la misma.

2) Que por los recobros incluidos en esta radicación, no se ha recibido pago alguno con cargo a recursos del FOSYGA.

3) Que los valores de los recobros incluidos en esta radicación que no fueron marcados para pro directo ya fueron pagados al proveedor de los medicamentos y/o servicios y/o prestaciones de salud NO POS.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE

IDENTIFICACIÓN

FIRMA DE CONTADOR O REV. FISCAL

NOMBRE

IDENTIFICACIÓN

TP No

UNION TEMPORAL
FOSYGA 2014

Nota: La firma de contador público certifica lo contenido en el numeral 3 del formato MYT-R respecto al pago de los recobros que se reportan como cancelados al respectivo proveedor.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

3. TÍTULO VI PAGO SOLICITUDES DE RECOBRO

3.1 FORMATO SOLICITUD DE GIRO PREVIO AL PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD –POS– PRECISIONES GENERALES

Las Entidades Recobrantes deben remitir al Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA con copia a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, durante los dos (2) días hábiles siguientes a la terminación del período de radicación de conformidad con la Resolución 5395 de 2013, la “*Solicitud de giro previo al proceso de auditoría integral de tecnologías en salud no incluidas en el plan obligatorio de salud – POS*”, mediante el cual la entidad se acoge a la medida de giro previo al proceso de auditoría integral.

3.1.1 FORMATO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

SOLICITUD DE GIRO PREVIO AL PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD – POS.

En mi calidad de representante legal de Razón Social entidad recobrante ¹ identificada con el NIT Número Identificación Tributaria ² manifiesto la voluntad de acogerme a la medida de giro previo, por lo cual autorizo que en el caso de solicitudes excepcionadas de presentar la constancia de pago de la factura o documento equivalente, el monto resultante de la liquidación del giro previo a favor de los proveedores de tecnologías en salud No POS, se efectúe directamente a los mismos conforme la distribución que realice la entidad, 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. En este sentido, certifico que la información radicada en medio físico guarda consistencia con lo reportado en el medio magnético.

En el mismo sentido, autorizo que en el caso de solicitudes cuya factura o documento equivalente haya sido pagado, el saldo de la liquidación del giro previo, se realice mínimo el 50% a Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), conforme la distribución realizada por la entidad, 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.

Igualmente, autorizo los descuentos de los pagos que deba efectuar el Fosyga por concepto de compensación, cobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), referentes a futuros períodos o pagos de cualquier otra índole, los montos correspondientes cuando el valor aprobado en la auditoría de los cobros, resulte inferior al pago que se realice conforme a las reglas establecidas, respecto de las radicales correspondientes al paquete de solicitudes de cobro radicadas según lo establecido.

Así mismo renuncio de manera expresa al cobro de intereses, en cualquiera de sus modalidades, así como de otros gastos, independientemente de su modalidad y denominación frente a los cobros radicados en virtud de lo previsto en la Resolución 5395 de 2013.

Dado en Ciudad ³ a los día(s) del mes de de .

Cordialmente,

Nombre Representante Legal⁴
C.C.

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS****3.2 FORMATO RELACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADAS PARA GIRO PREVIO**

Este formato aplica para las solicitudes excepcionadas de la presentación del comprobante de pago de la factura o documento equivalente. Las entidades recobrantes deben remitir la distribución de los valores resultantes de la liquidación del giro previo informados por el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA, a favor de los proveedores de tecnologías en salud No POS. El giro o transferencia electrónica se realizará a la cuenta bancaria registrada por el proveedor de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud POS ante el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA.

El monto resultante de la liquidación del giro previo a favor de los proveedores de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud – POS, será distribuido por las entidades recobrantes, de manera proporcional al valor de las solicitudes radicadas mensualmente de cada proveedor.

3.2.1 FORMATO E INSTRUCTIVO

Campo	Descripción
Mes de Radicación	Mes de radicación de las solicitudes de recobro correspondiente al cálculo de giro previo (mm/aaaa)
Nombre de la entidad recobrante	Nombre de la entidad recobrante
NIT	Número de identificación tributaria de la entidad recobrante
Nombre del proveedor de tecnologías en salud	Nombre del proveedor de tecnologías en salud a distribuir por concepto giro previo y con cuenta bancaria creada en el Administrador Fiduciario del FOSYGA
NIT Proveedor	Número de identificación tributaria del proveedor de servicios de salud. El NIT debe ser consistente con la razón social
Tipo de Régimen	Teniendo el resultado entregado por el administrador fiduciario del valor a distribuir, indicar si es Régimen Contributivo o Régimen Subsidiado.
Tipo de Recobro	Teniendo el resultado entregado por el administrador fiduciario del valor a distribuir indicar si es por CTC (M) o por Fallo de Tutela (T)
Valor a girar a proveedor	Valor a girar al proveedor

**MinSalud**
Ministerio de Salud
y Protección Social**FORMATO RELACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD
AUTORIZADAS PARA GIRO PREVIO****PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Ministerio de Salud y Protección Social

República de Colombia

Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social

A	B	C	D	E	F	G	H
MES DE RADICACION	NOMBRE DE LA ENTIDAD RECOBRANTE	NIT ENTIDAD RECOBRANTE	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD	NIT PROVEEDOR	TIPO DE REGIMEN	TIPO DE RECOBRO	VALOR (\$) A GIRAR AL PROVEEDOR

REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD RECOBRANTE
C.C.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

3.3 FORMATO RELACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADAS PARA GIRO PREVIO

Este formato aplica para las solicitudes cuya factura o documento equivalente haya sido pagado. Las entidades recobrantes remiten la distribución como mínimo del 50% de los valores resultantes de la liquidación del giro previo informados por el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA, a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS. El giro o transferencia electrónica se realizará a la cuenta bancaria registrada por la IPS ante el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA.

3.3.1 FORMATO E INSTRUCTIVO

PARTE A

Campo	Descripción
Mes de Radicación	Mes de radicación de las solicitudes de recobro correspondiente al cálculo de giro previo (mm/aaaa)
Nombre de la entidad recobrante	Nombre de la entidad recobrante
NIT	Número de identificación tributaria de la entidad recobrante
Nombre de la institución prestadora de servicios de salud	Nombre de la institución prestadora de servicios de salud (IPS) debidamente habilitada y con cuenta bancaria creada en el Administrador Fiduciario del FOSYGA
NIT Proveedor	Número de identificación tributaria de la IPS. El NIT debe ser consistente con la razón social
Tipo de Régimen	Teniendo el resultado entregado por el administrador fiduciario del valor a distribuir, indicar si es Régimen Contributivo o Régimen Subsidiado
Tipo de Recobro	Teniendo el resultado entregado por el administrador fiduciario del valor a distribuir indicar si es por CTC (M) o por Fallo de Tutela (T)
Valor a girar a la IPS	Valor a girar a la IPS



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FORMATO RELACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE
SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADAS PARA GIRO PREVIO

PARTE A

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

A	B	C	D	E	F	G	H
MES DE RADICACION	NOMBRE DE LA ENTIDAD RECOBRANTE	NIT ENTIDAD RECOBRANTE	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	NIT IPS	TIPO DE REGIMEN	TIPO DE RECOBRO	VALOR (\$) A GIRAR A LA IPS

REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD RECOBRANTE
C.C.

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS****PARTE B**

Campo	Descripción
Mes de Radicación	Mes de radicación de las solicitudes de recobro correspondiente al cálculo de giro previo (mm/aaaa)
Tipo de Régimen	Indicar si es Régimen Contributivo o Régimen Subsidiado
Tipo de Recobro	Indicar si es por CTC (M) o por Fallo de Tutela (T)
Nombre de la entidad recobrante	Nombre de la entidad recobrante
NIT	Número de identificación tributaria de la entidad recobrante
Valor certificado pago previo	Valor notificado por el Administrador Fiduciario de los recobros del FOSYGA
Valor descuento (si aplica)	Valor de los descuentos informados por el Administrador Fiduciario de los recobros del FOSYGA
Valor a girar a la IPS	Valor a girar a la IPS, que debe corresponder como mínimo al 50% del valor aprobado y notificado por el Administrador Fiduciario de los recobros del FOSYGA
Valor a girar a la EPS	Valor a girar a la EPS
Valor Neto a girar	Corresponde a la sumatoria del valor a girar a la IPS más el valor a girar a la EPS

**MinSalud**
Ministerio de Salud
y Protección Social**FORMATO RELACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE
SALUD AUTORIZADAS PARA GIRO PREVIO
PARTE B****PROSPERIDAD
PARA TODOS**Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia
Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
MES DE RADICACION	TIPO DE REGIMEN	TIPO DE RECOBRO	NOMBRE DE LA ENTIDAD RECOBRANTE	NIT ENTIDAD RECOBRANTE	VALOR (\$) CERTIFICADO POR PAGO PREVIO	VALOR (\$) DESCUENTOS (SI APLICA)	VALOR (\$) A GIRAR A LAS IPS *	VALOR (\$) A GIRAR A LA EPS - EOC	VALOR (\$) NETO A GIRAR **

REPRESENTANTE LEGAL DE LA ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS
C.C.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

3.4 FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA GIRO DIRECTO A PROVEEDORES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD –POS – PRECISIONES GENERALES

Las entidades recobrantes deben remitir al Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA con copia a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, dentro de los primeros 15 días de cada semestre (enero y julio), autorización suscrita por el representante legal para que el FOSYGA realice el pago directo de lo que resulte a su favor después de efectuada la auditoría y previo descuento del pago previo a los proveedores de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud –POS, autorizados por Comité Técnico Científico – CTC u ordenados por fallos de tutela, mediante giro o transferencia electrónica a la cuenta bancaria registrada por el proveedor de las tecnologías en salud NO POS ante el administrador fiduciario o quien haga sus veces

3.4.1 FORMATO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

AUTORIZACIÓN PARA GIRO DIRECTO A PROVEEDORES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO INCLUIDAS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD – POS

Señores
Ministerio de Salud y Protección Social
FOSYGA

En _____ calidad _____ de _____ representante legal _____ de _____

identificada con el NIT _____², autorizo al Ministerio de Salud y Protección Social – FOSYGA para que se efectúe el pago directo a los proveedores de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud – POS, autorizados por Comité Técnico Científico – CTC u ordenados por fallos de tutela, de acuerdo con los resultados del proceso de auditoría integral que se realicen a las solicitudes respecto de las cuales no constituye requisito el pago de la factura o documento equivalente.

Esta autorización aplica para las solicitudes de cobros cuyos resultados se presenten en el ☐ primero ☐ segundo³ semestre del año _____.

Dado en _____⁴ a los _____ día (s) del mes de _____ de 20____.

Cordialmente,

Representante Legal⁵
C.C.

¹ Razón social de la entidad recobrante

² Número de identificación tributaria

³ Se debe marcar con un X, según corresponda

⁴ Ciudad

⁵ Debe ser consistente con la información del certificado de existencia y representación legal de la entidad recobrante.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

3.5 FORMATO RELACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADAS PARA GIRO DIRECTO

Una vez el Administrador Fiduciario del FOSYGA informe el valor aprobado de los resultados de la auditoría integral, las entidades recobrantes remitirán al Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA con copia a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, dentro del día hábil siguiente, la distribución de los recursos aprobados entre los proveedores de tecnologías en salud NO POS, objeto de la medida de giro directo.

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.

3.5.1 FORMATO E INSTRUCTIVO

Campo	Descripción
Mes de Radicación	Mes de radicación de las solicitudes de recobro correspondiente al cálculo de giro directo (mm/aaaa)
Nombre de la entidad recobrante	Nombre de la entidad recobrante
NIT	Número de identificación tributaria de la entidad recobrante
Nombre del proveedor de tecnologías en salud No POS	Nombre del proveedor de tecnologías en salud autorizada para giro directo y con cuenta bancaria creada ante el Administrador Fiduciario del FOSYGA
NIT Proveedor	Número de identificación tributaria de la IPS. El NIT debe ser consistente con la razón social
Tipo de Régimen	Teniendo el resultado entregado por el administrador fiduciario del valor a distribuir, indicar si es Régimen Contributivo o Régimen Subsidiado
Tipo de Recobro	Teniendo el resultado entregado por el administrador fiduciario del valor a distribuir indicar si es por CTC (M) o por Fallo de Tutela (T)
Valor a girar a la IPS	Valor a girar a la IPS



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FORMATO RELACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD AUTORIZADAS PARA GIRO DIRECTO

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia
Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social

A	B	C	D	E	F	G	H
MES DE RADICACION	NOMBRE DE LA ENTIDAD RECOBRANTE	NIT ENTIDAD RECOBRANTE	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD	NIT PROVEEDOR	TIPO DE REGIMEN	TIPO DE RECOBRO	VALOR (\$) A GIRAR AL PROVEEDOR

REPRESENTANTE LEGAL DE ENTIDAD RECOBRANTE
C.C.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

3.6 Las cuentas de los Proveedores de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) a las cuales se realiza el correspondiente giro, deben encontrarse registradas ante el administrador fiduciario de los recursos del Fosyga, para lo cual se deberá remitir los siguientes documentos:

- Copia de Cámara de Comercio
- Copia Registro Único Tributario
- Certificación Bancaria Original no mayor a 30 días, con firma y sello original, expedida por la entidad financiera, donde se indique número de cuenta, tipo, estado, fecha de apertura, nombre de la sucursal y el titular de la cuenta con documento de identidad.
- Formato de actualización de Datos firmado por el Representante Legal, de conformidad con el archivo adjunto.



4. ANEXOS TÉCNICOS – ARCHIVOS TXT

ANEXO TÉCNICO MYT – 01

Archivo donde se incluyen los registros asociados a los recobros autorizados por CTC para el trámite de verificación control y pago.

Los archivos deberán ser rotulados de la siguiente manera:

EEEEEMCCCCCCCCCCCC01.TXT

EEEEEE = código de la EPS, de acuerdo con la codificación de la SNS.

M= Obligatorio, indica que el archivo corresponde a recobros por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS

CCCCCCCCCCCC = Número de consecutivo para radicaciones de entidad,

01: Obligatorio, indica que el archivo corresponde a recobros por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño	Obligatoriedad
I. Datos del recobro						
1	NroConsecutivo	Número consecutivo interno para radicaciones de la entidad reclamante	Corresponde al número interno de la entidad administradora de planes de beneficio diligenciado en el formato MYT-R	N Numérico	13	Si
2	NroConsecutivoRecobro	Número consecutivo del recobro	Corresponde al número consecutivo del recobro establecido por la entidad reclamante	N Numérico	13	Si
3	TRadicación	Número de tipo de radicación	Corresponde al tipo de recobro: I. Nueva=1 II. Reingreso=2	N Numérico	1	Si
4	NroRadicacionAnt	Número de radicación anterior	Corresponde al número inmediatamente anterior dado al recobro	N Numérico	15	Si, si en el campo anterior se registra el número 2
II. Datos de la entidad						
5	CodEPS	Código de la entidad administradora de planes de beneficio	De acuerdo con la codificación de la SNS	T Texto	6	Si
III. Datos del afiliado						
6	Tipdocafiliado	Tipo de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A	T Texto	2	Si
7	Numdocafiliado	Número de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A	T Texto	16	Si
8	PrimerApellido	Primer apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A	T Texto	30	Si
9	SegundoApellido	Segundo apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A	T Texto	30	No
10	PrimerNombre	Primer nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A	T Texto	30	Si
11	SegundoNombre	Segundo nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A	T Texto	30	No

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

			BDUA			
12	TipoAfilacion	Tipo de afiliado	Condición del afiliado al momento de la prestación del servicio C=Cotizante, B=Beneficiario	Texto	1	Si
13	Nivcuota	Nivel de la cuota moderadora o copago	A, B, C, E=Exento	Texto	1	Si

IV. Detalle del recbro

14	Nroitem	Número del ítem	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad reclamante a cada ítem que conforma el recbro	Númerico	4	Si
15	NumActaCTC	Número del acta del comité técnico científico	De acuerdo con lo reportado por la entidad	Texto	20	Si
16	FecActa	Fecha del acta del comité técnico científico	Fecha del acta de CTC, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10	Si
17	FecSolicitud	Fecha solicitud del médico	Fecha de solicitud del medicamento por parte del médico tratante, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10	Si
18	Periódico	Indicador de periodicidad del recbro	S=Si, N=No	Texto	1	Si
19	Messuministro	Mes del periodo suministrado	Los dos dígitos del mes al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	2	Si, si en el campo Periódico se registra Si
20	Añosuministro	Año del periodo suministrado	Los cuatro dígitos del año al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	4	Si, Si en el campo Periódico se registra Si
21	NumEntrega	Número de entrega del Acta de CTC para el periodo informado	Corresponde al número correspondiente de entrega autorizada por el Acta de CTC	Númerico	3	Si, si en el campo Periódico se registra Si
22	NumFactura	Número de la factura del prestador del medicamento, servicio médico o prestación de salud que comprende el ítem recbrado	De acuerdo con la factura del prestador del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Texto	20	Si
23	FecPrestaServ	Fecha de la prestación del servicio	De acuerdo con lo informado por la entidad, formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10	Si
24	FecRadFact	Fecha de radicación de la factura por parte del prestador del servicio ante la entidad administradora de los planes de beneficios	Fecha de entrega de medicamento formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10	Si
25	CodDiag	Código de diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	De acuerdo con lo informado en el acta del CTC	Texto	7	Si
26	Porsemanas	Porcentaje de semanas	Porcentaje de semanas cotizadas	Númerico	3 dígitos, 2 decimales	Si, si se están autorizando servicios POS por no cumplimiento

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

						del afiliado de los periodos mínimos de afiliación
27	NitProveedor	Nit del proveedor del medicamento	Número de identificación tributaria del proveedor del servicio o número de aceptación de la declaración de importación del formato de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, cuando sea la EPS la que importe directamente los medicamentos.	Texto	20	Si
28	NombreProveedor	Nombre del proveedor del medicamento	Nombre o razón social del proveedor del servicio, o razón social del declarante autorizado que se registró en la declaración de importación del formato de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, cuando sea la EPS la que importe directamente los medicamentos.	Texto	200	Si
29	CodMedSerPrest	Código del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Medicamentos: Código CUM=expediente-consecutivo-ATC Actividades, procedimientos e intervenciones: Código CUPS Actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el código CUPS: según código enunciado en la factura del prestador del servicio. Insumos, dispositivos biomédicos, productos biológicos: según código enunciado en la factura del prestador del servicio.	Texto	30	Si
30	NomMedSerPrest	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Nombre del Medicamento: correspondiente a la variable Producto de la tabla CUMS del INVIMA. Actividades, procedimientos e intervenciones: Según la Resolución 1896 de 2001 y demás normas que la modifican, adicionen o sustituyan Actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el código CUP: según descripción enunciada en la factura del prestador del servicio. Insumos, dispositivos biomédicos, productos biológicos: según descripción enunciada en la factura del prestador del servicio.	Texto	300	Si

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

31	Tiptem	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=DBIO. Producto Biológico=PBIO.	Texto	4	Si
32	Cansumistro	Cantidad suministrada ítem	Cantidad suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud para el ítem recobrado	Número	4	Si
33	VirUnit	Valor unitario del servicio suministrado	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud, según la factura del prestador del servicio	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si
34	VirTotal	Valor Total del servicio suministrado	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud, según la factura del prestador del servicio	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si
35	Vircuotcop	Valor cuota moderadora o copago	Valor de la cuota moderadora o copago del medicamento, servicio médico o prestaciones de salud	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si
36	Virrecobrado	Valor final recobrado	Valor del recobro presentado por la entidad reclamante	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si

IV.a.DATOS MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS Y/O PRESTACIONES DE SALUD NO POS

37	NroitemI	Número del ítem	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad reclamante a cada ítem que conforma el recobro y que debe corresponder con el del numeral IV de este formato	Número	4	Si
38	NomMedSerPrestII	Nombre del medicamento, servicio médico o prestación de salud suministrado	Nombre del Medicamento: correspondiente a la variable o campo Producto de la tabla CUMS del INVIMA. Actividades, procedimientos e intervenciones: Según la Resolución 1896 de 2001 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan Actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el código CUP: según descripción enunciada en el acta del CTC. Insumos, dispositivos biomédicos, productos biológicos: según descripción enunciada en el acta del CTC.	Texto	300	Si

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

39	Presentacion	Presentación del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Presentación del Medicamento (según la variable o campo Presentación de la tabla CUMS del INVIMA), servicio médico o prestación de salud de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	50	Si
40	FrecUso	Unidades diarias del medicamento, servicio médico o prestación de salud	De acuerdo con lo reportado en el acta del CTC	Númerico	3 dígitos, 2 decimales	Si
41	DíasAutorizados	Cantidad Días que dura el servicio	De acuerdo con lo reportado en el acta del CTC	Númerico	3	Si
42	CansuministroI	Cantidad Total suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud	De acuerdo con la variable o campo Presentación de la tabla CUMS del INVIMA	Númerico	4	Si
43	VirUnitI	Valor unitario del servicio suministrado por ítem	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud, según la factura del prestador del servicio	Númerico	13 dígitos, más 2 decimales	Si
44	VirTotalI	Valor Total del servicio suministrado por ítem	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud, según la factura del prestador del servicio	Númerico	13 dígitos, más 2 decimales	Si
45	CodMedSerPrestSimilar	Código del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud similar o que sustituye	Medicamentos: Código CUM=expediente-consecutivo-ATC Actividades, procedimientos e intervenciones: Código CUPS Actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el código CUP: según código enunciado en el acta del CTC. Insumos, dispositivos biomédicos, productos biológicos: según código enunciado en el acta del CTC	Texto	30	Si, si existe sustituto en el Plan Obligatorio de Salud vigente
46	NomMedSerPrestSimilar	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado similar o que sustituye	Nombre del Medicamento: correspondiente a la variable o campo Producto de la tabla CUMS del INVIMA. Actividades, procedimientos e intervenciones: Según la Resolución 1896 de 2001 y demás normas que la modifican, adicionen o sustituyan Actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el código CUP: según descripción enunciada en el acta del CTC. Insumos, dispositivos biomédicos, productos	Texto	300	Si, si existe sustituto en el Plan Obligatorio de Salud vigente

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

			biológicos: según descripción enunciada en el acta del CTC.			
47	FrecUsoll	Unidades diarias del medicamento, servicio médico o prestación de salud que sustituye o similar	De acuerdo con lo enunciado en el acta del CTC	Número	3 dígitos, 2 decimales	Si, si existe sustituto en el Plan Obligatorio de Salud vigente
48	TiempoDias	Cantidad días que dura el servicio del numeral 46	De acuerdo con lo enunciado en el acta del CTC	Número	3	Si, si existe sustituto en el Plan Obligatorio de Salud vigente
49	Consumistroll	Cantidad total del medicamento, servicio médico o prestación de salud que sustituye o similar	De acuerdo con lo enunciado en el acta del CTC	Número	4	Si, si existe sustituto en el Plan Obligatorio de Salud vigente
50	VirUnitIII	Valor unitario del servicio que sustituye o similar	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si, si existe sustituto en el Plan Obligatorio de Salud vigente
51	VirTotalII	Valor Total del servicio que sustituye o similar	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si, si existe sustituto en el Plan Obligatorio de Salud vigente

V. Declaración de la entidad

52	CopiaActaCTC(No. Doc)	Cantidad de Actas de CTC	Corresponde a la cantidad de actas de CTC que se adjuntan al recobro	Número	3	Si, si se está(n) anexando acta(s) del CTC
53	CopiaActaCTC (No. Folios)	Cantidad de folios correspondientes al número de Actas de CTC	Corresponde a la cantidad de folios de las actas de CTC que se adjuntan al recobro	Número	3	Si, si se está(n) anexando acta(s) del CTC
54	Facturaproveedor(No. Doc)	Cantidad de facturas	Corresponde a la cantidad de facturas que se adjuntan al recobro	Número	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 recobro	Número	3	Si
56	Formulamédica (No. Doc)	Cantidad de fórmulas médicas	Corresponde a la cantidad de fórmulas médicas del servicio que se adjuntan al recobro	Número	3	Si
57	Formulamédica (No. Folios)	Cantidad de folios correspondientes al número de fórmulas médicas	Corresponde a la cantidad de folios de las fórmulas médicas del servicio que se adjuntan al recobro	Número	3	Si
58	SoporteServicio (No. Doc)	Cantidad de documentos anexos al recobro	Corresponde a la cantidad de documentos que se adjunta en el recobro y son distintos del numeral 52, 54 y 56 de este anexo	Número	3	Si
59	SoporteServicio (No. Folios)	Cantidad de folios que evidencian la entrega del medicamento	Corresponde a la cantidad de folios de los documentos que se adjuntan en el recobro y son distintos del numeral 53, 55 y 57 de este anexo	Número	3	Si
60	Totales (No. Doc)	Cantidad total de	Corresponde a la suma de	Número	4	Si

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

		documentos	las cantidades de documentos que se adjuntan			
61	Totales (No. Folios)	Cantidad total de folios	Corresponde a la suma de las cantidades de folios que se adjuntan a la solicitud de recobro	Númérico	4	Si

DATOS DE LA SOLICITUD EN LA QUE SE ANEXÓ LA COPIA DEL ACTA DE CTC

62	NoRadiciónrecobroanterior (FormatoMYT-01)	Número de radicación del formato MYT-01	Corresponde al número de radicación asignado por el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA al recobro anterior donde reposa el Acta de CTC.	Númérico	15	Si, Si no se está(n) anexando acta(s) de CTC
63	NitProveedorPrest	Nit del proveedor del prestador del medicamento	Número de identificación tributaria del proveedor del servicio o número de aceptación de la declaración de importación del formato de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, cuando sea la EPS la que importe directamente los medicamentos.	Texto	20	Si, si se están recobrando medicamentos incluidos en la reglamentación del Decreto 4474 de 2010 o norma que lo modifique, adicione o sustituya
64	NombreProveedorPrest	Nombre del proveedor del prestador del medicamento	Nombre o razón social del proveedor del servicio, o razón social del declarante autorizado que se registró en la declaración de importación del formato de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, cuando sea la EPS la que importe directamente los medicamentos.	Texto	200	Si, si se están recobrando medicamentos incluidos en la reglamentación del Decreto 4474 de 2010 o norma que lo modifique, adicione o sustituya
65	NumFacturaProveedorPrest	Número de la factura del proveedor del prestador que comprende el ítem recobrado	De acuerdo con la factura del proveedor del prestador del medicamento	Texto	20	Si, si se están recobrando medicamentos incluidos en la reglamentación del Decreto 4474 de 2010 o norma que lo modifique, adicione o sustituya
66	CodMedProveedorPrest	Código del medicamento	Medicamentos: Código CUM=expediente-consecutivo-ATC	Texto	30	Si, si se están recobrando medicamentos incluidos en la reglamentación del Decreto 4474 de 2010 o norma que lo modifique, adicione o sustituya
67	NomMedProveedorPrest	Nombre medicamento del	Nombre del Medicamento: correspondiente a la variable o campo Producto de la tabla CUMS del INVIMA.	Texto	300	Si, si se están recobrando medicamentos incluidos en la reglamentación del Decreto 4474 de 2010 o norma que lo modifique, adicione o sustituya

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

68	VirUnitIIProveedorPrest	Valor unitario del servicio suministrado por ítem	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud, según la factura del proveedor del prestador del servicio	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si, si se están recobrando medicamentos incluidos en la reglamentación del Decreto 4474 de 2010 o norma que lo modifique, adicione o sustituya
69	VirTotalIProveedorPrest	Valor Total del servicio suministrado por ítem	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud, según la factura del proveedor del prestador del servicio	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si, si se están recobrando medicamentos incluidos en la reglamentación del Decreto 4474 de 2010 o norma que lo modifique, adicione o sustituya
70	Factura tiene constancia de Pago	Según Resolución 2729 de 2013: Indica si la factura o documento equivalente, fue pagada o no al proveedor de la tecnología en salud no pos	1=Indica si la factura o documento equivalente, si fue pagada al proveedor de la tecnología en salud NO POS 0=Indica si la factura o documento equivalente, no fue pagada al proveedor de la tecnología en salud NO POS 2=No Aplica	Número	2	Si

Nota:

- ✓ Todos los archivos deben presentarse en formato texto, ASCII, con coma, como separador de campos.
- ✓ Todos los campos deberán ser ajustados a la izquierda.
- ✓ Todos los valores numéricos que presenten decimal no deben traer separador de miles, y el separador decimal debe ser punto (.).

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



ANEXO TÉCNICO MYT – 02

Archivo donde se incluyen los registros asociados a los recobros objeto de presentación por fallos de tutela para el trámite de verificación control y pago.

Los archivos deberán ser rotulados de la siguiente manera:

EEEEETCCCCCCCCCCCC02.TXT

EEEEEE = código de la EPS, de acuerdo con la codificación de la SNS.

T = Obligatorio, indica que el archivo corresponde a recobros por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS.

CCCCCCCCCCCC=Número de consecutivo para radicaciones de entidad.

02= Obligatorio, indica que el archivo corresponde a recobros por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS.

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño	Obligatoriedad
I. Datos del recobro						
1	NroConsecutivo	Número consecutivo interno para radicaciones de la entidad reclamante	Corresponde al número interno de la entidad administradora de planes de beneficio diligenciado en el formato MYT-R	Número	13	Si
2	NroConsecutivoRecobro	Número consecutivo del recobro	Corresponde al número consecutivo del recobro establecido por la entidad reclamante	Número	13	Si
3	TRadicación	Número de tipo de radicación	Corresponde al tipo de recobro: I. Nueva=1 II. Reingreso=2	Número	1	Si
4	NroRadicacionAnt	Número de radicación anterior	Corresponde al número inmediatamente anterior dado al recobro	Número	15	Si, si en el campo anterior se registra el número 2
II. Datos de la entidad						
5	CodEPS	Código de la entidad administradora de planes de beneficio	De acuerdo con la codificación de la SNS	Texto	6	Si
III. Datos del afiliado						
6	Tipdocafiliado	Tipo de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	2	Si
7	Numdocafiliado	Número de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	16	Si

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

8	PrimerApellido	Primer apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30	Si
9	SegundoApellido	Segundo apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30	No
10	PrimerNombre	Primer nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30	Si
11	SegundoNombre	Segundo nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA	Texto	30	No
12	TipoAfiliacion	Tipo de afiliado	Condición del afiliado al momento de la prestación del servicio C=Cotizante, B=Beneficiario, S=Subsidiado, O=otro	Texto	1	Si
13	Nivcuota	Nivel de la cuota moderadora o copago	A, B, C, E=Exento	Texto	1	Si, si en el campo de Tipo Afiliación, se registra C o B
14	Nivrecuperacion	Nivel de la cuota recuperación	1, 2, 3, E=Exento	Texto	1	Si, si en el campo de Tipo Afiliación, se registra S
IV. Detalle del recobro						
15	Nroitem	Número del ítem	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad reclamante a cada ítem que conforma el recobro	Número	4	Si
16	NumFallo	Número del fallo de tutela	De acuerdo con lo reportado por la entidad	Texto	30	Si
17	FecFallo	Fecha del fallo de tutela	Fecha del fallo, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10	Si
18	Numautoridadjudicial	número del juzgado	Corresponde al número del juzgado	Texto	20	Si
19	Tipautoridadjudicial	autoridad judicial	Corresponde al tipo de juzgado	Texto	100	Si
20	Ubautoridadjudicial	Código del Municipio donde se encuentra ubicada la autoridad judicial	De acuerdo con la codificación del DANE: departamento y municipio	Texto	5	Si
21	CodCausarecobro	Código de la causa de la tutela	De acuerdo con lo establecido en el formato MYT-R.	Texto	2	Si
22	FecSolicitud	Fecha de solicitud del medicamento	Fecha de solicitud del medicamento por parte del médico	Fecha	10	Si

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

			tratante, formato DD/MM/AAAA			
23	Periodico	Indicador de periodicidad del recobro	S=Si, N=No	Texto	1	Si
24	Mes suministro	Mes del periodo suministrado	Los dos dígitos del mes al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	2	Si, si en el campo Periódico se registra Si
25	Año suministro	Año del periodo suministrado	Los cuatro dígitos del año al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	4	Si, si en el campo Periódico se registra Si
26	NumEntrega	Número de entrega de lo ordenado por el fallo de tutela	Corresponde al número correspondiente de entrega ordenado por el fallo de tutela	Número	3	Si, si en el campo Periódico se registra Si
27	NumFactura	Número de la factura que comprende el ítem recobrado	De acuerdo con la factura del prestador del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Texto	20	Si
28	FecPrestaServ	Fecha de la prestación del servicio	De acuerdo con lo informado por la entidad, formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10	Si
29	FecRadFact	Fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de los planes de beneficios	Fecha de entrega de medicamento, formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10	Si
30	CodDiag	Código de diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	7	Si
31	Porsemanas	Porcentaje de semanas	Porcentaje de semanas cotizadas	Número	3 dígitos, 2 decimales	Si, si el fallo ordenó prestar servicios POS por no cumplimiento del afiliado de los periodos mínimos de afiliación
32	NitProveedor	Nit del prestador del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Número de identificación tributaria del proveedor del servicio o número de aceptación de la declaración de importación del formato de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, cuando sea la EPS	Texto	20	Si

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

			la que importe directamente los medicamentos.			
33	NombreProveedor	Nombre del prestador del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Nombre o razón social del proveedor del servicio, o razón social del declarante autorizado que se registró en la declaración de importación del formato de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, cuando sea la EPS la que importe directamente los medicamentos.	Texto	200	Si
34	CodMedSerPrest	Código del medicamento servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Medicamentos: Código CUM=expediente-consecutivo-ATC Actividades, procedimientos e intervenciones: Código CUPS Actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el código CUPS: según código enunciado en la factura del prestador del servicio. Insumos, dispositivos biomédicos, productos biológicos: según código enunciado en la factura del prestador del servicio.	Texto	30	Si
35	NomMedSerPrest	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Nombre del medicamento: correspondiente a la variable o campo Producto de la tabla CUMS del INVIMA. Actividades, procedimientos e intervenciones: Según la Resolución 1896 de 2001 y demás normas que la modifican, adicionen o sustituyan Actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el	Texto	300	Si

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

			código CUP: según descripción enunciada en la factura del prestador del servicio. Insumos, dispositivos biomédicos, productos biológicos: según descripción enunciada en la factura del prestador del servicio.			
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=DBIO. Producto Biológico=PBIO.	Texto	4	Si
37	Canministro	Cantidad suministrada ítem	Cantidad suministrada del medicamento, servicio médico o prestación de salud para el ítem recobrado	Número	4	Si
38	VirUnit	Valor unitario del servicio suministrado	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud, según la factura del prestador del servicio	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si
39	VirTotal	Valor Total del servicio suministrado	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud, según la factura del prestador del servicio	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si
40	Vircuotcoprecup	Valor cuota moderadora, copago o cuota de recuperación	Valor de la cuota moderadora, copago o cuota de recuperación del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si
41	Virrecobrado	Valor final recobrado	Valor del recobro presentado por la entidad reclamante	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si
IV.a.DATOS MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS Y/O PRESTACIONES DE SALUD NO POS						
42	NroitemII	Número del ítem	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad	Número	4	Si

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

			reclamante a cada ítem que conforma el recibo y que debe corresponder con el del numeral IV de este formato			
43	NomMedSerPr estil	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Nombre del Medicamento: correspondiente a la variable Producto de la tabla CUMS del INVIMA. Actividades, intervenciones y procedimientos: Según la Resolución 1896 de 2001 y demás normas que la modifican, adicionen o sustituyan Actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el código CUP: según descripción enunciada en la factura del prestador del servicio. Insumos, dispositivos biomédicos, productos biológicos: según descripción enunciada en la factura del prestador del servicio.	Texto	300	Si
44	Presentacion	Presentación del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado	Presentación del Medicamento (según la variable o campo Presentación de la tabla CUMS del INVIMA), servicio médico o prestación de salud de acuerdo con lo presentado por la entidad reclamante	Texto	50	Si
45	DosisUso	Unidades diarias del medicamento, servicio médico o prestación de salud	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Número	3 dígitos, 2 decimales	Si
46	DiasAutorizados	Cantidad Días que dura el servicio	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Número	3	Si
47	Cansuministro	Cantidad Total suministrada del medicamento, servicio	De acuerdo con la variable o campo Presentación de la tabla CUMS del INVIMA	Número	4	Si

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

		médico o prestación de salud				
48	VirUnitIl	Valor unitario del servicio suministrado por ítem	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si
49	VirTotalI	Valor Total del servicio suministrado por ítem	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si
50	CodMedSerPre stSimilar	Código del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud similar o que sustituye	Medicamentos: Código CUM=expediente-consecutivo-ATC Actividades, procedimientos e intervenciones: Código CUPS Actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el código CUP: según código enunciado en el acta del CTC. Insumos, dispositivos biomédicos, productos biológicos: según código enunciado en el acta del CTC	Texto	30	Si, si existe sustituto en el Plan Obligatorio de Salud vigente
Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño	Obligatoriedad
51	NomMedSerPre stSimilar	Nombre del medicamento, servicios médicos o prestaciones de salud suministrado similar o que sustituye	Nombre del medicamento: correspondiente a la variable o campo Producto de la tabla CUMS del INVIMA. Actividades, procedimientos e intervenciones: Según la Resolución 1896 de 2001 y demás normas que la modifican, adicionen o sustituyan. Actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el código CUP: según descripción enunciada en el acta del CTC. Insumos, dispositivos biomédicos, productos biológicos: según descripción enunciada en el	Texto	300	Si, si existe sustituto en el Plan Obligatorio de Salud vigente

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

			acta del CTC.			
52	DosisUsoll	Unidades diarias del medicamento, servicio médico o prestación de salud que sustituye o similar	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Número	3 dígitos, 2 decimales	Si, si existe sustituto en el Plan Obligatorio de Salud vigente
53	TiempoDías	Cantidad Días que dura el servicio del numeral 46	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Número	3	Si, si existe sustituto en el Plan Obligatorio de Salud vigente
54	Cansuministrol	Cantidad Total del medicamento, servicio médico o prestación de salud que sustituye o similar	De acuerdo con lo reportado por la entidad reclamante	Número	4	Si, si existe sustituto en el Plan Obligatorio de Salud vigente
55	VirUnitIII	Valor unitario del servicio que sustituye o similar	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si, si existe sustituto en el Plan Obligatorio de Salud vigente
56	VirTotalIII	Valor Total del servicio que sustituye o similar	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si, si existe sustituto en el Plan Obligatorio de Salud vigente

V. Declaración de la entidad

57	CopiaFallo(No. Doc)	Cantidad de fallos de tutelas	Corresponde a la cantidad de fallos de tutelas	Número	3	Si, si se está(n) anexando fallo(s) de tutela(s)
58	CopiaFallo(No. Folios)	Cantidad de folios correspondientes al número de fallos de tutela	Corresponde a la cantidad de folios de los fallos de tutelas que se adjuntan al recobro	Número	3	Si, si se está(n) anexando fallo(s) de tutela(s)
59	Factura proveedor (No. Doc)	Cantidad de facturas	Corresponde a la cantidad de facturas que se adjuntan al recobro	Número	3	Si
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
61	SoporteServicio(No.Doc)	Cantidad de documentos anexos al recobro	Corresponde a la cantidad de documentos que se adjunta en el recobro y son distintos del numeral 57 y 59 de este anexo	Número	3	Si
62	SoporteServicio(No.Folios)	Cantidad de folios que evidencian la entrega del	Corresponde a la cantidad de folios de los documentos que se adjuntan en el	Número	3	Si

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

		medicamento	recobro y son distintos del numeral 58 y 60 de este anexo			
63	Totales (No. Doc)	Cantidad total de documentos	Corresponde a la suma de las cantidades de documentos que se adjuntan	Número	4	Si
64	Totales (No. Folios)	Cantidad total de folios	Corresponde a la suma de las cantidades de folios que se adjuntan a la solicitud de recobro	Número	4	Si

DATOS DE LA SOLICITUD EN LA QUE SE ANEXÓ LA COPIA DEL FALLO DE TUTELA

65	No Radicación recobro anterior (Formato MYT-02)	Número de radicación del formato MYT-02	Corresponde al número de radicación asignado por el Administrador Fiduciario de los recursos del FOSYGA al recobro anterior donde reposa la copia del fallo de tutela.	Número	15	Si, si no se está(n) anexando fallo(s) de tutela
----	---	---	--	--------	----	--

VI. Datos de la factura del proveedor del prestador del medicamento, servicio médico o prestación de salud

66	NitProveedorPrest	Nit del proveedor del prestador del medicamento	Número de identificación tributaria del proveedor del servicio 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, si se están recobrando medicamentos incluidos en la reglamentación del Decreto 4474 de 2010 o norma que lo modifique, adicione o sustituya
67	NombreProveedorPrest	Nombre del proveedor del prestador del medicamento	Nombre o razón social del proveedor 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, si se están recobrando medicamentos incluidos en la reglamentación del Decreto 4474 de 2010 o norma que lo modifique, adicione o sustituya
68	NumFacturaProveedorPrest	Número de la factura del proveedor del prestador que comprende el ítem recobrado	De acuerdo con la factura del proveedor del prestador del medicamento	Texto	20	Si, si se están recobrando medicamentos incluidos en la reglamentación del Decreto 4474 de 2010 o norma que lo modifique, adicione o sustituya
69	CodMedProveedorPrest	Código medicamento,	Medicamentos: Código CUM=expediente-consecutivo-ATC	Texto	30	Si, si se están recobrando medicamentos incluidos en la reglamentación del

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

**MinSalud**Ministerio de Salud
y Protección Social**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

						Decreto 4474 de 2010 o norma que lo modifique, adicione o sustituya
70	NomMedProveeorPrest	Nombre medicamento, del	Nombre del Medicamento: correspondiente a la variable o campo Producto de la tabla CUMS del INVIMA.	Texto	300	Si, si se están recobrando medicamentos incluidos en la reglamentación del Decreto 4474 de 2010 o norma que lo modifique, adicione o sustituya
71	VirUnitilProveedorPrest	Valor unitario del servicio suministrado por ítem	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud, según la factura del proveedor del prestador del servicio	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si, si se están recobrando medicamentos incluidos en la reglamentación del Decreto 4474 de 2010 o norma que lo modifique, adicione o sustituya
72	VirTotalProveedorPrest	Valor Total del servicio suministrado por ítem	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud, según la factura del proveedor del prestador del servicio	Número	13 dígitos, más 2 decimales	Si, si se están recobrando medicamentos incluidos en la reglamentación del Decreto 4474 de 2010 o norma que lo modifique, adicione o sustituya
73	Factura tiene constancia de Pago	Según Resolución 2729 de 2013: Indica si la factura o documento equivalente, fue pagada o no al proveedor de la tecnología en salud no pos	1=Indica si la factura o documento equivalente, si fue pagada al proveedor de la tecnología en salud no pos 0=Indica si la factura o documento equivalente, no fue pagada al proveedor de la tecnología en salud no pos 2=No Aplica	Número	2	Si

Nota:

- ✓ Todos los archivos deben presentarse en formato texto, ASCII, con coma, como separador de campos.
- ✓ Todos los campos deberán ser ajustados a la izquierda.
- ✓ Todos los valores numéricos que presenten decimal no deben traer separador de miles, y el separador decimal debe ser punto (.).

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co



Medio magnético Encabezado

Se encuentra conformado por los siguientes campos:

EEEEEEEDDMMAAAACCCCCCCCCCCCCC.TXT

EEEEEE = código de la EPS, de acuerdo con la codificación de la SNS.

DD=Día

MM=Mes

AAAA= Año

CCCCCCCCCCCCC=Número de consecutivo para radicaciones de entidad

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño	Obligatoriedad
1	NroConsecutivo	Número consecutivo interno para radicaciones de la entidad reclamante	Corresponde al número interno de la entidad administradora de planes de beneficio diligenciado en el formato MYT-R	Numérico	13	Si
2	NroConsecutivoRecobro	Número consecutivo del recobro	Corresponde al número consecutivo del recobro establecido por la entidad reclamante	Numérico	13	Si
3	PrimerApellido	Primer apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A	Texto	30	Si
4	SegundoApellido	Segundo apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A	Texto	30	No
5	PrimerNombre	Primer nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A	Texto	30	Si
6	SegundoNombre	Segundo nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A	Texto	30	No
7	Tipdocafiliado	Tipo de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A	Texto	2	Si
8	Numdocafiliado	Número de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A	Texto	16	Si
9	TRadicación	Número de tipo de radicación	Corresponde al tipo de recobro: I. Nueva=1 II. Reingreso=2	Numérico	1	Si
10	CodigoCausaRecobro	Código de la Causal del Recobro	01. Tutelas por periodos de carencia 02. Tutelas por servicios No POS 03. Tutelas por medicamentos No POS 04. Tutelas por servicios en el exterior 05. Tutelas por otras causas 06. Medicamentos No POS - CTC 07. Tutelas por Tratamiento Integral 08. Tutela por servicios no pos prestados a víctimas del conflicto 09. Medicamentos, servicios médicos, y prestaciones de salud no pos-ctc a víctimas del conflicto armado	Texto	2	Si
11	ValorTotalRecobro	Valor total de las prestaciones que conforman el recobro	Valor total de las prestaciones que conforman el recobro	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales	Si

