

## RESOLUCIÓN 41656 DE 2019

(noviembre 15)

Diario Oficial No. 51.138 de 15 de noviembre 2019

### ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD

Por la cual se establecen alternativas técnicas para adelantar el proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

#### Resumen de Notas de Vigencia

##### NOTAS DE VIGENCIA:

- Modificada por la Resolución [3511](#) de 2020, 'por la cual se deroga un artículo y se modifica la Resolución número [41656](#) de 2019, por la cual se establecen alternativas técnicas para adelantar el proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)', publicada en el Diario Oficial No. 51.518 de 4 de diciembre de 2020.

#### LA DIRECTORA GENERAL DE LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD (ADRES),

en ejercicio de sus facultades reglamentarias, en especial las conferidas en los literales a) y e) del artículo [66](#) de la Ley 1753 de 2015, los numerales 5 y 7 del artículo [3o](#) y los numerales 7 y 12 del artículo [9o](#) del Decreto número 1429 de 2016 y en desarrollo de los artículos [2.6.4.3.5.1.1](#), [2.6.4.3.5.1.4](#), [2.6.4.7.2](#) y [2.6.4.7.3](#) del Decreto número 780 de 2016  
y,

#### CONSIDERANDO:

Que el artículo [66](#) de la Ley 1753 de 2015 creó la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), como una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS);

Que los numerales 5 y 7 del artículo [3o](#) del Decreto número 1429 de 2016, modificado por los Decretos números 546 y 1264 de 2017, definieron, entre otras funciones de la ADRES “5. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que aseguren el buen uso y control de los recursos” y “7. Administrar la información propia de sus operaciones, de acuerdo con la reglamentación expedida para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos señalados en las Leyes [100](#) de 1993 y [1438](#) de 2011 y en el Decreto-ley [4107](#) de 2011 y las demás disposiciones que la reglamenten, modifiquen, adicionen o sustituyan”;

Que el artículo [2.6.4.3.5.1.4](#). del Decreto número 780 de 2016 señala que “La ADRES adoptará el procedimiento para la verificación de la acreditación de los requisitos esenciales para el pago de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC, así como para el pago de las solicitudes de recobro que resulten aprobadas.

**PARÁGRAFO.** La ADRES podrá adelantar directamente o contratar, total o parcialmente, la verificación del cumplimiento de los requisitos de los recobros, de acuerdo con los modelos y mecanismos operativos que defina esa entidad”;

Que el artículo [2.6.4.7.2](#). del Decreto número 780 de 2016 señala respecto a la administración de bases de datos propias de la operación y especificaciones técnicas que “la ADRES administrará las bases de datos propias de la operación para el desarrollo de los procesos de reconocimiento y pago a su cargo y definirá los mecanismos, las especificaciones técnicas y operativas, así como las estructuras de datos, formularios y soluciones informáticas que

permitan la operación de los diferentes procesos a cargo de la entidad”;

Que el artículo 2.6.4.7.3. del Decreto número 780 de 2016 establece que “La ADRES adoptará los mecanismos y especificaciones técnicas y operativas para los diferentes procesos asociados a la administración de los recursos; entre tanto se determinan los mismos, se continuarán utilizando aquellos vigentes a la fecha de entrada en vigencia del presente decreto”;

Que la evolución y estabilización de la plataforma tecnológica denominada MIPRES, dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social para la prescripción de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC, permite optimizar los procesos de verificación, control y pago, comoquiera que actualmente en sus diferentes módulos, además de la prescripción realizada por los profesionales de salud se registra la información de los fallos de acción de tutela u órdenes judiciales, del suministro y de la factura de venta o documento equivalente de los citados servicios y tecnologías;

Que en virtud del principio de celeridad establecido en el numeral 13 del artículo 3o de la Ley 1437 de 2011, las autoridades impulsarán oficiosamente los procedimientos, e incentivarán el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones, a efectos de que los procedimientos se adelanten con diligencia, dentro de los términos legales y sin dilaciones injustificadas;

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución número 2966 del 7 de noviembre de 2019, modificó el artículo 97 de la Resolución número 1885 de 2018 adicionando el numeral 8 en el que se establece: “8. La ADRES definirá de manera excepcional, alternativas técnicas para adelantar el procedimiento de auditoría de los recobros/cobros, con base en la información contenida en la herramienta dispuesta por este Ministerio para la prescripción de servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC, que se hayan prestado hasta la entrada en operación del mecanismo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, y que no hagan parte del mecanismo previsto en el artículo 237 de la citada ley”;

Que la ADRES considera pertinente establecer alternativas para llevar a cabo el proceso de verificación, control y pago de los recursos por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC a las nuevas disposiciones normativas, en particular, a las previstas en los numerales 10 y 11 del artículo 3o de la Ley 1949 de 2019 y el artículo 15 de la Ley 1966 de 2019;

Que, conforme a lo anterior, la ADRES plantea un modelo alternativo de operación para la verificación, control y pago respecto de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC, que requiere para las entidades recobrantes la presentación de la información que acredite los requisitos previstos en el artículo 2.6.4.3.5.1.3 del Decreto número 780 de 2016 y mediante el cual se aplicarán un conjunto de reglas que den cuenta del cumplimiento de los mismos;

Que es deber de los agentes que intervienen en los procesos de prescripción, direccionamiento, prestación, suministro, facturación y pago de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC garantizar la calidad, cobertura, oportunidad, veracidad, pertinencia, confiabilidad y transparencia de la información generada y registrada en dichos procesos;

En mérito de lo expuesto,

## **RESUELVE:**

### **TÍTULO I.**

#### **ASPECTOS GENERALES.**

**ARTÍCULO 1o. OBJETO.** La presente resolución tiene por objeto establecer alternativas técnicas para adelantar el proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se hayan prestado hasta la entrada en operación del mecanismo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, y que no hagan parte del mecanismo previsto en el artículo 237 de la citada ley.



**ARTÍCULO 2o. 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 operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos, a los profesionales de la salud y demás agentes o entidades recobrantes que presten a sus afiliados servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC.

**PARÁGRAFO.** Hasta tanto entre en vigencia lo previsto en el artículo 231 de la Ley 1955 de 2019, la ADRES únicamente liquidará, reconocerá y pagará los servicios y tecnologías no financiados con la UPC suministrados a afiliados del Régimen Contributivo.



**ARTÍCULO 3o. DEFINICIONES.** Para efectos de la aplicación de la presente resolución, se adoptan las siguientes definiciones:

- a) **Agentes o actores:** corresponde a las personas jurídicas y naturales intervinientes en los procesos de prescripción, direccionamiento, prestación, suministro, facturación y pago de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC en el SGSSS;
- b) **Entidad recobrante:** EPS o EOC, que garantizó a sus afiliados el suministro de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC según corresponda, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud o mediante un fallo de tutela y que solicitan a la ADRES, el reconocimiento y pago de dichos servicios y tecnologías en salud;
- c) **Servicio o tecnología en salud:** corresponde a los medicamentos, dispositivos, procedimientos, productos nutricionales y servicios complementarios registrados en el aplicativo MIPRES que no son financiados con la UPC;
- d) **Soporte:** Corresponde a la información que da cuenta de las operaciones efectuadas en los procesos de prescripción, direccionamiento, prestación, suministro, facturación y pago de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, independientemente del medio en el cual se registre, bien sea físico, digital o en sistemas de información o bases de datos.



**ARTÍCULO 4o. RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES.** Para garantizar el proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC, los agentes del SGSSS tienen las siguientes responsabilidades:

- a) **Profesional de la salud. i)** reportar la prescripción de forma oportuna, clara, debidamente justificada, con información pertinente y útil de acuerdo con el estado clínico, el diagnóstico y la necesidad del usuario, en la herramienta tecnológica dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual será el insumo para que la entidad recobrante adelante la presentación ante la ADRES, **ii)** complementar o corregir oportunamente la información relacionada con la prescripción en caso de ser necesario y **iii)** utilizar correctamente el formulario de contingencia en los casos previstos;
- b) **Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC). i)** reportar en los términos y condiciones establecidas por la ADRES la información correspondiente a la prestación de los servicios y tecnologías a sus afiliados, **ii)** certificar ante la ADRES la calidad, cobertura, oportunidad, veracidad, confiabilidad y transparencia de la información reportada, así como garantizar la integridad e identidad de dicha información con los soportes y transacciones, **iii)** cumplir con los requisitos, especificaciones técnicas y operativas y procedimientos definidos para reportar la información ante la ADRES, **iv)** disponer de la infraestructura tecnológica y de las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de la información ante la ADRES funcione oportuna y eficientemente, **v)** custodiar y poner a disposición de la ADRES o cualquier organismo de inspección, vigilancia, control e investigación cuando se requiera, los soportes y transacciones de la prescripción, direccionamiento, prestación, suministro, facturación y pago correspondientes a las solicitudes de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC que sean presentadas ante la ADRES para el proceso de verificación, control y pago de conformidad con las disposiciones que regulen la materia y **vi)** las demás que se prevean en el marco del proceso establecido en la presente resolución;
- c) **Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), operadores logísticos de tecnologías en salud, otros proveedores y gestores farmacéuticos i)** reportar con calidad, cobertura, oportunidad, veracidad, pertinencia, confiabilidad y transparencia la información que se requiera sobre el suministro y la facturación de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC a los afiliados según los requerimientos de la presente resolución para la presentación de la información y **ii)** ejecutar los procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la prescripción de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC.

**PARÁGRAFO.** Los diferentes actores deberán presentar la información conforme lo establecido en el presente artículo, so pena de incurrir, entre otras, en las infracciones previstas en los numerales 10 y 11 del artículo 3o de la Ley

1949 de 2019, y como consecuencia de ello ser sujeto de las sanciones a que hace referencia la misma ley, sin perjuicio de la responsabilidad penal, fiscal y disciplinaria a que haya lugar.

## TÍTULO II.

### **SOBRE EL PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO PARA LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON LA UPC.**

#### CAPÍTULO 1.

#### **GENERALIDADES.**



**ARTÍCULO 5o. ESPECIFICACIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.** Los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC que se presenten ante la ADRES por las entidades recobrantes deberán cumplir con las siguientes especificaciones:

1. Medicamentos, procedimientos, productos nutricionales, dispositivos médicos y servicios complementarios prescritos y registrados en MIPRES por el profesional de la salud, ordenados por fallos de tutela o autorizados por el Comité Técnico Científico, cuando corresponda.
2. Para cada uno de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC que se presenten ante la ADRES, la entidad recobrante deberá aportar el número de prescripción generado por MIPRES al momento del registro, así como el número de identificación del suministro que se asigne por el módulo de suministro de dicha herramienta tecnológica, siempre y cuando se trate de un servicio o tecnología prescrito a partir del 1 de abril de 2017, fecha en que inició a operar de forma obligatoria la citada herramienta tecnológica.
3. La información debe presentarse por cada uno de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC. Los servicios y tecnologías deberán presentarse de manera individual, esto es, sin agrupamiento.
4. Para la prescripción, direccionamiento, suministro, facturación y pago, los actores intervinientes deberán registrar en MIPRES y presentar la información de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC, con la codificación respectiva, así:
  - a) Para los medicamentos con registro sanitario del Invima, se debe utilizar el Código Único de Medicamentos (CUM);
  - b) Para los medicamentos vitales no disponibles e importados, se debe utilizar el Identificador Único de Medicamentos (IUM) asignado por el Invima;
  - c) Para los procedimientos, se debe utilizar el Código Único de Procedimientos en Salud (CUPS);
  - d) Para los dispositivos médicos, productos nutricionales y servicios complementarios, se debe utilizar el código de MIPRES.
5. La información que presente la entidad recobrante de acuerdo con lo descrito en el **Anexo Técnico 1** que hace parte integral de la presente resolución, deberá ser consistente con la registrada en los soportes y en cada uno de los módulos que conforman el MIPRES.
6. La información que reporten las entidades recobrantes deberá cumplir con los criterios de calidad, cobertura, oportunidad, veracidad, pertinencia, confiabilidad y transparencia.
7. Cuando el valor solicitado del servicio o tecnología en salud no financiada con 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 entenderá que dicho servicio o tecnología en salud es financiada con la UPC y, por lo tanto, la entidad recobrante no deberá presentar información de dichos servicios y tecnologías ante la ADRES.
8. En el evento en que el servicio o tecnología en salud no financiada con la UPC corresponda a un procedimiento, se entienden incluidos en este, los dispositivos médicos, es decir, los insumos, materiales, actividades, intervenciones, o elementos, entre otros, necesarios e insustituibles para su realización o utilización, por lo cual las entidades recobrantes no deberán presentar de manera independiente la información de los mismos, excepto en los casos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

9. Cuando la solicitud del servicio o tecnología en salud no financiada con la UPC corresponda a prestaciones efectuadas a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante deberá garantizar el registro del usuario a quien se le suministró el servicio o tecnología en el sistema de información establecido en el **Título 4** de la parte 8 del Libro 2 del Decreto número **780** de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

**PARÁGRAFO 1o.** La ADRES no tramitará los servicios o las tecnologías en salud no financiados con la UPC que se presenten por las entidades recobrantes sin observar las especificaciones antes descritas.

**PARÁGRAFO 2o.** Para las solicitudes de servicios o tecnologías en salud no financiadas con la UPC y que correspondan a diagnósticos de enfermedades huérfanas, cuando aplique, la ADRES podrá solicitar las pruebas diagnósticas con las cuales fue confirmada la patología.

**PARÁGRAFO 3o.** En el evento en que el suministro de los procedimientos y dispositivos médicos se efectúe considerando la entrega de estos por diferentes proveedores (subentregas), el reporte de información se hará conforme a las especificaciones que adopte la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES con base en los lineamientos que imparta el Ministerio de Salud y Protección Social.



**ARTÍCULO 6o. PRESENTACIÓN DE INFORMACIÓN.** Las entidades recobrantes a través de su representante legal o apoderado transmitirán a través de los medios y mecanismos que disponga la ADRES, la información de los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC, de acuerdo con el **Anexo Técnico 1** que hace parte integral de la presente resolución.

Las entidades recobrantes presentarán ante la ADRES, el Formato **MYT-R**, el cual hace parte integral de la presente resolución, suscrito por el representante legal y el revisor fiscal o el contador público de conformidad con sus funciones donde se señale lo siguiente:

- a) La información reportada cumple con las especificaciones para la presentación de información a que hace alusión el artículo **5o** de la presente resolución;
- b) Garantizó la prestación de los servicios en salud a sus afiliados;
- c) La facturación se ajusta a las normas tributarias y los valores de los servicios y tecnologías suministradas fueron acordadas en condiciones de mercado con sus Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), operadores logísticos de tecnologías en salud, otros proveedores y gestores farmacéuticos.

**PARÁGRAFO 1o.** Cuando la entidad recobrante actúe por intermedio de apoderado deberá presentar ante ADRES poder debidamente otorgado y la facultad de representar a la entidad recobrante frente a la ADRES. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, deberá allegar el nuevo poder.

**PARÁGRAFO 2o.** La verificación de la acreditación de Representación Legal de la entidad recobrante la realizará la ADRES a través de la consulta del certificado de existencia y representación legal de la sociedad en el Registro Único Empresarial (RUES). Cuando no sea posible obtener la información necesaria del RUES, la ADRES requerirá a la entidad recobrante para que allegue el respectivo documento.

**PARÁGRAFO 3o.** Las entidades recobrantes deberán realizar ante la ADRES la inscripción de la cuenta bancaria a la que se girarán los recursos que resulten aprobados por los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC, atendiendo el procedimiento definido por la ADRES.



**ARTÍCULO 7o. SEGMENTACIÓN.** De acuerdo con la información presentada por las entidades recobrantes, se segmentarán los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC de acuerdo con las siguientes características:

- a) **Primer segmento:** incluye los servicios o tecnologías prescritos o registrados en MIPRES en el ámbito ambulatorio y ambulatorio priorizado, los cuales no requieren Junta de Profesionales de la Salud, no corresponden a medicamentos incluidos en el listado oficial de medicamentos con usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS) y no tienen condicionamiento respecto a su cobertura en el Plan de Beneficios en Salud;
- b) **Segundo segmento:** incluye los servicios o tecnologías que no hacen parte del primer segmento, los que se

originen en autorizaciones de los Comités Técnico- Científicos y en los fallos de tutela u órdenes judiciales.

**PARÁGRAFO.** La conformación de los segmentos será progresiva de acuerdo con la implementación de validaciones adicionales, la cual se realizará gradualmente de acuerdo con las condiciones técnicas que adopte la ADRES, para lo cual la Dirección de Otras Prestaciones informará oportunamente a las entidades recobrantes las novedades respecto a la conformación de los segmentos.



**ARTÍCULO 8o. VALIDACIÓN DE LOS REQUISITOS PARA LA PROCEDENCIA DEL PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADOS CON LA UPC.** En el marco del Artículo 2.6.4.3.5.1.3 del Decreto número 780 de 2016, los requisitos para la procedencia del pago de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC se validarán considerando las siguientes reglas:

1. **El usuario a quien se suministró existía y le asistía el derecho al momento de su prestación.** Se validará que el servicio o la tecnología en salud no financiado con la UPC se haya suministrado de acuerdo con las siguientes reglas: **i)** a un afiliado en estado activo o en periodo de protección laboral en la entidad recobrante para la fecha de prestación del servicio, **ii)** que el tipo y número del documento del afiliado no aparezca en la información reportada por la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC) como fallecido o en estado cancelado y **iii)** que el tipo y número del documento del afiliado no presente afiliación simultánea de acuerdo con la información registrada en la BDUA y la Base de los Regímenes Excepcionados y Especiales (BDEX).

2. **El servicio y tecnología no se encuentra cubierto en el plan de beneficios con cargo a la UPC para su fecha de prestación.** Se validará que el servicio y tecnología en salud no financiado con la UPC se haya suministrado de acuerdo con las siguientes reglas: **i)** no esté financiado con la UPC, **ii)** que el servicio y tecnología cumpla con el uso indicado para el diagnóstico correspondiente de acuerdo con la información de la entidad competente y **iii)** que el servicio o la tecnología no esté explícitamente excluido por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, conforme lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

3. **El servicio o tecnología fue prescrito por un profesional de la salud u ordenado por autoridad judicial.** Se validará que el servicio o la tecnología en salud no financiado con la UPC se haya suministrado de acuerdo con las siguientes reglas: **i)** que el número de la prescripción se encuentre activo para la fecha de suministro del servicio o tecnología y **ii)** que el número de la prescripción corresponda a la identificación del suministro que genere el módulo correspondiente de MIPRES.

En el evento en que el servicio o tecnología se origine en un fallo de tutela u orden judicial, dicho servicio o tecnología se validará con: **i)** el soporte digital del fallo de tutela u orden judicial, **ii)** el número de prescripción generado por MIPRES y **iii)** que el número de la prescripción corresponda a la identificación del suministro que genere el módulo correspondiente de MIPRES.

4. **El servicio o tecnología fue efectivamente suministrado al usuario.** Se validará que el servicio o la tecnología en salud no financiado con la UPC se haya suministrado de acuerdo con las siguientes reglas: **i)** que el número de identificación del suministro exista, se encuentre activo y sea único en MIPRES, **ii)** que el suministro del servicio o la tecnología sea coherente con la prescripción efectuada por el profesional de la salud o con el contenido del fallo de tutela u orden judicial, **iii)** que el servicio o la tecnología suministrada sea coherente con las cantidades y valores facturados, **iv)** que las cantidades suministradas de los servicios o tecnologías no superen las cantidades prescritas y facturadas y **v)** que en la información del suministro el usuario coincida con la prescripción y la factura de venta o documento equivalente.

5. **El reconocimiento y pago del servicio o tecnología corresponde a la ADRES y se presenta por una única vez.** Se validará que el servicio o la tecnología en salud no financiado con la UPC se haya suministrado de acuerdo con las siguientes reglas: **i)** que no se encuentre duplicado en la información presentada por la entidad recobrante, **ii)** que previamente la ADRES no haya reconocido y pagado el servicio o la tecnología suministrado y **iii)** que en la fecha del suministro el afiliado se encuentre en estado activo o en periodo de protección laboral, si aplica, en la entidad recobrante.

6. **La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o tecnología se realiza en el término establecido.** Se validará que el servicio o tecnología se presente por la entidad recobrante dentro de los tres (3) años siguientes a la



fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente, de conformidad con lo previsto en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, o la norma que la modifique o sustituya.

## **7. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro son consistentes respecto al usuario, el servicio o tecnología y las fechas.**

**7.1 Primer segmento:** la consistencia respecto al usuario, el servicio o tecnología y las fechas, se validará con la información registrada por el profesional de la salud, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), operadores logísticos de tecnologías en salud, otros proveedores y gestores farmacéuticos, y la entidad recobrante en MIPRES y sus módulos y en la información diligenciada en los campos seleccionados por la ADRES del **Anexo Técnico 1**. En consecuencia, para este segmento los soportes del recobro son los registros en MIPRES y sus módulos, el **Anexo Técnico 1** y la información contenida en la factura o su documento equivalente en formato digital o electrónico, cuando así se disponga.

**7.2 Segundo segmento:** la consistencia respecto al usuario, el servicio o tecnología y las fechas, se validará con la información registrada por el profesional de la salud, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), operadores logísticos de tecnologías en salud, otros proveedores y gestores farmacéuticos, y la entidad recobrante, en MIPRES y sus módulos, en los soportes digitales entregados por la entidad recobrante y el **Anexo Técnico 1**. En consecuencia, para este segmento los soportes del recobro son los registros de MIPRES y sus módulos, el fallo de tutela o de la acción judicial correspondiente, la factura o su documento equivalente en formato digital o electrónico, cuando así se disponga, el soporte donde se evidencie la entrega de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC para los casos de servicios autorizados por Comité Técnico Científico y el **Anexo Técnico 1**.

**8. El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente.** Se validará que el servicio o la tecnología en salud no financiado con la UPC se liquide con base en las siguientes reglas: **i)** en el evento que el servicio o tecnología se encuentre sujeto al control de precios o tenga un VMR, se validará que el valor facturado sea menor o igual al valor establecido en la regulación o en el VMR. Cuando el valor facturado sea superior al establecido y la entidad recobrante no haya efectuado el respectivo ajuste, la ADRES procederá a su reliquidación, **ii)** en el evento en que el servicio o tecnología no se encuentre sujeto al control de precios o no tenga un VMR, se validará contra el valor facturado y **iii)** el valor a reconocer y pagar por cada servicio o tecnología será liquidado considerando la información de los valores de copagos, cuotas moderadoras y comparadores administrativos, homólogos o sustitutos.

**PARÁGRAFO 1o.** Tratándose de medicamentos que hagan parte del listado oficial de medicamentos con usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS), la validación se efectuará con la información del acta de la Junta de Profesionales de la Salud debidamente diligenciada y el respectivo consentimiento informado.

**PARÁGRAFO 2o.** Las entidades recobrantes podrán presentar facturas de venta o documentos equivalentes sin la respectiva constancia de cancelación o pago a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), operadores logísticos de tecnologías en salud, otros proveedores y gestores farmacéuticos, para lo cual deberán verificar que los mismos se encuentren registrados ante la ADRES como beneficiarios de giro directo del proceso de reconocimiento y liquidación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC.

La entidad recobrante deberá identificar en el **Anexo Técnico 1** la condición antes señalada para cada uno de los servicios y tecnologías.



**ARTÍCULO 9o. VALIDACIONES A LA INFORMACIÓN.** La ADRES validará la información de los servicios y tecnologías en salud reportados para el proceso de verificación, control y pago conforme a las reglas que para tal efecto publique la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES.



**ARTÍCULO 10. SISTEMA DE AUDITORÍA POR ALERTAS.** En desarrollo de lo previsto en el literal e del artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 y el artículo 15 del Decreto Ley 1281 de 2002, para los servicios o tecnologías en salud no financiadas con la UPC, la ADRES implementará un Sistema de Auditoría por Alertas (SAA), como mecanismo que permita identificar, analizar y verificar el comportamiento y los resultados de los procesos y agentes intervinientes en la prescripción, direccionamiento, prestación, suministro, facturación y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con los recursos de la UPC.

En desarrollo del SAA, la ADRES podrá: **i)** adelantar las verificaciones que considere pertinentes en cualquier etapa

del proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, **ii)** requerir a las entidades recobrantes los soportes de la prestación que considere necesarios, **iii)** seleccionar conjuntos de servicios y tecnologías que por sus características sean objeto de seguimiento y verificación, **iv)** abstenerse de adelantar el reconocimiento y giro de los recursos recobrados respecto al servicio o tecnología objeto de verificación u observación, **v)** elaborar los análisis y reportes correspondientes, **vi)** ajustar las validaciones y mecanismos de control, y **vii)** efectuar los reportes a que haya lugar a los organismos de inspección, vigilancia, control e investigación.

**PARÁGRAFO 1o.** En desarrollo de las verificaciones, la ADRES podrá efectuar visitas, llamadas telefónicas, encuestas y demás mecanismos que considere pertinentes, con el fin de constatar las operaciones y la información reportada por los agentes o actores intervinientes.

**PARÁGRAFO 2o.** En desarrollo del SAA, la ADRES solicitará cuando lo considere necesario a los actores intervinientes en los procesos de prescripción, prestación, suministro, facturación y pago, verificaciones y soportes adicionales sobre la prestación de los servicios o tecnologías en salud no financiados con la UPC.

**PARÁGRAFO 3o.** En desarrollo del SAA, y teniendo en cuenta las responsabilidades de los actores descritas en el artículo 4o de la presente resolución, la ADRES podrá solicitar la factura, documento equivalente y los demás soportes que se requieran, con el fin de contrastar la información reportada por la entidad recobrante. Para ello, la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES directamente o a través del tercero que contrate para tal efecto podrá aplicar una metodología de muestreo de los servicios y tecnologías presentados por la entidad recobrante a fin de determinar la procedencia de la aprobación de la totalidad de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC. En caso en el que se supere el margen de error establecido en la metodología de muestreo, la ADRES procederá a la devolución de la totalidad de los servicios y tecnologías presentados en el respectivo periodo.

**PARÁGRAFO 4o.** Los servicios o tecnologías que resulten seleccionados en desarrollo del SAA cambiarán al estado denominado radicado con alerta y surtirán el proceso de que trata el Capítulo 3 del Título II de la presente resolución.

**PARÁGRAFO 5o.** En el evento en que se observe la presunta apropiación o reconocimiento sin justa causa, la ADRES adelantará el procedimiento de reintegro de los recursos involucrados de acuerdo con lo establecido en la Resolución número 1716 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifique o sustituya.



**ARTÍCULO 11. PROCESO DE CALIDAD.** Con el fin de asegurar la calidad, unicidad y coherencia en la aplicación de las validaciones de los requisitos para la procedencia del pago de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC, las reglas de validación de la información presentada y las del SAA, la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES o el tercero que se contrate para tal fin realizará un proceso de calidad que consiste en monitorear y verificar la correcta aplicación de dichas reglas, protocolos, guías, procedimientos y demás instrumentos que se definan para el efecto.

Con base en los resultados del proceso de calidad y una vez realizadas las verificaciones y ajustes pertinentes, quien haya ejecutado el proceso de calidad certificará los resultados definitivos para soportar el proceso de ordenación del gasto y autorización de giro que realice la ADRES.



**ARTÍCULO 12. REPORTES A LOS ORGANISMOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA, CONTROL E INVESTIGACIÓN.** La ADRES informará a las entidades recobrantes los casos en donde, una vez surtido el proceso de verificación, control o pago, se evidencie que la información de las solicitudes no cumple con la calidad, cobertura, oportunidad, veracidad, consistencia, confiabilidad y transparencia; en caso de que dichas situaciones no sean desvirtuadas por la entidad recobrante, la ADRES reportará a los organismos de inspección, vigilancia, control e investigación, a fin de que estos adelanten las acciones pertinentes.



**ARTÍCULO 13. TÉRMINOS PARA ADELANTAR LA VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON LA UPC.** Los procesos de validaciones a la información, Sistema de Auditoría por Alertas y de Calidad se adelantarán en los términos establecidos en el artículo 2.6.4.3.5.1.5 del Decreto número 780 de 2016.

## CAPÍTULO 2.



## PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO CORRESPONDIENTE AL PRIMER SEGMENTO.



**ARTÍCULO 14. PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.** Las entidades recobrantes presentarán la información para este segmento entre el séptimo y el onceavo día hábil de cada mes.

**PARÁGRAFO.** La ADRES podrá, previa comunicación a las entidades recobrantes, modificar el plazo de presentación de la información definido en este artículo, cuando las condiciones técnicas, tecnológicas u operativas así lo justifiquen.



**ARTÍCULO 15. RESULTADOS DE LAS VALIDACIONES DE INFORMACIÓN.** Las validaciones que ejecute la ADRES respecto a cada uno de los servicios y tecnologías en salud que las entidades recobrantes reporten podrán tener uno de los siguientes resultados:

- a) **Radicado:** cuando la información del servicio o tecnología en salud reportada cumpla la totalidad de las reglas de las validaciones; evento en el cual el sistema de información que disponga la ADRES le asignará un número de radicado;
- b) **Radicado con alerta:** cuando la información del servicio o tecnología en salud reportada por la entidad recobrante cumpla con la totalidad de las reglas de las validaciones, pero su aplicación genere alertas. En este caso, el sistema de información que disponga la ADRES le asignará un número de radicado, pero el servicio o tecnología deberá surtir el proceso de verificación, control y pago de que trata el Capítulo 3 del Título II de la presente resolución;
- c) **No radicado:** cuando la información del servicio o tecnología en salud reportada por la entidad recobrante no cumpla las reglas de las validaciones. Para este caso, la ADRES informará a la respectiva EPS las causales del rechazo.



**ARTÍCULO 16. RESULTADOS.** Una vez se obtenga la certificación de los resultados definitivos, los servicios y tecnologías no financiados con la UPC que hayan superado exitosamente el proceso de SAA quedarán en estado aprobado; de lo contrario, serán no aprobados. El resultado será informado a la correspondiente entidad recobrante.



**ARTÍCULO 17. LIQUIDACIÓN Y RECONOCIMIENTO.** Los servicios y tecnologías aprobados serán objeto de liquidación y reconocimiento por parte de la ADRES. Para tal efecto, el monto a reconocer y pagar por los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC se determinará sobre el precio de compra al prestador o proveedor, considerando la regulación de precios que expida la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, el VMR que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social o valores reconocidos, según aplique, soportado en la factura de venta o documento equivalente, de la siguiente forma:

### 1. Medicamentos y dispositivos médicos no financiados con recursos de la UPC

- a) El valor a reconocer y pagar por el medicamento no financiado con la UPC será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos financiados con la UPC, utilizados o descartados;
- b) Cuando el medicamento no financiado con la UPC tenga establecido un comparador administrativo, el valor a reconocer y pagar será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el comparador administrativo.

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

$$\text{Valor calculado} = P * Q, \text{ en donde:}$$

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

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

c) Al valor que resulte de realizar la operación descrita en los literales anteriores, se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que la entidad recobrante haya cobrado al afiliado de acuerdo con su plan general de cuotas moderadoras y copagos o el valor que cancele el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto;

d) La ADRES no reconocerá variaciones posteriores del precio del medicamento ni ajustes por inflación, cambio de anualidad y cantidad del comparador administrativo;

e) En el evento en que el valor facturado sea mayor al precio o valor máximo establecido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES reconocerá y pagará el valor establecido y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado por la o las tecnologías en salud financiadas con la UPC utilizadas o descartadas, o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su plan general de cuotas moderadoras y copagos o el valor que cancele el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto;

f) En el evento en que el valor facturado sea inferior al precio o valor máximo establecido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES reconocerá y pagará el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado por la o las tecnologías en salud financiadas con la UPC utilizadas o descartadas, o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su plan general de cuotas moderadoras y copagos o el valor que cancele el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto;

g) Los medicamentos no financiados con la UPC que sean objeto de compra centralizada no serán reconocidos y pagados por la ADRES, cuando se trate de usuarios que inician el tratamiento por primera vez o que, requiriendo usar más de un ciclo de tratamiento, este se encuentre en su inicio.

Para los usuarios que se encuentren en tratamiento en curso y el representante legal de la entidad recobrante certifique la compra del tratamiento completo del (los) medicamento(s) objeto de compra centralizada, o de un tratamiento diferente al suministrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES reconocerá y pagará el valor de la compra centralizada, si hace parte de los medicamentos de compra centralizada, o el precio o valor máximo establecido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuando no se tenga existencia de los medicamentos objeto de la compra centralizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES reconocerá y pagará al valor de la compra centralizada.

## **2. Procedimientos en salud, productos de soporte nutricional y servicios complementarios no financiados con recursos de la UPC**

a) El valor a reconocer y pagar por los procedimientos en salud no financiados con la UPC será el valor facturado por el proveedor o prestador del respectivo procedimiento. A este valor, se le deducirá la cuota moderadora o copago que la entidad recobrante haya cobrado al afiliado de acuerdo con su plan general de cuotas moderadoras y copagos o el valor que cancele el usuario, conforme lo determine el reglamento que expida para el efecto el Ministerio de Salud y de la Protección Social;

b) La ADRES no reconocerá variaciones posteriores del precio del procedimiento en salud, producto de soporte nutricional y servicio complementarios no financiado con recursos de la UPC ni ajustes por inflación, cambio de anualidad y cantidad del comparador administrativo.

## **3. Procedimientos en salud financiados con la UPC, realizados con diferente tecnología o vía quirúrgica**

a) El valor a reconocer y pagar por los procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC, realizados con diferente tecnología o vía quirúrgica, será la diferencia entre el valor facturado del procedimiento en salud suministrado con esta tecnología o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de salud con la tecnología o vía de acceso financiado con la UPC, considerando el principio de eficiencia consagrado en la Ley 1751 de 2015 y según determine el Ministerio de Salud y Protección Social;

b) Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas vigentes del manual único tarifario para la facturación de los servicios de salud;

c) Al valor que resulte de realizar la operación descrita en el literal anterior, se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que la entidad recobrante haya cobrado al afiliado de acuerdo con su plan general de cuotas moderadoras y copagos o el valor que cancele el usuario, conforme lo determine el reglamento que expida para el efecto el Ministerio de Salud y de la Protección Social;

d) La ADRES no reconocerá variaciones posteriores del precio del procedimiento en salud financiados con la UPC, realizados con diferente tecnología o vía quirúrgica ni ajustes por inflación, cambio de anualidad y cantidad del comparador administrativo.

**PARÁGRAFO 1o.** Cuando el valor solicitado del tratamiento con el servicio o tecnología en salud no financiada con 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 entenderá que dicho servicio o tecnología en salud es financiada con la UPC y, por lo tanto, la ADRES no reconocerá a la entidad recobrante dichos servicios y tecnologías ante la ADRES.

**PARÁGRAFO 2o.** La ADRES no realizará el reconocimiento y pago de los dispositivos médicos que se recobren de manera independiente al procedimiento en salud, salvo los definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**PARÁGRAFO 3o.** El monto a reconocer y pagar por cada uno de los servicios y tecnologías corresponderá a la totalidad de lo pagado por el servicio o la tecnología antes de la aplicación de las retenciones por el pagador al prestador.

**PARÁGRAFO 4o.** En el evento en que la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad competente según las normas vigentes, establezca precios o valores máximos de recobro para procedimientos en salud, dispositivos médicos, productos de soporte nutricional y servicios complementarios, la ADRES calculará el valor a reconocer y pagar aplicando el procedimiento descrito en el numeral primero de este artículo.

**PARÁGRAFO 5o.** La ADRES reliquidará el monto a reconocer y pagar cuando se identifiquen errores en los cálculos del valor recobrado presentado por la entidad recobrante o cuando dicho valor no se ajuste a las reglas previstas en este artículo.



**ARTÍCULO 18. MONTO A RECONOCER Y PAGAR.** Con base en la certificación de los resultados definitivos, se adelantará la ordenación de los valores a reconocer y pagar por cada entidad recobrante, de acuerdo con los siguientes criterios:

a) El valor a reconocer y pagar a cada entidad recobrante será equivalente a la suma de los valores reliquidados o ajustados a reconocer y pagar por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC que hayan quedado aprobados;

b) Al valor anterior, la ADRES les deducirá los montos que la entidad recobrante haya autorizado descontar por cualquier concepto, el valor de los actos administrativos definitivos expedidos por reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, el valor correspondiente a las operaciones enmarcadas en el literal J de las destinaciones del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, los saldos pendientes de giro previo, entre otros.



**ARTÍCULO 19. GIRO DE RECURSOS.** Con base en la certificación de ordenación del gasto y autorización del giro emitida, la Dirección de Gestión de los Recursos Financieros de Salud de la ADRES realizará el giro de los recursos que corresponda, dentro del mes siguiente al cierre del proceso de liquidación y reconocimiento, a la cuenta bancaria registrada por cada entidad recobrante, IPS, operador logístico de tecnologías en salud, otro proveedor y gestor farmacéutico.

**PARÁGRAFO.** El giro de los recursos de los que trata el presente artículo estará sujeto al Plan Anual Mensualizado de Caja (PAC), por lo cual los recursos a girar serán determinados de acuerdo con el flujo de ingresos y gastos derivados de la ejecución del presupuesto de la Unidad de Recursos Administrados de la ADRES.

### CAPÍTULO 3.

## PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO

## SEGMENTO.



**ARTÍCULO 20. PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.** Las entidades recobrantes presentarán la información para este segmento en los primeros cinco días hábiles de cada mes.

**PARÁGRAFO 1o.** La ADRES podrá, previa comunicación a las entidades recobrantes, modificar el plazo de presentación de la información definido en este artículo, cuando las condiciones técnicas, tecnológicas u operativas así lo justifiquen.

**PARÁGRAFO 2o.** Durante la vigencia del Decreto número 1333 de 2019, los términos de presentación de la información se sujetarán a lo dispuesto en dicha norma.



**ARTÍCULO 21. RESULTADOS DE LAS VALIDACIONES DE INFORMACIÓN.** La validación de la información registrada por la entidad recobrante podrá generar los siguientes resultados:

a) **Radicado:** cuando la información del servicio o tecnología en salud reportada cumpla la totalidad de las reglas de las validaciones el sistema de información que disponga la ADRES le asignará un número de radicado previo cargue de los soportes digitales y la generación automática del Formato **MYT-R** que contendrá los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación;

b) **Radicado con alertas:** cuando la información supera algunas de las validaciones con alertas, las cuales se verificarán en la auditoría. En este caso, el sistema de información que disponga la ADRES le asignará un número de radicado previo al cargue de los soportes digitales y la generación automática del Formato **MYT-R**;

c) **No radicado:** cuando la información del servicio o tecnología en salud reportada por la entidad recobrante no cumpla las reglas de las validaciones. Para este caso, la ADRES informará a la respectiva EPS las causales del rechazo.



**ARTÍCULO 22. SOPORTES PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON LA UPC.** Además de las especificaciones y soportes generales de presentación de información, conforme a las especificaciones técnicas e instructivos que adopte la ADRES, las entidades recobrantes deberán radicar las solicitudes con los siguientes soportes digitales:

1. Copia completa y legible de los fallos de tutela o de la acción judicial correspondiente.
2. Factura de venta o documento equivalente.
3. Acta de Comités Técnico-Científicos (CTC), cuando corresponda.
4. Soporte donde se evidencie la entrega de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC.
5. Los soportes adicionales que considere la entidad recobrante dan cuenta de la prestación del servicio o tecnología no financiada con la UPC.

**PARÁGRAFO 1o.** En todo caso, para las solicitudes de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC originados por fallos de tutela u órdenes judiciales, y los cuales no se prescriban por el profesional de la salud en la atención médica realizada, la entidad recobrante deberá registrarlos en MIPRES y, en consecuencia, aportar el número de la prescripción y suministro generado por dicha herramienta tecnológica. Se exceptúan de la anterior regla las entidades de los regímenes exceptuados y especiales que en cumplimiento de un fallo de tutela u orden judicial presenten solicitudes ante la ADRES.

**PARÁGRAFO 2o.** Para los servicios y tecnologías originados en los Comités Técnico-Científicos (CTC) prescritos por el profesional de la salud hasta el 31 de marzo de 2017 y cuya fecha de elaboración del acta del CTC no superó el 30 de junio del mismo año, la entidad recobrante deberá presentar copia del acta de CTC de acuerdo a los parámetros establecidos en la Resolución número 5395 de 2013 del Ministerio de Salud y la Protección Social, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 97 de la Resolución número 1885 de 2018.

**PARÁGRAFO 3o.** Las entidades recobrantes serán responsables de la custodia de la información allí contenida y garantizarán la calidad, seguridad, disponibilidad, integridad e identidad de esta.

**PARÁGRAFO 4o.** Cuando por circunstancias ajenas a la entidad recobrante no sea posible aportar el fallo de tutela o este se encuentre ilegible o incompleto, dicha entidad podrá aportar, según sea el caso, decisiones 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 inicial. En caso de que no se cuente con la documentación anteriormente referida, 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 aportar 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.

**PARÁGRAFO 5o.** Cuando se trate de servicios o tecnologías en salud no financiadas con la UPC que hayan sido suministrados a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante deberá aportar las pruebas diagnósticas con las cuales fue confirmada la patología, de conformidad con el procedimiento que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

**PARÁGRAFO 6o.** Cuando exista movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo, los servicios que hayan sido autorizados por el CTC en las condiciones descritas en la Resolución número 2438 de 2018 las que la modifiquen o sustituyan, serán válidos y en cualquier caso la entidad responsable del afiliado deberá garantizar la continuidad en el suministro. De igual forma, cuando la movilidad se presente del régimen contributivo al subsidiado, la entidad responsable del afiliado garantizará el suministro con el número de prescripción de MIPRES.



**ARTÍCULO 23. SOPORTES E INFORMACIÓN ESPECÍFICA EXIGIDA PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES ORIGINADAS POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD.** Además de los soportes de que trata el artículo anterior, la entidad recobrante, cuando presente solicitudes originadas en prescripciones realizadas en MIPRES, deberá aportar lo siguiente:

- a) La información del Acta de Junta de Profesionales de la Salud registrada en MIPRES o soporte digital de la misma para los casos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social;
- b) La marcación en MIPRES o el consentimiento informado para el caso de medicamentos de la lista UNIRS.



**ARTÍCULO 24. SOPORTES E INFORMACIÓN ESPECÍFICA EXIGIDA PARA LA PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES ORIGINADAS EN FALLOS DE TUTELA U ÓRDENES JUDICIALES.** Además de los soportes de que trata el artículo 22 de la presente resolución, la entidad recobrante, cuando presente solicitudes originadas en fallos de tutela u órdenes judiciales, deberá aportar lo siguiente:

1. La justificación registrada en MIPRES de la necesidad médica del servicio o tecnología presentado que debe corresponder siempre con la condición clínico-patológica del paciente. Lo anterior aplica para los casos en los cuales el profesional de la salud no haya generado la prescripción en MIPRES por no considerarlo parte del tratamiento, caso en el cual, para dar cumplimiento al fallo de tutela u orden judicial, la entidad recobrante debió efectuar el respectivo registro en el módulo de fallos de tutela de MIPRES.

En caso de que el profesional de la salud prescriba en MIPRES los servicios o tecnologías ordenados en el fallo de tutela u orden judicial, y la justificación no tenga nexo con lo ordenado en el fallo de tutela, para efectos de presentar la solicitud a la ADRES, la entidad recobrante debe completar la información relativa a la descripción del estado de salud del afiliado y lo ordenado en el fallo de tutela u orden judicial en el módulo de fallos de tutela de MIPRES.

Tratándose de servicios o tecnologías en salud o prestaciones sucesivas, además de lo anterior, en la justificación se deberá indicar la frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.

2. Soportes de la prestación del servicio, cuando la entidad recobrante considere que es relevante y pertinente esta información complementaria para la auditoría. En este caso, en la primera hoja del respectivo soporte digital deberá señalar el número de folio donde se encuentra la información correspondiente.

3. Cuando se trate de solicitudes por el servicio de cuidador prestados a partir del 1 de diciembre de 2016 en virtud de un fallo de tutela y que requiera su continuidad, la entidad recobrante deberá suministrar y acreditar lo siguiente:

- a) Reporte de los afiliados a los que se les preste el servicio de cuidador en cumplimiento de un fallo de tutela, el cual deberá actualizarse dentro de los primeros cinco días hábiles a la finalización de cada trimestre;

b) Que el afiliado por el cual se presente la solicitud del servicio de cuidador tenga un Ingreso Base de Cotización (IBC) del núcleo familiar inferior a ocho (8) Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes (SMLMV). Para efectos de aplicar este requisito, la entidad recobrante tomará el IBC familiar reportado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Este requisito no aplica cuando la entidad recobrante sea obligada a suministrar el servicio por desacato de un fallo de tutela u orden judicial;

c) En el evento en que al servicio de cuidador se le hayan aplicado copagos, la solicitud se presentará por la entidad recobrante debidamente reliquidado;

d) Certificación del representante legal de la entidad recobrante en la que se dé cuenta de que el servicio de cuidador prestado no implica sustitución de la atención paliativa ni de la atención domiciliaria a cargo de la entidad recobrante;

e) En el evento que el fallo de tutela no ordene expresamente el servicio de cuidador ni determine el tiempo durante el cual la entidad recobrante debe garantizar el mismo, se deberá aportar certificación expedida por el médico tratante que dé cuenta de la dependencia funcional del afiliado que recibe el servicio de cuidador, la cual será actualizada anualmente cuando el servicio de cuidador se preste por más de doce (12) meses.

**PARÁGRAFO.** Lo previsto en el literal b) del numeral 3 del presente artículo se exigirá una vez el Ministerio de Salud y Protección Social regule los copagos para los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC.



**ARTÍCULO 25. REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA LA FACTURA DE VENTA O DOCUMENTO EQUIVALENTE.** La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor del servicio o tecnología en salud no financiada con la UPC deberá especificar:

a) Número de factura o documento equivalente. Cuando exista factura electrónica se deberá indicar el Código Único de Factura Electrónica (CUFE);

b) El nombre y NIT del Proveedor/Prestador;

c) El nombre y NIT de la entidad recobrante;

d) Nombre, tipo y número de identificación del afiliado al cual se suministró el servicio o tecnología en salud no financiada con la UPC;

e) Código y descripción de los servicios y tecnologías acordes con la estandarización de que trata el numeral 4 del artículo 5o de la presente resolución;

f) Valor unitario, valor total y cantidad del servicio o tecnología en salud no financiada con la UPC expresada en unidades mínimas de dispensación;

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

h) Cuando la factura o documento equivalente incluya el tratamiento de más de un paciente, certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado del servicio o tecnología en salud no financiada con 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;

i) Certificación del representante legal de la entidad recobrante, en la que se indique a qué factura imputa el servicio o tecnología en salud no financiada con 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 la tecnología en salud no financiada con la UPC;

j) Constancia de pago, salvo que se aplique lo previsto en el parágrafo 2 del artículo 8o de la presente resolución.

**PARÁGRAFO 1o.** Cuando se trate de solicitudes 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, 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.

**PARÁGRAFO 2o.** 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 3o.** Para efectos de los servicios o tecnologías en salud no financiadas con 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.

**PARÁGRAFO 4o.** Para aquellos servicios y tecnologías no financiadas con la UPC que hayan sido facturados electrónicamente, además de la verificación de los requisitos establecidos en el presente artículo se evaluarán los criterios de la normatividad expedida por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).



**ARTÍCULO 26. SOPORTE DONDE SE EVIDENCIE LA ENTREGA DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON LA UPC.** Además de efectuar el registro del suministro en el respectivo módulo de MIPRES, la entidad recobrante deberá presentar soporte donde se evidencie la entrega de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC así:

a) **Cuando el servicio o la tecnología en salud no financiada con la UPC sea del ámbito ambulatorio:** firma, tipo y número de identificación del paciente, de su representante responsable, del acudiente o de quien recibe el servicio o la tecnología, 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 financiada con la UPC sea del ámbito de urgencias u hospitalario:** copia del informe de atención de urgencias, resumen de atención, epicrisis o historia clínica.

**PARÁGRAFO.** En el evento que las condiciones técnicas y validaciones que adopte la ADRES permitan que las solicitudes de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC cumplan con los requisitos para ser validados a través de las reglas establecidas para el primer segmento, la verificación de los elementos descritos en este artículo se realizará la información contenida en MIPRES y sus módulos, conforme lo establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.



**ARTÍCULO 27. GIRO PREVIO DE RECURSOS AL PROCESO DE AUDITORÍA.** En el marco de lo previsto en el artículo 2.6.4.3.5.1.6 del Decreto número 780 de 2016, la ADRES podrá efectuar a más tardar el octavo (8) día hábil siguiente al vencimiento del período de radicación mensual, giro previo a la auditoría a favor de las entidades recobrantes por los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del segundo segmento de que trata la presente resolución. Los cálculos de este valor se podrán realizar considerando la información del número de afiliados a cada entidad recobrante, el valor recobrado, el porcentaje de glosa, entre otros, conforme con la metodología técnica a la que hace alusión el **anexo técnico 2** el cual hace parte integral de la presente resolución.

**PARÁGRAFO 1o.** 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 presupuesto de la Unidad de Recursos Administrados de la ADRES. Cuando los recursos disponibles resulten insuficientes respecto al monto total del giro previo, la ADRES ordenará el gasto y autorizará el giro hasta por el monto disponible, priorizando el giro a la red prestadora de servicios.

Si posteriormente llegase a existir recursos, la ADRES podrá realizar el giro de los recursos de que trata el presente artículo, hasta el valor que resulte de aplicar la metodología.

**PARÁGRAFO 2o.** Cuando el giro previo se realice mediante la suscripción de acuerdos de pago conforme lo

establecido en el artículo 245 de la Ley 1955 de 2019, se deberá sujetar a las reglas dispuestas en el Decreto número 1333 de 2019.



**ARTÍCULO 28. REQUISITOS PARA EL GIRO PREVIO DE RECURSOS AL PROCESO DE AUDITORÍA.** El giro previo de recursos procederá únicamente cuando la entidad recobrante allegue diligenciando y suscrito por su representante legal el **Formato 1**, a la finalización del envío de información de que trata el artículo 20 de la presente resolución, en donde indique y autorice lo siguiente:

a) Se deduzca de los pagos que deba efectuar la ADRES por cualquier concepto, los montos insolutos, cuando el valor aprobado en la auditoría resulte inferior al giro previo. La ADRES acudirá al mecanismo que sea necesario para obtener el reintegro de los valores, cuando a ello hubiere lugar producto del resultado de auditoría;

b) En el caso de solicitudes sin constancia de cancelación de las facturas de venta o documento equivalente, los recursos del giro previo se girarán directamente a las IPS, operadores logísticos de tecnologías en salud, otros proveedores y gestores farmacéuticos, conforme a la distribución realizada por la entidad recobrante, a la cuenta bancaria registrada por el proveedor del servicio ante la ADRES.

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;

c) En el caso de solicitudes cuya factura o documento equivalente haya sido pagada, el saldo de la liquidación del giro previo se asigne mínimo el 50% a favor de las IPS y el porcentaje restante a favor de la entidad recobrante conforme a la distribución realizada por esta a la cuenta bancaria registrada ante la ADRES;

d) Renuncia 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 que se encuentren incursas en una medida administrativa de intervención forzosa para liquidar, que hayan solicitado su retiro voluntario de la operación de aseguramiento en salud o que no operen en el mismo, no podrán ser beneficiarias de la medida de giro previo de recursos a la auditoría.



**ARTÍCULO 29. AUDITORÍA.** En el marco de los artículos 2.6.4.3.5.1.4 y 2.6.4.3.5.1.5 del Decreto número 780 de 2016 la auditoría consiste en la verificación y validación de la información presentada por las entidades recobrantes para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC. Dicha verificación y validación se realizará conforme al manual de auditoría que para el efecto adopte la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, utilizando la información registrada por las entidades recobrantes en MIPRES y sus módulos, en el **anexo técnico 1** y en los soportes que tratan los artículos 22 al 26 de la presente resolución.

**PARÁGRAFO.** Además de las solicitudes de los servicios o tecnologías no financiadas con la UPC que hacen parte del segundo segmento, la auditoría a la que se refiere el presente artículo se aplicará a las solicitudes que hacen parte del primer segmento, que obtuvieron en las validaciones que efectuó la ADRES “Radicado con alerta”, así como las que resulten seleccionadas de la aplicación del SAA.



**ARTÍCULO 30. RESULTADOS DEL PROCESO DE AUDITORÍA.** El resultado de la auditoría de las solicitudes será:

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

a) **Aprobado total:** Cuando todos los servicios o tecnologías no financiadas con la UPC 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 servicios o tecnologías no financiadas con la UPC, el valor a reconocer y pagar es menor al valor presentado por la entidad recobrante.

2. **No aprobado:** Cuando la totalidad de los servicios o tecnologías no financiadas con la UPC presentados por la entidad recobrante no cumplen con los requisitos señalados en las normas que rigen la materia, en la presente resolución y en el manual de auditoría que se adopte para el efecto.



**ARTÍCULO 31. LIQUIDACIÓN Y RECONOCIMIENTO.** Los servicios y tecnologías que hayan resultado aprobados en proceso de auditoría serán objeto de liquidación y reconocimiento por parte de la ADRES de acuerdo con las reglas establecidas en el artículo 17 de la presente resolución.



**ARTÍCULO 32. MONTO A RECONOCER Y PAGAR.** Con base en la certificación de los resultados definitivos, se adelantará la ordenación de los valores a reconocer y pagar por cada entidad recobrante, de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) El valor a reconocer y pagar a cada entidad recobrante será equivalente a la suma de los valores reliquidados o ajustados a reconocer y pagar por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC que hayan quedado aprobados;
- b) Al valor anterior, la ADRES les deducirá los montos que la entidad recobrante haya autorizado descontar por cualquier concepto, el valor de los actos administrativos definitivos expedidos por reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, el valor correspondiente a las operaciones enmarcadas en el literal J de las destinaciones del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, los saldos pendientes de giro previo, entre otros.



**ARTÍCULO 33. COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE AUDITORÍA A LAS ENTIDADES RECOBRANTES.** El resultado de la auditoría efectuada a los servicios o tecnologías no financiadas con la UPC se comunicará al correo electrónico y a la dirección registrada por la entidad recobrante ante la ADRES dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la fecha de expedición de la certificación del proceso de ordenación del gasto y ordenación del giro.

La comunicación de los resultados de auditoría a las entidades recobrantes contendrá la siguiente información:

1. Fecha de expedición de la comunicación.
2. Número que identifica los servicios o tecnologías no financiadas con la UPC presentados.
3. Resumen de la información de cantidad y valores de los servicios o tecnologías no financiadas con la UPC 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 servicio o tecnología no financiada con la UPC y las causales de glosa si hubo lugar a ellas, conforme al manual de auditoría, indicando:
  - a) Resultado de la auditoría integral por servicio o tecnología no financiada con la UPC: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado;
  - b) Causales de aprobación con reliquidación, en forma individual por cada servicio o tecnología no financiada con la UPC presentado, conforme al manual de auditoría;
  - c) La relación de los servicios o tecnologías no financiadas con la UPC que no fueron aprobados para el reconocimiento y pago cuando existe aprobación parcial;
  - d) Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada servicio o tecnología no financiada con la UPC presentado, conforme al manual de auditoría.



**ARTÍCULO 34. PROCEDENCIA DE GIRO A IPS, OPERADORES LOGÍSTICOS DE TECNOLOGÍAS EN SALUD, OTROS PROVEEDORES Y GESTORES FARMACÉUTICOS DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON LA UPC.** Las entidades recobrantes que se acojan a la excepción prevista en el parágrafo 2 del artículo 8o de la presente resolución, podrán autorizar el giro de recursos a las IPS, a los operadores logísticos de tecnologías en salud y a los gestores farmacéuticos de servicios de salud, previo el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) **Formato 2** debidamente diligenciado y suscrito por el representante legal de la entidad recobrante mediante el cual se autoriza a la ADRES girar a las IPS, operadores logísticos de tecnologías en salud, otros proveedores y gestores farmacéuticos de servicios de salud en nombre de la entidad recobrante, los recursos a que se refiere este artículo, a la cuenta bancaria que el proveedor haya registrado;

b) Relación en la que se discrimine la distribución de giro entre a las IPS, los operadores logísticos de tecnologías en salud y los gestores farmacéuticos de servicios de salud, objeto de la medida, previos los descuentos a que haya lugar. Dicha relación será enviada por la entidad recobrante, una vez la ADRES le informe el valor aprobado de los resultados de la auditoría integral, el cual será distribuido por las entidades recobrantes, de manera proporcional, de acuerdo con el valor aprobado de las solicitudes presentadas mensualmente por cada IPS, operador logístico de tecnologías en salud y gestor farmacéutico.



**ARTÍCULO 35. GIRO DE RECURSOS.** Con base en la certificación de ordenación del gasto y autorización del giro, la Dirección de Gestión de los Recursos Financieros de Salud de la ADRES realizará el giro de los recursos que corresponda, dentro del mes siguiente al cierre del proceso de liquidación y reconocimiento, a la cuenta bancaria registrada ante la ADRES por cada entidad recobrante, IPS, operador logístico de tecnologías en salud, otro proveedor y gestor farmacéutico, según corresponda.

**PARÁGRAFO.** El giro de los recursos de los que trata el presente artículo estará sujeto al Plan Anual Mensualizado de Caja (PAC), por lo cual los recursos a girar serán determinados de acuerdo con el flujo de ingresos y gastos derivados de la ejecución del presupuesto de la Unidad de Recursos Administrados de la ADRES.



**ARTÍCULO 36. SUBSANACIÓN U OBJECCIÓN DE CUENTAS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON LA UPC QUE FUERON PRESTADOS/SUMINISTRADOS ANTES DEL 25 DE MAYO DE 2019.** <Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 3511 de 2020. El nuevo texto es el siguiente:> La subsanación u objeción de las cuentas por servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC que fueron prestados/suministrados antes del 25 de mayo de 2019 deberán realizarse en el marco de las disposiciones de que trata el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019.

#### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 3511 de 2020, 'por la cual se deroga un artículo y se modifica la Resolución número 41656 de 2019, por la cual se establecen alternativas técnicas para adelantar el proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)', publicada en el Diario Oficial No. 51.518 de 4 de diciembre de 2020.

#### Legislación Anterior

##### **Texto original de la Resolución 41656 de 2019:**

**ARTÍCULO 36. OBJECCIÓN A LA APLICACIÓN DE GLOSAS COMO RESULTADO DE LA AUDITORÍA.** La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a las solicitudes, 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 servicios o tecnologías. En caso de que se presenten varias glosas a una misma solicitud, se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.

La objeción incluirá el número único de la solicitud 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 de la solicitud allegados inicialmente, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información. Si la ADRES dispone de la información soporte no será necesario volver a presentar dicha información, para el procedimiento de aclaración de la glosa.



**ARTÍCULO 37. SUBSANACIÓN U OBJECCIÓN DE CUENTAS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON LA UPC QUE FUERON PRESTADOS/SUMINISTRADOS ENTRE EL 25 DE MAYO DE 2019 Y EL 29 DE FEBRERO DE 2020.** <Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 3511 de 2020. El nuevo texto es el siguiente:> La subsanación u objeción de las cuentas por servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC que fueron prestados/suministrados entre el 25 de mayo de 2019 y el 29 de febrero de 2020, que hayan resultado no aprobadas o aprobadas parcialmente en el proceso de verificación, control y pago realizado a los formatos MYT01 y MYT02, se realizará en los períodos de radicación que la ADRES informe previamente a las entidades recobrantes, sin que esta pueda superar seis meses después de la comunicación del resultado de auditoría.

Si la entidad recobrante considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se puede(n) desvirtuar con la información contenida en los soportes de la solicitud allegados inicialmente, deberá indicar el folio en el cual se encuentra el documento o la información. Si la ADRES dispone la información soporte no será necesario volver a presentar dicha información, para el procedimiento de aclaración de la glosa.

Cuando la entidad recobrante acepte las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría realizada a las solicitudes, deberá enmendarlas y sustentar la rectificación para cada uno de los servicios y tecnologías.

Para el evento en que los documentos que subsanen las glosas no se encuentren dentro de los soportes allegados inicialmente, 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, la objeción o subsanación deberá incluir el número único de la solicitud asignado inicialmente y no podrá versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada.

#### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 3511 de 2020, 'por la cual se deroga un artículo y se modifica la Resolución número 41656 de 2019, por la cual se establecen alternativas técnicas para adelantar el proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)', publicada en el Diario Oficial No. 51.518 de 4 de diciembre de 2020.

#### Legislación Anterior

##### **Texto original de la Resolución 41656 de 2019:**

ARTÍCULO 37. 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 realizada a las solicitudes, 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 servicios y tecnologías. En caso de que se presenten varias glosas a una misma solicitud 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 la solicitud 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 allegados inicialmente, la entidad podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas, siempre que ello sea procedente conforme con el manual de auditoría. Si la ADRES dispone de la información soporte no será necesario volver a presentar dicha información, para el procedimiento de aclaración de la glosa.



**ARTÍCULO 38. DÍAS HABILITADOS PARA LA RADICACIÓN DE LAS OBJECIONES Y SUBSANACIONES.** <Artículo derogado por el artículo 2 de la Resolución 3511 de 2020>

#### Notas de Vigencia

- Artículo derogado por el artículo 2 de la Resolución 3511 de 2020, 'por la cual se deroga un artículo y se modifica la Resolución número 41656 de 2019, por la cual se establecen alternativas técnicas para adelantar el proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)', publicada en el Diario Oficial No. 51.518 de 4 de diciembre de 2020.

#### Legislación Anterior

### Texto original de la Resolución 41656 de 2019:

ARTÍCULO 38. En el marco de lo previsto en el artículo 2.6.4.3.5.1.5 del Decreto número 780 de 2016, 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 veinte (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.



**ARTÍCULO 39. IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR NUEVAS RADICACIONES COMO MECANISMO DE OBJECCIÓN O SUBSANACIÓN.** <Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 3511 de 2020. El nuevo texto es el siguiente:> Tanto la objeción a las glosas como la subsanación de estas deberán efectuarse solamente mediante los mecanismos de que tratan los artículos anteriores y deberá incluir el número único de solicitud asignado inicialmente, sin que resulte posible realizar una nueva radiación.

### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 3511 de 2020, 'por la cual se deroga un artículo y se modifica la Resolución número 41656 de 2019, por la cual se establecen alternativas técnicas para adelantar el proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)', publicada en el Diario Oficial No. 51.518 de 4 de diciembre de 2020.

### Legislación Anterior

### Texto original de la Resolución 41656 de 2019:

ARTÍCULO 39. Tanto la objeción a las glosas como la subsanación de estas deberán efectuarse solamente mediante los mecanismos de que tratan los artículos anteriores y deberá incluir el número único de solicitud 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 40. RESPUESTA A LA SUBSANACIÓN U OBJECCIÓN DEL RESULTADO DE LA AUDITORÍA PRESENTADA.** <Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 3511 de 2020. El nuevo texto es el siguiente:> La ADRES dará respuesta a la objeción o subsanación al resultado de la auditoría presentada por la entidad recobrante, de conformidad con el cronograma que adopte para el efecto.

**PARÁGRAFO TRANSITORIO.** Las cuentas por servicios y tecnologías no financiadas con la UPC que hayan resultado no aprobadas o aprobadas parcialmente en el proceso de verificación, control y pago realizado a los formatos MYT01 y MYT02, y que sean comunicadas en el cuarto trimestre del 2020, les será aplicable lo dispuesto en los artículos 36 y 37.

### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 3511 de 2020, 'por la cual se deroga un artículo y se modifica la Resolución número 41656 de 2019, por la cual se establecen alternativas técnicas para adelantar el proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)', publicada en el Diario Oficial No. 51.518 de 4 de diciembre de 2020.

### Legislación Anterior



**Texto adicionado por la Resolución :**

**Texto modificado por la Resolución :**

**Texto original de la Resolución 41656 de 2019:**

ARTÍCULO

**ARTÍCULO 40. RESPUESTA A LA OBJECCIÓN O SUBSANACIÓN DEL RESULTADO DE LA AUDITORÍA PRESENTADA.** La ADRES 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 documento. El pronunciamiento que efectúe se considerará definitivo.



**ARTÍCULO 41. REINTEGRO DE RECURSOS.** En el evento en que se observe la presunta apropiación o reconocimiento sin justa causa conforme a lo previsto en el artículo 3o del Decreto número 1281 de 2002, la ADRES adelantará el procedimiento de reintegro de los recursos involucrados de acuerdo con lo establecido en la Resolución número 1716 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifique o sustituya.

### TÍTULO III.

#### PROCESO DE CORRECCIÓN.



**ARTÍCULO 42. ALCANCE.** Para los servicios y tecnologías no financiados con la UPC que hayan sido radicados entre abril de 2018 y la entrada en vigencia de la presente resolución, que se enmarquen en las características del primer segmento, la ADRES aplicará el respectivo proceso de verificación, control y pago de que trata el Capítulo 2 del Título II de la presente resolución.

Para lo anterior, se habilita un proceso de corrección que consiste en el mecanismo mediante el cual las entidades recobrantes corrigen la información reportada en el **Formato MYT01** para ajustarla a las especificaciones descritas en la presente resolución, considerando la información reportada en el anexo de garantía y suministro del módulo de MIPRES.

Para implementar el proceso de corrección, la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES comunicará a las entidades recobrantes el cronograma respectivo en el que deberán presentar la información conforme a las especificaciones señaladas en el artículo 5o de la presente resolución.



**ARTÍCULO 43. CONDICIONES ESPECIALES DE LA INFORMACIÓN.** La información que las entidades recobrantes presenten en el proceso de corrección a que hace alusión el artículo anterior, tendrán las siguientes condiciones especiales:

- a) Se deberá aportar el número de radicación y el ítem que fue asignado en los procesos de radicación realizados entre abril de 2018 y la entrada en vigencia de la presente resolución;
- b) Los servicios y tecnologías no financiados a la UPC deberán presentarse de manera individual, esto es, sin agrupamiento;
- c) La información de los servicios y tecnología que se presenten a este proceso, deben cumplir con los requisitos y validaciones a que hace referencia el artículo 8o de la presente resolución.

**PARÁGRAFO.** En el **Formato MYT-R** a que hace alusión el artículo 6o de la presente resolución, el representante legal o apoderado deberá manifestar bajo la gravedad del juramento que la información corregida sustituye integralmente la correspondiente a los ítems radicados entre abril de 2018 y la entrada en vigencia de la presente resolución.



**ARTÍCULO 44. RESULTADOS.** Una vez se obtenga la certificación de los resultados definitivos, los servicios y tecnologías no financiados con la UPC que hayan superado exitosamente el proceso de SAA quedarán en estado

aprobado; de lo contrario, serán no aprobados y dicho resultado será informado a la correspondiente entidad recobrante.

La Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES informará a cada una de las entidades recobrantes lo siguiente:

a) Los ítems aprobados y en consecuencia los ítems que habiendo sido radicados entre abril de 2018 y la fecha de expedición de la presente resolución, por efecto de la corrección y de su aprobación quedarán con la siguiente anotación en la base de recobros: Este ítem fue aprobado en el proceso de corrección de acuerdo con el artículo 42 de la presente resolución.

b) Los ítems no aprobados y en consecuencia los ítems que habiendo sido radicados entre abril de 2018 y la fecha de expedición de la presente resolución, por efecto de la corrección y de su validación quedarán glosados con la siguiente anotación en la base de recobros: Este ítem no superó las validaciones en el proceso de corrección de acuerdo con la artículo 42 de la presente resolución.

En los cinco días siguientes al recibo de la comunicación, las entidades recobrantes deberán pronunciarse indicando lo siguiente:

a) Confirmará que los ítems presentados no radicados serán objeto de nueva radicación. En caso contrario, deberá indicarlo para que la ADRES proceda con la respectiva anulación;

b) Allegará la relación de los ítems que no serán presentados para trámite por el primer segmento y que en consecuencia harán parte del segundo segmento, por lo tanto, serán objeto del procedimiento previsto en la presente resolución.

**PARÁGRAFO 1o.** Para los servicios y tecnologías que resulten no radicados en el proceso de validaciones, la entidad recobrante podrá realizar los ajustes pertinentes y presentarlos nuevamente en el período de radicación conforme al cronograma previsto en el artículo 42 de la presente resolución.

**PARÁGRAFO 2o.** Los soportes de los que trata el parágrafo 3 del artículo 10 de la presente resolución deberán ser allegados en un término no superior a 48 horas, una vez sea solicitado por parte de la ADRES.



**ARTÍCULO 45. MONTO A RECONOCER Y PAGAR.** Una vez se reciba de parte de las entidades recobrantes la comunicación a la que hace alusión el artículo anterior, se adelantará la ordenación de los valores a reconocer y pagar por cada entidad recobrante, de acuerdo con los resultados obtenidos.

El valor a reconocer y pagar a cada entidad recobrante será equivalente a la suma de los valores reliquidados o ajustados a reconocer y pagar por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC que hayan quedado aprobados en el proceso de corrección.

En el evento en que el valor aprobado sea superior o igual al valor del giro previo realizado por los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC radicados mediante el Formato MYT01 entre abril de 2018 y la fecha de expedición de la presente resolución, la ADRES procederá con su deducción y constituirá, conforme a la metodología que se adopte para el efecto, una provisión para respaldar el giro previo de los servicios y tecnologías que hayan sido radicados mediante el Formato MYT02, hasta la fecha que se generen los resultados definitivos de auditoría; en caso de generarse un excedente se procederá conforme a lo previsto en el siguiente artículo.

En el evento que el valor aprobado sea inferior al giro previo realizado por los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC radicados mediante el Formato MYT01 entre abril de 2018 y la fecha de expedición de la presente resolución, la ADRES procederá con su deducción hasta el monto aprobado y constituirá una cuenta por cobrar por el saldo pendiente. El giro previo de los servicios y tecnologías que hayan sido radicados mediante el Formato MYT02 se mantendrá como una cuenta por cobrar hasta la fecha que se generen los resultados definitivos de auditoría.



**ARTÍCULO 46. GIRO DE RECURSOS.** Con base en la certificación de ordenación del gasto y autorización del giro y previas las deducciones realizadas en el artículo anterior, la Dirección de Gestión de los Recursos Financieros de Salud de la ADRES realizará el giro de los recursos que corresponda a la cuenta bancaria registrada por cada entidad recobrante, IPS, operador logístico de tecnologías en salud, otro proveedor o gestor farmacéutico, según corresponda.

**PARÁGRAFO.** El giro de los recursos de los que trata el presente artículo estará sujeto al Plan Anual Mensualizado

de Caja (PAC), por lo cual los recursos a girar serán determinados de acuerdo con el flujo de ingresos y gastos derivados de la ejecución del presupuesto de la Unidad de Recursos Administrados de la ADRES.



**ARTÍCULO 47. ASPECTOS NO REGULADOS.** En los aspectos no contemplados en el presente título, se aplicarán las disposiciones contenidas en los Capítulos 1 y 2 del Título II de la presente resolución.

#### TÍTULO IV.

#### DISPOSICIONES FINALES.



**ARTÍCULO 48. PRESENTACIÓN DE LAS CUENTAS DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE DICIEMBRE DE 2019.** Las cuentas de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC que se presenten en diciembre de 2019 se regirán por las disposiciones establecidas en la Resolución número 1885 de 2018. En todo caso, las cuentas correspondientes a este período podrán sujetarse a lo señalado en el Título III de la presente resolución.



**ARTÍCULO 49. FORMATOS Y ANEXOS TÉCNICOS.** La Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES podrá actualizar los formatos y anexos técnicos adoptados en la presente resolución, evento en el cual realizará la respectiva publicación en la página web de la entidad.



**ARTÍCULO 50. VIGENCIA Y DEROGATORIA.** 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 15 de noviembre de 2019.

La Directora General,

**Cristina Arango Olaya.**

#### ANEXO 1.

#### ANEXOS TÉCNICOS – ARCHIVOS TXT

**1. ANEXO TÉCNICO MYT 01:** Corresponde al anexo técnico a través del cual se reportan los servicios y tecnologías no financiados por la UPC, que fueron prescritos por un profesional de la salud a través de MIPRES o autorizados por un Comité Técnico Científico, si aplica. El anexo técnico se compone de dos archivos txt que corresponden a:

- i) **Encabezado:** en el cual se deben diligenciar once (11) campos con el resumen del servicio o tecnología no financiado con la UPC.
- ii) **Detalle:** en donde se deben diligenciar setenta (70) campos con el detalle los servicios y tecnologías no financiados por la UPC.

#### 1.1 Consideraciones generales

Las entidades recobrantes en el momento de diligenciar los archivos, deberán tener en cuenta las siguientes precisiones:

- a. El número de prescripción que genera el aplicativo MIPRES deberá diligenciarse en el campo No 15. "NumActaCTC".
- b. La fecha de la prescripción de MIPRES se debe diligenciar en el campo No. 16 "FecActa".
- c. El número de Juntas de Profesionales de la salud, si aplica, deberá diligenciarse en el campo No. 63 "NitProveedorPrest".

- d. El número de identificación del suministro (ID suministro) que se registra en el módulo de MIPRES designado para tal fin, se deberá reportar en el campo No 64 "NombreProveedorPrest".
- e. La entidad recobrante deberá especificar el tipo de auditoría de acuerdo con los segmentos descritos en el artículo 9 de la Resolución, así: i) para el segmento 1 deberá registrar el número cero (0) y, ii) para el segmento 2 deberá registrar el número uno (1). La información se debe ingresar en el campo No 65 "NumFacturaProveedorPrest".
- f. Todos los archivos deben presentarse en formato texto, ASCII, con coma, como separador de campos.
- g. Todos los valores numéricos que presenten decimal no deben traer separador de miles, y el separador decimal debe ser punto (.).
- h. Cuando la entidad presente solicitudes derivadas del proceso de corrección de manera obligatoria deberá marcar el campo 3 como "reingreso".
- i. Cuando la entidad presente solicitudes derivadas del proceso de corrección, de manera obligatoria deberá allegar el número de radicación asignado en la primera presentación, así como el número del ítem. La anterior información se diligenciará en los campos 4 y 61 respectivamente.

## **1.2 Estructura de los archivos**

### **1.2.1 Archivo detalle**

#### **a. Nombramiento del archivo**

El archivo deberá ser nombrados de la siguiente manera:

**EEEEEMCCCCCCCCCCCC01.TXT**

En donde:

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

**M=** Indica que el archivo corresponde a los servicios y tecnologías no financiados por la UPC, que fueron prescritos por un profesional de la salud a través de MIPRES o autorizados por un Comité Técnico Científico, si aplica

**CCCCCCCCCCCC** = Número de consecutivo interno asignado por la entidad recobrante.

**01:** Tipifica el archivo como servicios y tecnologías no financiados por la UPC que fueron prescritos por un profesional de la salud a través de MIPRES o autorizados por un Comité Técnico Científico, si aplica

#### **b. Especificaciones del archivo detalle**

##### **I. Datos del recobro**

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño	Observación
1	NroConsecutivo	Número consecutivo interno para radicación del servicio o tecnología no financiado con la UPC asignado por la entidad recobrante	Corresponde al número interno asignado por la entidad recobrante	Numérico	13	Obligatorio
2	NroConsecutivoRecobro	Número consecutivo del recobro asignado por la entidad recobrante	Corresponde al número consecutivo del recobro asignado por la entidad recobrante	Numérico	13	Obligatorio
3	TRadicación	Número de tipo de radicación	Corresponde al tipo de recobro: I. Nuevo=1 II. Reingreso=2	Numérico	1	Obligatorio
4	NroRadicionAnt	Número de radicación anterior	Corresponde al número inmediatamente anterior dado al recobro	Numérico	15	Se debe diligenciar si en el campo "TRadicación" se registra Reingreso es decir "2".

## II. Datos de la entidad recobrante

5	CodEPS	Código SNS de la entidad recobrante	De acuerdo con la codificación de la SNS	Texto	6	Obligatorio
---	--------	-------------------------------------	--	-------	---	-------------

## 2. III. Datos del afiliado

6	Tipdocafiliado	Tipo de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A o en MIPRES	Texto	2	Obligatorio
7	Numdocafiliado	Número de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A en MIPRES	Texto	16	Obligatorio
8	PrimerApellido	Primer apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A o en MIPRES	Texto	30	Obligatorio

9	SegundoApellido	Segundo apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A o en MIPRES	Texto	30	No es obligatorio
10	PrimerNombre	Primer nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A o en MIPRES	Texto	30	Obligatorio
11	SegundoNombre	Segundo nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDU A	Texto	30	No es obligatorio
12	TipoAfilacion	Tipo de afiliado	Condición del afiliado al momento de la prestación del servicio C=Cotizante, B=Beneficiario	Texto	1	Obligatorio
13	Nivcuota	Nivel de la cuota moderadora o copago	A, B, C, E=Exento	Texto	1	Obligatorio

## IV. Detalle del recobro



14	NroItem	Número del ítem	Corresponde con el número consecutivo dado por la entidad recobrante a cada ítem que conforma el recbro	Numérico	4	Obligatorio
15	NumActaCTC	Número del MIPRES o Acta de CTC cuando aplique	De acuerdo con lo reportado por la entidad	Texto	20	Obligatorio
16	FecActa	Fecha del MIPRES o del CTC cuando aplique	Fecha de elaboración del MIPRES o del Acta de CTC, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10	Obligatorio
17	FecSolicitud	Fecha solicitud del médico	Fecha de solicitud del medicamento por parte del médico tratante, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10	Obligatorio
18	Periódico	Indicador de periodicidad del recbro	S=Si, N=No	Texto	1	Obligatorio
19	Messuministro	Mes del periodo suministrado	Los dos dígitos del mes al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	2	Obligatorio, 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	Obligatorio, Si en el campo Periódico se registra SI
21	NumEntrega	Número de entrega cuando es periódico	Corresponde al número de entrega cuando es periódico	Numérico	3	Obligatorio, si en el campo Periódico se registra SI
22	NumFactura	Número de la factura del prestador o proveedor	De acuerdo con la factura del prestador o proveedor	Texto	20	Obligatorio
23	FecPrestaServ	Fecha de la prestación del servicio	De acuerdo con la fecha de prestación de acuerdo con lo informado por la entidad, formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10	Obligatorio
24	FecRadFact	Fecha de radicación de la factura por parte del prestador del servicio ante la entidad recobrante	De acuerdo con lo informado por la entidad, formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10	Obligatorio
25	CodDiag	Código de diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	De acuerdo con lo informado en el MIPRES o Acta de CTC	Texto	7	Obligatorio
26	Porsemanas	Porcentaje de semanas	Porcentaje de semanas cotizadas	Numérico	3 dígitos, 2 decimales	Obligatorio
27	NitProveedor	Nit del prestador o proveedor	Número de identificación tributaria del prestador o proveedor	Texto	20	Obligatorio
28	NombreProveedor	Nombre del proveedor del medicamento	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	200	Obligatorio



29	CodMedSerPrest	Código del servicio o la tecnología no financiada con la UPC	De acuerdo con lo establecido en el numeral 4 del artículo 5.	Texto	30	Obligatorio
30	NomMedSerPrest	Nombre del servicio o la tecnología no financiada con la UPC	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	300	Obligatorio
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=DBIO. Producto Biológico=PBIO.	Texto	4	Obligatorio
32	Canministro	Cantidad suministrada ítem	Cantidad suministrada del servicio o la tecnología no financiada con la UPC	Numérico	4	Obligatorio
33	VirUnit	Valor unitario del servicio suministrado	Valor unitario del servicio o la tecnología no financiada con la UPC de acuerdo con la información de la factura o documento equivalente	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio
34	VirTotal	Valor Total del servicio suministrado	Valor total del servicio o la tecnología no financiada con la UPC de acuerdo con la información de la factura o documento equivalente	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio
35	Vircotcop	Valor cuota moderadora o copago	Valor de la cuota moderadora o copago si aplica	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio NA: Incluya cero (0)
36	Virrecobrado	Valor recobrado	Valor del recobro presentado por la entidad recobrante	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio

#### 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 recobrante a cada ítem que conforma el recobro	Numérico	4	Obligatorio
38	NomMedSerPrestI	Nombre del servicio o la tecnología no financiada con la UPC	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	300	Obligatorio
39	Presentacion	Presentación del servicio o la tecnología no financiada con la UPC	Presentación del servicio o la tecnología no financiada con la UPC	Texto	50	Obligatorio
40	FrecUso	De acuerdo con lo reportado en el MIPRES o en el Acta de CTC.	De acuerdo con lo reportado en el MIPRES o en el Acta de CTC.	Numérico	3 dígitos, 2 decimales	Obligatorio
41	DiasAutorizados	De acuerdo con lo reportado en el MIPRES o en el Acta de CTC.	De acuerdo con lo reportado en el MIPRES o en el Acta de CTC.	Numérico	3	Obligatorio
42	Cansuministroll	Cantidad suministrada ítem	Cantidad suministrada del servicio o la tecnología no financiada con la UPC	Numérico	4	Obligatorio
43	VirUnitI	Valor unitario del servicio suministrado	Valor unitario del servicio o la tecnología no financiada con la UPC de acuerdo con la información de la factura o documento equivalente	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio
44	VirTotalI	Valor Total del servicio suministrado	Valor total del servicio o la tecnología no financiada con la UPC de acuerdo con la información de la factura o documento equivalente	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio

45	CodMedSerPrestSimilar	Código del servicio o la tecnología similar incluido en el plan de beneficios que sustituye el servicio o la tecnología no financiado con recursos de la UPC	De acuerdo con lo reportado en el MIPRES o en el Acta de CTC.	Texto	30	Obligatorio, si existe sustituto en el Plan de Beneficios
46	NomMedSerPrestSimilar	Nombre del servicio o la tecnología similar incluido en el plan de beneficios que sustituye el servicio o la tecnología no financiado con recursos de la UPC	De acuerdo con lo reportado en el MIPRES o en el Acta de CTC.	Texto	300	Obligatorio, si existe sustituto en el Plan de Beneficios
47	FrecUsoll	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrannte	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrannte	Númerico	3 dígitos, 2 decimales	Obligatorio, si existe sustituto en el Plan de Beneficios
48	TiempoDias	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrannte	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrannte	Númerico	3	Obligatorio, si existe sustituto en el Plan de Beneficios
49	Cansuministroll	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrannte	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrannte	Númerico	4	Obligatorio, si existe sustituto en el Plan de Beneficios
50	VirUnitill	Valor unitario del servicio que sustituye o similar	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Númerico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio, si existe sustituto en el Plan de Beneficios
51	VirTotall	Valor Total del servicio que sustituye o similar	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Númerico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio, si existe sustituto en el Plan de Beneficios

## 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	Numérico	3	No es obligatorio
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	Numérico	3	No es obligatorio
54	Facturaproveedor(No. Doc)	Cantidad de facturas	Corresponde a la cantidad de facturas que se adjuntan al recobro	Numérico	3	No es obligatorio
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	Numérico	3	No es obligatorio
56	Formulamédica (No. Doc)	Cantidad de fórmulas médicas	Corresponde a la cantidad de fórmulas médicas del servicio que se adjuntan al recobro	Numérico	3	No es obligatorio
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	Numérico	3	No es obligatorio
58	SoporteServicio (No. Doc)	Cantidad de documentos anexos al recobro	Corresponde a la cantidad de documentos que se adjuntan en el recobro y son distintos del numeral 52, 54 y 56 de este anexo	Numérico	3	No es obligatorio
59	SoporteServicio (No. Folios)	Cantidad de folios que evidencien la entrega del medicamento	Corresponde a la cantidad de folios de los documentos que se adjuntan en el recobro y	Numérico	3	No es obligatorio

			son distintos del numeral 53, 55 y 57 de este anexo			
60	Totales (No. Doc)	Cantidad total de documentos	Corresponde a la suma de las cantidades de documentos que se adjuntan	Numérico	4	No es obligatorio
61	Totales (No. Folios)	No de ítem anterior del recobro	Corresponde al número de ítem del recobro de cuando se diligencie el campo NoRadAnterior.en el evento en que se presenten solicitudes en el marco del título III. Proceso de corrección.	Numérico	4	Obligatorio cuando se diligencie el campo NoRadAnterior.  Este campo aplica cuando se presenten solicitudes en el marco del título III. Proceso de corrección.

#### 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.	Númerico	8	Si, Si no se está(n) anexando acta(s) de CTC
63	NitProveedorPrest	Número de Juntas de Profesionales de la salud	Corresponde al número de Juntas de Profesionales de la salud asignado en MIPRES	Texto	20	Obligatorio, si la solicitud se deriva de un MIPRES y surtió el trámite de JPS
64	NombreProveedorPrest	Número de identificación del suministro (ID suministro) que se genera en MIPRES	Corresponde al número de identificación del suministro (ID suministro) que se registra en el MIPRES	Texto	200	Obligatorio, si la solicitud se deriva de un MIPRES.
65	NumFacturaProveedorPrest	Corresponden al Tipo de auditoría de acuerdo con los segmentos descritos en el artículo 7 de la Resolución 41656 de 2019 de la ADRES	Se debe registrar: 0: Segmento uno 1: Segmento dos	Texto	20	Obligatorio
66	CodMedProveedorPrest	Código del medicamento	Medicamentos: Código CUM=expediente-consecutivo-ATC	Texto	30	No es obligatorio
67	NomMedProveedorPrest	Nombre del medicamento	Nombre del Medicamento correspondiente a la variable o campo Producto de la tabla CUMS del INVIMA.	Texto	300	No es obligatorio
68	VlrUnitIIProveedorPrest	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	Númerico	13 dígitos más 2 decimales	No es obligatorio
69	VlrTotalIProveedorPrest	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	Númerico	13 dígitos más 2 decimales	No es obligatorio
70	Factura tiene constancia de Pago	Indica si la factura o documento equivalente fue pagada o no al proveedor del servicio o la tecnología en salud no financiada con la UPC	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	Númerico	2	Obligatorio

## 1.2.2 Archivo encabezado

### a. Nombramiento del archivo

El archivo deberá ser nombrados de la siguiente manera:

**EEEEEDDMMAAAACCCCCCCCCCCC.TXT**

En donde:

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

**DD**= Corresponde al último día del mes en el cual se está efectuando la radicación **MM** = Corresponde mes en el cual se está efectuando la radicación

**AAAA**: Corresponde al año en el cual se está efectuando la radicación

**CCCCCCCCCCCC**=Número de consecutivo para radicaciones de entidad

**a. Especificaciones técnicas**

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño	Obligatoriedad
1	NroConsecutivo	Número consecutivo interno para radicación del servicio o tecnología no financiado con la UPC asignado por la entidad recobrante	Corresponde al número interno asignado por la entidad recobrante	Numérico	13	Obligatorio
2	NroConsecutivoRecolbro	Número consecutivo del recobro asignado por la entidad recobrante	Corresponde al número consecutivo del recobro asignado por la entidad	Numérico	13	Obligatorio
3	PrimerApellido	Primer apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	Texto	30	Obligatorio
4	SegundoApellido	Segundo apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	Texto	30	No es Obligatorio
5	PrimerNombre	Primer nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	Texto	30	Obligatorio
6	SegundoNombre	Segundo nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	Texto	30	No es obligatorio
7	Tipodocafiliado	Tipo de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	Texto	2	Obligatorio
8	Numdocafiliado	Número de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	Texto	16	Obligatorio
9	TRegimen	Número de tipo de régimen	Corresponde al tipo de régimen: Contributivo=1 Subsidiado=2 Otro Régimen: 3	Numérico	1	Obligatorio
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	Obligatorio
11	ValorTotalRecobro	Valor del recobro	Valor del recobro	Numérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio

**2. ANEXO TÉCNICO MYT 02:** Corresponde al anexo técnico a través del cual se reportan los servicios y tecnologías no financiados por la UPC, que fueron ordenados por un fallo de tutela. El anexo técnico se compone de dos archivos txt que corresponden a:

**i) Encabezado:** en el cual se deben diligenciar once (11) campos con el resumen del servicio o tecnología no financiado con la UPC.

**ii) Detalle:** en el cual se deben diligenciar setenta y tres (73) campos con el detalle los servicios y tecnologías no financiados por la UPC.

**2.1 Consideraciones generales**



Las entidades recobrantes en el momento de diligenciar los archivos deberán tener en cuenta las siguientes precisiones:

- a. El número de prescripción que genera el aplicativo módulo MIPRES Tutela deberá diligenciarse en el campo No 66. "NitProveedorPrest".
- b. El número de identificación del suministro (ID suministro) que se registra en el módulo de MIPRES designado para tal fin, se deberá reportar en el campo No 67 "NombreProveedorPrest".
- c. La entidad recobrante deberá especificar el tipo de auditoría de acuerdo con los segmentos descritos en el artículo 9 de la Resolución, así: i) para el segmento 1 deberá registrar el número cero (0) y, ii) para el segmento 2 deberá registrar el número uno (1). La información se debe ingresar en el campo No 68 "NumFacturaProveedorPrest".
- d. Todos los archivos deben presentarse en formato texto, ASCII, con coma, como separador de campos.
- e. Todos los valores numéricos que presenten decimal no deben traer separador de miles, y el separador decimal debe ser punto (,).

## 2.2 Estructura de los archivos

### 2.2.1 Archivo detalle

#### a. Nombramiento del archivo

El archivo deberá ser nombrados de la siguiente manera:

**EEEEETCCCCCCCCCCCC02.TXT**

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

**T** Indica que el archivo corresponde a los servicios y tecnologías no financiados por la UPC, que fueron ordenados por un fallo de tutela.

**CCCCCCCCCCCC**= Número de consecutivo interno asignado por la entidad recobrante.

**02**= Tipifica el archivo como servicios y tecnologías no financiados por la UPC que fueron ordenados por un fallo de tutela.

#### b. Especificaciones del archivo detalle

##### I. Datos del recobro

Consecutivo o campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño	Obligatoriedad

##### I. Datos del recobro

1	NroConsecutivo	Número consecutivo interno para radicación del servicio o tecnología no financiado con la UPC asignado por la entidad recobrante	Corresponde al número interno asignado por la entidad recobrante	Numérico	13	Obligatorio
2	NroConsecutivoRecobro	Número consecutivo del recobro	Corresponde al número consecutivo del recobro establecido por la entidad reclamante	Numérico	13	Obligatorio
3	TRadicación	Número de tipo de radicación	Corresponde al tipo de recobro: Nuevo=1 Reingreso=2	Numérico	1	Obligatorio
4	NroRadicaionAnt	Número de radicación anterior	Corresponde al número inmediatamente anterior dado al recobro	Numérico	15	Se debe diligenciar si en el campo "TRadicación" se registra Reingreso es decir "2".

## II. Datos de la entidad

5	CodEPS	Código SNS de la entidad recobrante	De acuerdo con la codificación de la SNS	Texto	5	Obligatorio
---	--------	-------------------------------------	--	-------	---	-------------

## III. Datos del afiliado

6	Tipdocafiliado	Tipo de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	Texto	2	Obligatorio
7	Numdocafiliado	Número de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	Texto	16	Obligatorio
8	PrimerApellido	Primer apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	Texto	30	Obligatorio
9	SegundoApellido	Segundo apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	Texto	30	No es Obligatorio
10	PrimerNombre	Primer nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	Texto	30	Obligatorio
11	SegundoNombre	Segundo nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	Texto	30	No es obligatorio
12	TipoAfilacion	Tipo de afiliado	Condición del afiliado al momento de la prestación del servicio C=Cotizante, B=Beneficiario, S=Subsidiado, O=otro	Texto	1	Obligatorio
13	Nivcuota	Nivel de la cuota moderadora o copago	A, B, C, E=Exento	Texto	1	Obligatorio, 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	Obligatorio, 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 recobrannte a cada ítem que conforma el recobro	Numérico	4	Obligatorio
16	NumFallo	Número del fallo de tutela	De acuerdo con lo reportado por la entidad	Texto	30	Obligatorio
17	FecFallo	Fecha del fallo de tutela	Fecha del fallo, formato DD/MM/AAAA	Fecha	10	Obligatorio
18	Numautoridadjudicial	número del juzgado	Corresponde al número del juzgado	Texto	20	Obligatorio

19	Tipautoridadjudicial	autoridad judicial	Corresponde al tipo de juzgado	Texto	100	Obligatorio
20	Ubautoridadjudicial	Código del Municipio donde se encuentra ubicada la autoridad judicial	De acuerdo con la codificación del DANE: departamento y municipio	Texto	5	Obligatorio
21	CodCausarecobro	Código de la causa de la tutela	De acuerdo con lo establecido en el formato MYT-R.	Texto	2	Obligatorio
22	FecSolicitud	Fecha solicitud del médico	Fecha de solicitud del medicamento por parte del médico tratante, formato DDMM/AAAA	Fecha	10	Obligatorio
23	Periodico	Indicador de periodicidad del recobro	S=Si, N=No	Texto	1	Obligatorio
24	Messuministro	Mes del periodo suministrado	Los dos dígitos del mes al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	2	Obligatorio, si en el campo Periódico se registra SI
25	Añosuministro	Año del periodo suministrado	Los cuatro dígitos del año al cual corresponde el suministro, cuando es periódico	Texto	4	Obligatorio, 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	Obligatorio, si en el campo Periódico se registra SI
27	NumFactura	Número de la factura del prestador o proveedor	De acuerdo con la factura del prestador o proveedor	Texto	20	Obligatorio
28	FecPrestaServ	Fecha de la prestación del servicio	De acuerdo con lo informado por la entidad, formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10	Obligatorio
29	FecRadFact	Fecha de radicación de la factura por parte del prestador del servicio ante la entidad recobranante	De acuerdo con lo informado por la entidad, formato: DD/MM/AAAA	Fecha	10	Obligatorio
30	CodDiag	Código de diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades vigente.	De acuerdo con lo informado en el MIPRES o Acta de CTC	Texto	7	Obligatorio
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 o proveedor	Número de identificación tributaria del prestador o proveedor	Texto	20	Obligatorio
33	NombreProveedor	Nombre del proveedor del medicamento	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	200	Obligatorio
34	CodMedSerPrest	Código del servicio o la tecnología no financiada con la UPC	De acuerdo con lo establecido en el numeral 4 del artículo 5.	Texto	30	Obligatorio
35	NomMedSerPrest	Nombre del servicio o la tecnología no financiada con la UPC	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	300	Obligatorio
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	Obligatorio
37	Consuministro	Cantidad suministrada ítem	Cantidad suministrada del del servicio o la tecnología no financiada con la UPC	Número	4	Obligatorio

38	VlrUnit	Valor unitario del servicio suministrado	Valor unitario del servicio o la tecnología no financiada con la UPC de acuerdo con la información de la factura o documento equivalente	Númérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio
39	VlrTotal	Valor Total del servicio suministrado	Valor total del servicio o la tecnología no financiada con la UPC de acuerdo con la información de la factura o documento equivalente	Númérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio
40	VlrCuotCoprecup	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	Númérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio NA: Incluya cero (0)
41	Vlrrecobrado	Valor recobrado	Valor del recobro presentado por la entidad recobrante	Númérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio

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



42	Nroiemill	Valor del recobro presentado por la entidad recobrante	Valor del recobro presentado por la entidad recobrante	Númérico	4	Obligatorio
43	NomMedSerPrestI	Nombre del servicio o la tecnología no financiada con la UPC	De acuerdo con lo informado por la entidad	Texto	300	Obligatorio
44	Presentacion	Presentación del servicio o la tecnología no financiada con la UPC	Presentación del servicio o la tecnología no financiada con la UPC	Texto	50	Obligatorio
45	DosisUso	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrante	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrante	Númérico	3 dígitos, 2 decimales	Obligatorio
46	DiasAutorizados	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrante	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrante	Númérico	3	Obligatorio
47	Canministroll	Cantidad suministrada item	Cantidad suministrada del del servicio o la tecnología no financiada con la UPC	Númérico	4	Obligatorio
48	VlrUnidI	Valor unitario del servicio suministrado	Valor unitario del servicio o la tecnología no financiada con la UPC de acuerdo con la información de la factura o documento equivalente	Númérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio
49	VlrTotall	Valor Total del servicio suministrado	Valor total del servicio o la tecnología no financiada con la UPC de acuerdo con la información de la factura o documento equivalente	Númérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio
50	CodMedSerPrestS imilar	Código del servicio o la tecnología similar incluido en el plan de beneficios que sustituye el servicio o la tecnología no financiado con recursos de la UPC	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrante.	Texto	30	Obligatorio, si existe sustituto en el Plan de Beneficios
51	NomMedSerPrest Similar	Nombre del similar incluido en el plan de beneficios que sustituye el servicio o la tecnología no financiado con recursos de la UPC	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrante.	Texto	300	Obligatorio, si existe sustituto en el Plan de Beneficios
52	DosisUsoll	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrante	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrante	Númérico	3 dígitos, 2 decimales	Obligatorio, si existe sustituto en el Plan de Beneficios
53	TiempoDias	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrante	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrante	Númérico	3	Obligatorio, si existe sustituto en el Plan de Beneficios

54	CanministrollI	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrante	De acuerdo con lo reportado por la entidad recobrante	Númérico	4	Obligatorio, si existe sustituto en el Plan de Beneficios
55	VlrUnidII	Valor unitario del servicio que sustituye o similar	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Númérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio, si existe sustituto en el Plan de Beneficios
56	VlrTotallI	Valor Total del servicio que sustituye o similar	Valor total del medicamento, servicio médico o prestación de salud	Númérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio, si existe sustituto en el Plan de Beneficios

## V. Declaración de la entidad



57	CopiaFallo(No.Doc)	Cantidad de fallos de tutelas	Corresponde a la cantidad de fallos de tutelas	Númérico	3	No es obligatorio
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	Númérico	3	No es obligatorio
59	Factura proveedor (No. Doc)	Cantidad de facturas	Corresponde a la cantidad de facturas que se adjuntan al recobro	Númérico	3	No es obligatorio
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	Númérico	3	No es obligatorio
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	Númérico	3	No es obligatorio
62	SoporteServicio(No.Folios)	Cantidad de folios que evidencien la entrega del medicamento	Corresponde a la cantidad de folios de los documentos que se adjuntan en el recobro y son distintos del numeral 58 y 60 de este anexo	Númérico	3	No es obligatorio
63	Totales (No. Doc)	Cantidad total de documentos	Corresponde a la suma de las cantidades de documentos que se adjuntan	Númérico	4	No es obligatorio
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	Númérico	4	No es obligatorio

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

65	No Radicación recobro anterior (FormatoMYT-02V)	Número de radicación del formato MYT-01V	Corresponde al número de radicación anterior donde reposa la copia del fallo de tutela.	Númérico	8	Si aplica
----	---	--	---	----------	---	-----------

#### 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 asignado por el módulo de MIPRES Tutelas	Texto	20	Obligatorio, cuando se diligencia MIPRES.
67	NombreProveedorPrest	Número de identificación del suministro (ID suministro) que se registra en el módulo de MIPRES	Corresponde al número de identificación del suministro (ID suministro) que se registra en el módulo de MIPRES	Texto	200	Obligatorio
68	NumFacturaProveedorPrest	Corresponden al Tipo de auditoria de acuerdo con los segmentos descritos en el artículo 7	Se debe registrar: 0: Segmento uno 1: Segmento dos	Texto	20	Obligatorio
69	CodMedProveedorPrest	No de item anterior del recobro	Corresponde al número de item del recobro anterior de acuerdo con el campo NoRadAnterior	Texto	30	Obligatorio cuando se diligencie el campo NoRadAnterior
70	NomMedProveedorPrest	Nombre del medicamento,	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 item	Valor unitario del medicamento, servicio médico o prestación de salud, según la factura del proveedor del prestador del servicio	Númérico	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	VlrTotalProveedorPrest	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	N Numérico	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	Indica si la factura o documento equivalente, fue pagada o no al proveedor del servicio o la tecnología en salud no financiada con la UPC	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	N Numérico	2	Si

### 1.2.3 Archivo encabezado

#### b. Nombramiento del archivo

El archivo deberá ser nombrados de la siguiente manera:

**EEEEEDDMMAAAACCCCCCCCCCCC.TXT**

En donde:

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

**DD**= Corresponde al último día del mes en el cual se está efectuando la radicación

**MM** = Corresponde mes en el cual se está efectuando la radicación

**AAAA:** Corresponde al año en el cual se está efectuando la radicación

**CCCCCCCCCCCC**=Número de consecutivo para raditaciones de entidad

#### b. Especificaciones técnicas

Consecutivo campo	Campo	Descripción	Rango de Valor	Tipo	Tamaño	Obligatoriedad
1	NroConsecutivo	Número consecutivo interno para radicación del servicio o tecnología no financiado con la UPC asignado por la entidad recobrannte	Corresponde al número interno asignado por la entidad recobrannte	N Numérico	13	Obligatorio
2	NroConsecutivoRecobro	Número consecutivo del recobro asignado por la entidad recobrannte	Corresponde al número consecutivo del recobro asignado por la entidad	N Numérico	13	Obligatorio
3	PrimerApellido	Primer apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	T Texto	30	Obligatorio
4	SegundoApellido	Segundo apellido del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	T Texto	30	No es Obligatorio
5	PrimerNombre	Primer nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	T Texto	30	Obligatorio
6	SegundoNombre	Segundo nombre del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	T Texto	30	No es obligatorio
7	Tipdocafiliado	Tipo de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	T Texto	2	Obligatorio
8	Numdocafiliado	Número de documento de identidad del afiliado	De acuerdo con la información registrada en la BDUA o en MIPRES	T Texto	16	Obligatorio
9	TRegimen	Número de tipo de régimen	Corresponde al tipo de régimen: Contributivo=1	N Numérico	1	Obligatorio

			Subsidiado=2 Otro Régimen: 3			
10	CodigoCausaRecobro	Codigo 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 victimas del conflicto 09. Medicamentos, servicios médicos, y prestaciones de salud no pos-ctc a victimas del conflicto armado	Texto	2	Obligatorio
11	ValorTotalRecobro	Valor del recobro	Valor del recobro	Númérico	13 dígitos, más 2 decimales	Obligatorio

## ANEXO 2.

### METODOLOGÍA DE GIRO PREVIO

El presente anexo desarrolla la metodología señalada en el artículo 27 para el cálculo del giro previo como mecanismo para garantizar el flujo de los recursos a las entidades recobrantes por la prestación de los servicios y las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC.

#### CONDICIONES INICIALES

1. La entidad recobrante que quiera acogerse al mecanismo del giro previo debe contar con al menos un periodo de radicación, en los últimos doce meses consecutivos con resultado de auditoría de los cobros radicados por MYT01 y MYT02 con que cuenta la ADRES. Lo anterior dado que la metodología basa sus resultados en la determinación de un nivel de confianza según glosa estimada.
2. La glosa estimada se determina a partir del promedio y la desviación estándar de las glosas por la entidad recobrante y por tipo de radicación MYT01 (cobros originados por CTC/MIPRES) y MYT02 (Cobros originados por fallo de tutela).

#### ELEMENTOS QUE CONSIDERA LA METODOLOGÍA DEL GIRO PREVIO

1. **Porcentaje de glosa (G):** Consiste en calcular la proporción entre el valor de los cobros no aprobados y anulados, y el valor recobrado en cada período. Este cálculo se realiza por entidad recobrante y por tipo de radicación, es decir, se determina la proporción con base en la radicación efectuada mediante los anexos técnicos MYT01 y MYT02.

Se entiende por período, el conformado por todos los cobros radicados en un mes por la línea corriente cuyo proceso de auditoría se encuentre finalizado.

2. **Porcentaje de glosa histórica (G1):** Consiste en calcular el promedio simple del porcentaje de glosa de los últimos doce meses con resultado de auditoría por parte de la entidad recobrante.

Cuando la ADRES no cuente con resultado de auditoría, considerará para todas las entidades recobrantes el último año corrido con procesos de auditoría finalizados.

3. **Desviación estándar:** Corresponde a la dispersión de los porcentajes de glosa de cada período calculado por entidad recobrante.

4. **Valor recobrado en el período:** Corresponde al valor presentado por la entidad recobrante en el período para el cual se va a efectuar el cálculo del giro previo.

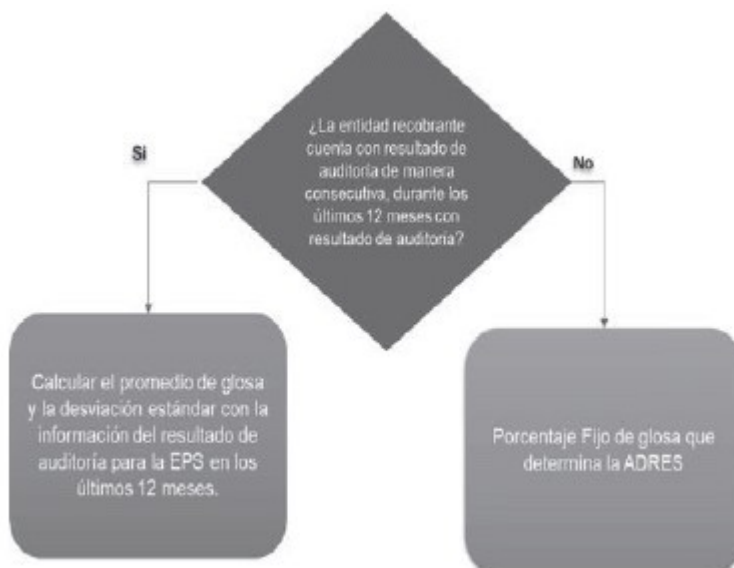
5. **Base del giro previo (B).** Se considera como base del giro previo el valor recobrado en el período excluyendo de dicho valor, los cobros anulados, presuntos duplicados, presuntos prescritos, así como cobros que crucen con las

bases de datos de Fiscalía, SNS y reintegros, identificados del universo que corresponda al valor recobrado en el período.

## PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA

El procedimiento presentado en el Gráfico 1, aplica criterios simples de asignación de porcentaje de glosa estimada, según el riesgo inherente al pago, determinado por la historia de recobros de la entidad recobrante, así.

**Gráfico 1. Metodología giro previo segundo segmento**



La aplicación de metodología se hace en dos casos posibles.

### **a. Entidad recobrante con información completa de resultados de auditoría para los últimos doce meses**

En este caso para determinar la glosa histórica se aplica el cálculo usual del promedio y la desviación estándar por entidad recobrante para determinar la glosa estimada.

Para lo cual se aplicará la siguiente fórmula:

$$GP = (1 - G^1) * B$$

En donde,

GP = Giro previo

$G^1$  = Corresponde al promedio de glosa de los últimos doce meses más una desviación estándar por entidad recobrante

B = Base del giro previo

### **b. Entidad recobrante sin información completa para los últimos doce meses con resultado de auditoría.**

Considerando que no existe información suficiente de la respectiva entidad recobrante se determina una glosa estimada fija con base en un criterio de riesgo de pago previo.

La glosa estimada fija se calcula mediante los percentiles de la distribución de glosa histórica de las demás entidades recobrantes para las que se cuenta con información de los últimos doce meses. Se toma como valor fijo el percentil 80 de la distribución por tipo de radicación, considerando que a partir de este percentil se ubican los porcentajes de glosa más altos de las entidades recobrantes y que estos son el mayor riesgo aceptable definido por ADRES para el pago de giro previo a una entidad recobrante ubicada en este grupo. La fórmula a aplicar para este universo es:

$$GP = (1 - G^1) * B$$

En donde,



GP = Giro previo

$G^1$  = Corresponde al percentil 80 de la distribución de glosa histórica de todas las entidades recobrantes para las que se cuenta con información de los 12 períodos con resultado de auditoría.

B = Base del giro previo

## **DESCUENTO DEL GIRO PREVIO EN EL REZAGO**

Una vez generados los resultados del primer segmento y previo al giro, se debe calcular una provisión que permita cubrir posibles resultados negativos, una vez se cuente con los resultados de auditoría del segundo segmento.

Para calcular dicha provisión se debe tener en cuenta lo siguiente:

1. Proyectar la aprobación del segundo segmento, teniendo en cuenta que los porcentajes de aprobación para tutelas son diferentes a los demás. En particular, lo que no hace referencia a tutelas se calcula con el promedio histórico de aprobación de este grupo por entidad recobrante y para tutelas se calcula el porcentaje de aprobación promedio por entidad recobrante desde enero de 2017 a marzo de 2018, a este porcentaje se le descuenta la desviación estándar de dichos porcentajes y se aplica el porcentaje definitivo a la radicación.

2. A la suma de la aprobación observada del primer segmento y a la proyectada del segundo segmento, se le descuentan los giros previos efectuados, bien sea vía anticipos o vía acuerdos de pago.

3. Una vez se obtiene el valor total estimado a reconocer por entidad recobrante en ambos segmentos, se calcula la provisión de acuerdo con los siguientes criterios:

3.1. Si el valor estimado a reconocer por entidad recobrante es positivo, la provisión será cero.

3.2. Si el valor estimado a reconocer por entidad recobrante es negativo, la provisión será equivalente a la diferencia.

Finalmente, al valor aprobado del primer segmento se le deben descontar los giros previos efectuados diferentes a tutelas y la provisión a que haya lugar, este resultado será el valor definitivo a girar.

Cuando se cuente con los resultados del segundo segmento se debe descontar el pago previo y acuerdos de pago que no fueron objeto de descuento en el giro del primer segmento, teniendo en cuenta:

1. Si hubo lugar a provisión, y los resultados finales (primer y segundo segmento) son positivos, debe girarse además del resultado del segundo segmento después de descuentos, la provisión.

2. Si hubo lugar a provisión, y los resultados finales son negativos, la provisión debe usarse para cubrir el resultado negativo, hasta donde el valor lo permita y de ser necesario debe constituirse una cuenta por cobrar por concepto de reintegros con el valor negativo que exceda dicha legalización.



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.  
Normograma del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA  
n.d.  
Última actualización: 30 de agosto de 2024 - (Diario Oficial No. 52.847 - 13 de agosto de 2024)

