

## RESOLUCIÓN 458 DE 2013

(febrero 22)

Diario Oficial No. 48.712 de 22 de febrero de 2013

### MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

<NOTA DE VIGENCIA: Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>

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

#### Resumen de Notas de Vigencia

##### NOTAS DE VIGENCIA:

- Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013, 'por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 49.016 de 27 de diciembre de 2013.
- Modificada por la Resolución 3877 de 2013, 'por la cual se modifica la Resolución 458 de 2013', publicada en el Diario Oficial No. 48.930 de 1 de octubre de 2013.

### EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el numeral 30 del artículo 2º del Decreto-ley 4107 de 2011, y

#### CONSIDERANDO:

Que la Honorable Corte Constitucional a través de la Sentencia T-760 de 2008, impartió una serie de órdenes, entre otras, la adopción de las medidas necesarias para la aprobación de los servicios de salud no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud (POS), distintos a medicamentos y las relacionadas con el derecho a su recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga);

Que la Sala Especial conformada en dicha Corporación para llevar a cabo el seguimiento al cumplimiento de la referida sentencia, verificó las órdenes vigésima cuarta y vigésima séptima, relacionadas con la necesidad de que se adopten las medidas pertinentes que garanticen que el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos para financiar los servicios de salud. Igualmente, que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcione de manera eficiente y que el Fosyga desembolse prontamente los dineros concernientes a las solicitudes de recobro, lo que consecuentemente, llevó a que se proferiera el Auto número 263 de 2012;

Que allí se ordenó el rediseño del sistema actual de verificación, control y pago de los servicios y prestaciones de salud no contenidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), mediante la unificación de la normativa vigente;

Que por lo anterior, se hace necesario definir los elementos esenciales que originan la solicitud del recobro, así como establecer un procedimiento claro, preciso, transparente, seguro, ágil, eficaz y con suficiencia, que permita unificar términos y fechas de pago, eliminar requisitos inocuos y suprimir glosas infundadas para garantizar el adecuado, efectivo y oportuno flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, unificando y ajustando la normativa vigente;

Que en mérito de lo expuesto,

#### RESUELVE:

#### CAPÍTULO I.

## REQUISITOS PARA LA VERIFICACIÓN Y CONTROL DEL PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO.

**ARTÍCULO 1o. RECOBRO.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> Se entiende por recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), el procedimiento que se adelanta para presentar cuentas por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), suministradas a un usuario y autorizadas por el Comité Técnico Científico (CTC), u ordenadas por fallos de tutela.

**PARÁGRAFO 1o.** Para efectos del recobro, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, debe considerar que el Plan Obligatorio de Salud (POS), de conformidad con la normativa vigente, incluye los medicamentos, independientemente de la forma de comercialización que se utilice, vale decir, genérico o de marca.

**PARÁGRAFO 2o.** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), tramitarán por el procedimiento de recobro los servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que no estén cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (POS), del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni por regímenes especiales o cualquier tipo de seguro en salud, con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), en los términos del párrafo del artículo 54 de la Ley 1448 de 2011, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.



**ARTÍCULO 2o. REQUISITOS PARA LAS ENTIDADES RECOBRANTES.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> Para efectos de presentar las solicitudes de recobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social, o ante la entidad que se defina para tal efecto, los siguientes documentos:

1. Certificado de existencia y representación legal, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, cuando se registren por primera vez. Para el evento en que se modifique la representación legal o domicilio, deberá allegarse nuevamente el certificado.
2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. Deberá presentar nuevo poder en caso de revocatoria, renuncia o sustitución.
3. El plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, el cual deberá actualizarse dentro de los quince (15) días siguientes a su fijación o modificación anual y el valor que deberá cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.
4. La certificación de cumplimiento del reporte trimestral al Sistema de Información de Precios de Medicamentos (Sismed), el cual deberá remitirse el último día hábil de los meses de enero, abril, julio y octubre de cada año, respecto de los precios de compra de medicamentos, en la que se indique que el archivo fue procesado exitosamente.



**ARTÍCULO 3o. REQUISITOS GENERALES PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN DE LOS RECOBROS.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> Las entidades recobrantes deberán anexar a las solicitudes de recobro los siguientes documentos:

1. Formato de solicitud de recobro que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o quien haga sus veces.
2. Copia del Acta de Comité Técnico-Científico (CTC), o del fallo de tutela. En caso de prestaciones periódicas, se radicará por una única vez y en las posteriores solicitudes de recobro se informará el número único de radicación del recobro donde fue aportada la copia.
3. Copia de la factura de venta o documento equivalente.



**ARTÍCULO 4o. REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA LOS RECOBROS ORIGINADOS EN ACTA DE COMITÉ TÉCNICO-CIENTÍFICO (CTC).** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> Los requisitos específicos para los recobros originados en actas de Comité Técnico-Científico (CTC), donde se determine y concluya la autorización respectiva de las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), son:

1. Copia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC), en el formato que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, o quien haga sus veces.

1.1 Fecha de elaboración y número de acta.

1.2 Datos de identificación del usuario.

1.3 Diagnóstico y descripción en la Codificación Internacional de Enfermedades (CIE), 10 y análisis del caso objeto de estudio.

1.4 Resumen de las prescripciones u órdenes médicas, cantidad autorizada y justificación o justificaciones efectuadas por el médico tratante, identificando el nombre del médico.

1.5 De las tecnologías en salud No POS:

1.5.1 Del o los medicamentos: el nombre del medicamento en su denominación común internacional, identificar su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada.

1.5.2 Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos: identificar el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación).

1.5.3 Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos, pero que deben ser repetidos: el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), motivo (por qué se requiere nueva evaluación, por complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).

1.5.4 Del o los servicios médicos y prestaciones de salud sucesivos, objetivo, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.

1.5.5 De las actividades, procedimientos e intervenciones deberá indicarse el código CUPS. Si estos no están incluidos deberá indicarse el código interno del proveedor.

1.5.6 De los insumos, dispositivos biomédicos y productos biológicos deberá indicarse el código interno del proveedor.

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

1.7 La identificación del o los servicios médicos y prestaciones de salud incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total, que se reemplazan o sustituyen en dicho plan, equivalentes al servicio (s) médicos y prestaciones de salud autorizados o negados.

1.8 En el caso de que no existan en el Plan Obligatorio de Salud (POS), los servicios médicos o prestaciones de salud que se puedan considerar reemplazados o sustituidos por el servicio médico o prestación de salud No POS, autorizados por el Comité Técnico- Científico (CTC), debe quedar manifiesta esta situación en el acta, soportada en la evidencia científica y condiciones establecidas por el médico tratante.

1.9 La verificación del cumplimiento de los criterios de evaluación y autorización contenidos en la presente resolución, certificando que estos han sido constatados en resumen de atención o epicrisis, historia clínica del afiliado o paciente.

1.10 La decisión adoptada frente al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cual, en caso de definir su no autorización, deberá indicar la justificación técnica y normativa que la soporta.

1.11 Nombre y firma de los integrantes del Comité Técnico-Científico (CTC). Para los médicos integrantes se requiere el número del registro médico.

2. Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con firma y registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo estipulado en los artículos 16 y 17 del Decreto número 2200 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

3. Documento que evidencie la entrega de la tecnología No POS:

3.1 De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, la certificación del prestador o el formato diseñado para tal efecto por las entidades administradoras de planes de beneficios que deberá ser firmado por el paciente, su representante, responsable, acudiente o quien recibe, con número de identificación como constancia de recibido.

3.2 En atención inicial de urgencias: copia del informe de atención inicial de urgencias.

3.3 En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): resumen de atención o epicrisis.

**PARÁGRAFO.** Las actas que se generen de las reuniones del Comité Técnico-Científico (CTC), deberán estar a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud en el momento en que estas las requieran.



**ARTÍCULO 5o. REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA LOS RECOBROS ORIGINADOS EN FALLOS DE TUTELA.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> A los cobros originados en fallos de tutela, además de los requisitos generales, se deberán anexar para el proceso de verificación, los siguientes documentos:

1. Fallo de tutela, el cual deberá presentarse en copia íntegra, legible, con el número del proceso, el nombre de la autoridad judicial, conforme a la base de datos del Consejo Superior de la Judicatura, nombre, tipo y número de identificación del usuario.

2. Para solicitudes de recobro consecutivas originadas en el mismo fallo, se relacionará el número único de radicación del recobro en el cual se anexó la copia del fallo.

3. Documento que evidencie la entrega de la tecnología No POS:

3.1 De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, la certificación del prestador o el formato diseñado para tal efecto por las entidades administradoras de planes de beneficios, que deberá ser firmado por el paciente, su representante, responsable, acudiente o quien recibe, con número de identificación como constancia de recibido.

3.2 En atención inicial de urgencias: copia del informe de atención inicial de urgencias.

3.3 En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria), resumen de atención o epicrisis.

4. Copia de la orden y/o fórmula médica vigente, de conformidad con el servicio efectivamente prestado:

4.1 Para el caso de medicamentos se deberá adjuntar la fórmula médica cuya prescripción debe presentarse de conformidad con los requisitos establecidos en los artículos 16 y 17 del Decreto número 2200 de 2005 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

4.2 Para el caso de procedimientos se deberá adjuntar la orden médica la cual debe contener, nombre, tipo e identificación del usuario, frecuencia y cantidad.

4.3 Para el caso de insumos se deberá adjuntar la orden médica donde se especifique a qué procedimiento corresponde el insumo a solicitar, descripción detallada del mismo y cantidad requerida.

5. Justificación de la necesidad médica de la tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS), que corresponderá siempre y en cualquier caso a la condición clínico patológica del paciente, junto con el tipo de objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), debidamente firmada por un médico de la entidad recobrante, con su respectivo registro, en el formato que para tal fin se establezca.



**ARTÍCULO 6o. REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA LA FACTURA DE VENTA O DOCUMENTO EQUIVALENTE.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor cumplirá los requisitos del Estatuto Tributario y deberá especificar:

1. Nombre, tipo e identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud.
2. Código, descripción, valor unitario, valor total y cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS).
3. Documento del proveedor con detalle de cargos, cuando en la factura no esté pormenorizada la atención.
4. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente, certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud de cada usuario, no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS).
5. Certificación bajo la gravedad de juramento del representante legal de la entidad recobrante, en la que indique a qué factura imputa la tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud (POS), y el paciente a quien le fue suministrada, cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que la recibió.

Para el caso de recobros por medicamentos importados por la entidad recobrante, en los campos de nombre o razón social y tipo e identificación del proveedor, deberá diligenciarse el número de aceptación de la declaración de importación y la razón social del declarante autorizado que se haya registrado en la declaración de importación. Igualmente, deberá allegarse copia de la declaración de importación, de la declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad recobrante utilizó para la nacionalización del producto.

Cuando se evidencien disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante, estos podrán ser suministrados a otros usuarios, previa verificación de la prescripción médica y de las causas que originaron tales disponibilidades.

Para efectos del recobro por tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), suministradas por las Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el nombre o razón social y tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación.

## **CAPÍTULO II.**

### **PROCESO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL PARA PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO.**

**ARTÍCULO 7o. ETAPAS QUE SE SURTIRÁN EN EL PROCESO DE VERIFICACIÓN Y CONTROL PARA PAGO DE LOS RECOBROS.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> Las etapas que se surtirán en el proceso de verificación y control para pago de los recobros, serán la de prerradicación, radicación, preauditoría y auditoría integral.

**ARTÍCULO 8o. ETAPA DE PRERRADICACIÓN DE LOS RECOBROS.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> Esta etapa se efectuará por las entidades recobrantes vía web en el sistema que para el efecto implemente el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para tal fin, donde se registrará la información correspondiente a cada solicitud de recobro, según el anexo técnico que se adopte.

Registrada la información a que refiere el inciso anterior, se efectuarán validaciones mediante cruces de información para establecer la existencia del usuario, de los reportes requeridos, de los códigos de medicamentos y de investigaciones administrativas o judiciales. Dichas validaciones se efectuarán contra bases de datos tales como:

1. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).
2. Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC).
3. Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED).
4. Código Único de Medicamentos (CUM).

Cuando se valide la información registrada, el sistema generará automáticamente el número de identificación y el

formato de solicitud de recobro que individualiza cada una de estas, el cual contendrá datos básicos tanto de la entidad recobrante, como del usuario, así como la relación de documentos que lo soportan.

Surtida la actuación a que se refiere el inciso anterior, la entidad recobrante podrá finalizar el registro de la información de los recobros a radicar, generará automáticamente el formato resumen con número de radicado, que deberá ser impreso y suscrito por su representante legal y contador público, debidamente identificado con el número de la matrícula profesional y el sistema le asignará fecha para su radicación dentro del plazo señalado en la presente resolución.

**PARÁGRAFO 1o.** La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social establecerá los formatos y señalará la dirección electrónica para el efecto.

**PARÁGRAFO 2o.** El administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o la entidad que se defina para el efecto, dispondrá para consulta las bases de datos que servirán de fuente para las validaciones previas a la generación de los formatos.



**ARTÍCULO 9o. ETAPA DE RADICACIÓN DE LOS RECOBROS. <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>** Las entidades recobrantes deberán presentar los formatos de solicitud de recobro y de resumen, junto con los soportes documentales que correspondan, a través de la dependencia de radicación del Ministerio de Salud y Protección Social, o quien se defina para el efecto, de lo cual habrá de entregarse la respectiva constancia de radicación.

En caso de que la entidad recobrante no aporte el formato resumen, o cuando este no contenga la firma del representante legal y del contador público debidamente identificado con el número de su matrícula profesional, o se presente fuera del plazo establecido en la presente resolución, se anularán los números de identificación de la solicitud de recobro y el de radicación y se entenderá por no presentada la respectiva solicitud.

**PARÁGRAFO 1o.** Los formatos de solicitud de recobro y el de resumen se presentarán conforme las especificaciones técnicas e instructivos que se señalen.

**PARÁGRAFO 2o.** Los soportes documentales de las solicitudes de recobro podrán presentarse en medio impreso o magnético, conforme a las especificaciones técnicas que se definan para el efecto. En caso de presentación en medio magnético, las entidades recobrantes serán responsables de la custodia de la información allí contenida y deberán garantizar la calidad, seguridad, disponibilidad, integridad e identidad con las solicitudes de recobro radicadas.

**PARÁGRAFO 3o.** Las entidades recobrantes deberán garantizar el envío, adecuado embalaje, foliado, calidad y nitidez de los documentos soportes de los recobros impresos.



**ARTÍCULO 10. ETAPA DE PREAUDITORÍA DE LOS RECOBROS. <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>** El Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto, cotejará dentro de los doce (12) días calendario siguientes a la radicación de los recobros, el soporte documental y la información suministrada por la entidad recobrante respecto de los recobros efectivamente presentados.

**PARÁGRAFO 1o.** En la etapa de preauditoría se verificará el soporte documental y la información de cada recobro suministrada por la entidad recobrante, en relación con:

1. Existencia de sobrantes y/o faltantes de solicitudes de recobro, respecto a lo registrado en el formato resumen.
2. Inconsistencia del tipo y número de identificación del usuario en los documentos que constituyen los requisitos generales para el proceso de verificación del recobro.
3. Ausencia de la copia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC), o del fallo de tutela, según sea el caso.
4. Ausencia de la copia de la factura de venta o documento equivalente.
5. Ilegibilidad de los soportes del recobro.
6. Incumplimiento de requisitos generales de la entidad recobrante.

**PARÁGRAFO 2o.** Si el resultado de la verificación arroja la ocurrencia de una o varias de las situaciones enumeradas anteriormente, se anulará el número de radicación del recobro y el de resumen, este último si es del caso, se tendrá por no presentadas las respectivas solicitudes de recobro, se informará a la entidad recobrante al día hábil siguiente a la finalización de la etapa de preauditoría y se citará a las entidades recobrantes para la entrega de la documentación cuando haya lugar a ello.

**PARÁGRAFO 3o.** Si se cumple el año de que trata el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, modificado por el artículo 111 del Decreto-ley 19 de 2012 para presentar ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), una solicitud de recobro, radicada oportunamente y es objeto de anulación en la etapa de preauditoría, la entidad recobrante podrá presentarla por una única vez, en el período de radicación inmediatamente siguiente al oficio que informe sobre entrega de la documentación, evento en el cual, se entenderá radicada en tiempo. En todo caso, la entidad recobrante deberá informar el número de radicación anteriormente generado para ese recobro.



**ARTÍCULO 11. ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL DE LOS RECOBROS. <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>** Las solicitudes de recobro que ingresen al proceso de auditoría integral serán verificadas conforme a los lineamientos técnicos contenidos en el manual de auditoría que defina el comité que se conforme para el efecto.

El resultado de la auditoría integral de las solicitudes de recobro será de aprobación, o aprobación con reliquidación o no aprobación.



**ARTÍCULO 12. COMUNICACIÓN A LAS ENTIDADES RECOBRANTES. <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>** El resultado de la auditoría integral efectuada a las solicitudes de recobro deberá comunicarse por el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para tal fin, al representante legal de la entidad recobrante, en la dirección electrónica registrada y por escrito al domicilio informado, dentro de los tres (3) días calendario siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación. De lo anterior se conservará copia de la constancia de envío.

A la comunicación impresa se anexará medio magnético bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme al manual de auditoría de que trata el artículo anterior. Dicha comunicación contendrá la siguiente información:

1. Fecha de expedición de la comunicación.
2. Número de radicación del recobro.
3. Resultado de la auditoría integral por recobro: aprobado, o aprobado con reliquidación, o no aprobado.
4. Código y causales de aprobación con reliquidación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro presentado, conforme al manual de auditoría.
5. Código y causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro presentado, conforme al manual de auditoría.

**PARÁGRAFO 1o.** El cierre efectivo del proceso de verificación de las solicitudes de recobro comprenderá las etapas de que trata la presente resolución, la auditoría externa del Fosyga y la ordenación del gasto.

**PARÁGRAFO 2o.** Las solicitudes de recobro que resulten no aprobadas se entregarán a la entidad recobrante dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la comunicación del resultado de auditoría integral y se citará a las entidades recobrantes para la entrega de la documentación cuando fuere el caso.



**ARTÍCULO 13. OBJECCIÓN DE LA ENTIDAD RECOBRANTE. <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>** Una vez recibida la comunicación por la entidad recobrante, del resultado del proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro aprobadas con reliquidación, podrá ser objetado, acogiéndose a los términos y formalidades que establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, precisando los argumentos que le permitan al auditor evidenciar las razones de la objeción por cada uno de los recobros.



La objeción de la entidad recobrante no puede versar sobre nuevos hechos ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada.

En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro, respecto de las cuales pretenda modificar el resultado de la auditoría integral, se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones. Las glosas no objetadas se entenderán aceptadas.

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

**PARÁGRAFO 1o.** Cuando la entidad recobrante pretenda objetar el resultado de un recobro no aprobado, deberá surtir nuevamente las etapas del proceso de verificación y control para pago de los recobros.

**PARÁGRAFO 2o.** El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad definida para el efecto, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud de aquellas entidades que incumplan lo previsto en este artículo, para las investigaciones a que hubiere lugar.



**ARTÍCULO 14. OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR Y SUSTENTAR LA OBJECCIÓN. <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>** La entidad recobrante tendrá un término de dos (2) meses, contados a partir de la comunicación del resultado del proceso de verificación y control para pago, para presentar y sustentar la objeción.

Las objeciones deberán presentarse y sustentarse dentro del período comprendido entre los días 16 al 20 del mes inmediatamente siguiente al vencimiento de los dos (2) meses a que refiere el inciso anterior.

Las objeciones deben incluir el número de identificación de la solicitud de recobro asignado inicialmente.



**ARTÍCULO 15. RESPUESTA A LA OBJECCIÓN PRESENTADA POR LA ENTIDAD RECOBRANTE. <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>** El Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se autorice para tal efecto, contará con un (1) mes para informarle a la entidad recobrante la respuesta a la objeción presentada. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo.

### CAPÍTULO III.

#### DE LOS TÉRMINOS, PLAZOS Y DEL PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO.



**ARTÍCULO 16. TÉRMINO PARA PRESENTAR LAS SOLICITUDES DE RECOBRO. <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>** Las entidades recobrantes deberán tramitar y presentar en debida forma las solicitudes de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), dentro del año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda.



**ARTÍCULO 17. PLAZO PARA RADICAR LAS SOLICITUDES DE RECOBRO. <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>** Las entidades recobrantes deberán presentar las solicitudes de recobro dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes, en los días que se asignen por el sistema.

**PARÁGRAFO 1o.** Aquellos recobros cuyo año de vencimiento para ser presentados ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), suceda en día posterior al día de radicación, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación inmediatamente siguiente.

**PARÁGRAFO 2o.** La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o la dependencia que haga sus veces, podrá establecer otros períodos de radicación en caso de ser necesario.



**ARTÍCULO 18. PLAZO PARA ADELANTAR LAS ETAPAS DEL PROCESO DE VERIFICACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO Y EFECTUAR EL PAGO EN CASO DE APROBACIÓN O APROBACIÓN CON RELIQUIDACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>** El Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto, deberá llevar a cabo las



etapas del proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro e informar de su resultado a la entidad recobrante, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes, contados a partir del vencimiento del período de radicación mensual.

Dentro del mismo término, efectuará el pago a las entidades recobrantes o a los proveedores autorizados por estas, en caso de que la auditoría integral arroje como resultado aprobación o aprobación con reliquidación, mediante giro o transferencia electrónica a la cuenta bancaria registrada ante el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces.



#### **ARTÍCULO 19. PAGO PREVIO AL PROCESO DE AUDITORÍA INTEGRAL DE LOS RECOBROS.**

**<Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>** El administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, efectuará a más tardar el octavo día hábil siguiente al vencimiento del período de radicación mensual, pagos previos a la auditoría integral, equivalentes al porcentaje variable que se calculará de acuerdo con el valor total de los recobros radicados en el correspondiente mes, menos el valor resultante de la glosa promedio de los últimos doce períodos, excluyendo la de extemporaneidad y una desviación estándar. Los cálculos de este valor se realizarán teniendo en cuenta la información correspondiente a cada entidad recobrante y conforme con la metodología que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio, o quien haga sus veces.

**PARÁGRAFO 1o.** La procedencia del pago que se autoriza previo al proceso de auditoría integral de los recobros, estará supeditado al cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Autorización del representante legal de la entidad recobrante para deducir de los pagos que deba efectuar el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), por concepto de compensación, recobros referentes a otros períodos o pagos de cualquier otra índole, los montos insolutos cuando el valor aprobado de los recobros resulte inferior al pago previo al proceso de auditoría integral, que se realice conforme a las reglas establecidas.

El Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que se defina para el efecto, acudirá al mecanismo que sea necesario para obtener el reintegro de los valores, cuando a ello hubiere lugar.

2. Autorización del representante legal de la entidad recobrante, para el giro directo mínimo del 50% del monto resultante de la liquidación del pago previo, a favor de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas, mediante giro o transferencia electrónica a la cuenta bancaria registrada por el proveedor del servicio ante el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces.

3. Renuncia expresa de la entidad recobrante que se acoja a la medida establecida en el presente artículo, al cobro de cualquier tipo de interés y otros gastos, independientemente de su denominación, respecto de los recobros cuyo pago se efectúe.

4. Certificación sobre el valor a pagar, expedida por el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, que deberá contener el concepto de procedibilidad del pago emitido por el supervisor y/o interventor del contrato de encargo fiduciario, a efecto de que se proceda por el Ministerio de Salud y Protección Social a la ordenación del gasto.

**PARÁGRAFO 2o.** Las entidades recobrantes para acceder a este pago, deberán remitir las autorizaciones y la renuncia de que tratan los numerales 2 y 3 del párrafo 1o del presente artículo, en los formatos que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio, o quien haga sus veces.



**ARTÍCULO 20. MONTO A RECONOCER Y PAGAR POR EL FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA (FOSYGA), POR SUMINISTRO DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO POS. <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013>** Las solicitudes de recobro por concepto de fallos de tutela o autorizadas por el Comité Técnico-Científico (CTC), presentadas por las entidades recobrantes ante este Ministerio, o la entidad que se defina para tal efecto, que cumplan los requisitos, condiciones y trámites previstos en la presente resolución, una vez se encuentren aprobadas y certificadas para pago, darán lugar al traslado a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio, o quien haga sus veces, para los trámites correspondientes a la ordenación del gasto.

El monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS, se

determinará sobre el precio de compra al proveedor, soportado en la factura de venta o documento equivalente, de la siguiente forma:

**1. Medicamentos No POS autorizados por Comité Técnico-Científico (CTC), u ordenados por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), autorizados por el Comité Técnico-Científico (CTC), u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en dicho Plan del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

Al valor resultante se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

No se reconocerán variaciones posteriores del precio del medicamento, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad.

**2. Servicios médicos y prestaciones de salud NO POS, autorizados por Comité Técnico-Científico (CTC), u ordenados por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), autorizados por Comité Técnico-Científico (CTC), u ordenados por fallos de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, de acuerdo con el reglamento que expida este Ministerio.

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

**3. Servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico-Científico (CTC), o por fallos de tutela.** El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), pero realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por el Comité Técnico-Científico (CTC) u ordenados por fallos de tutela, será la diferencia entre el valor facturado del servicio médico y prestación de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del servicio médico y prestación de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas vigentes del manual único tarifario para la facturación de los servicios de salud. Hasta tanto se expida dicho manual, aplicarán las tarifas que reconoce la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

Al valor resultante, se le deducirá el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

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

**PARÁGRAFO 1o.** Cuando se determinen precios máximos de tecnologías en salud No POS, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), reconocerá y pagará dicho valor, previas las deducciones correspondientes al valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.

**PARÁGRAFO 2o.** Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo, se reconocerá el valor solicitado, previas las deducciones correspondientes al valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, de acuerdo con el reglamento que expida este Ministerio.



**ARTÍCULO 21. PAGO DE SOLICITUDES DE RECOBRO APROBADAS CON RELIQUIDACIÓN.**  
<Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> El Fondo de Solidaridad y Garantía

(Fosyga), reliquidará y pagará un valor diferente al solicitado en el recobro, por las causales que se señalan a continuación:

1. Cuando exista error en los cálculos del recobro.
2. Cuando como consecuencia del acta del Comité Técnico-Científico (CTC), o por fallos de tutela, se incluyan prestaciones contenidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS).
3. Cuando el valor recobrado de las tecnologías No POS sea superior al valor máximo que se determine.
4. Cuando el valor de la factura en letras sea diferente al valor consignado en números, caso en el cual, se atenderá el valor en letras.
5. Cuando uno o varios ítems incluidos en el recobro presente alguna causal de no aprobación, conforme con el manual de auditoría.



**ARTÍCULO 22. PAGO A PROVEEDORES POR MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS EN FORMA AMBULATORIA.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> Las entidades recobrantes podrán autorizar que se efectúe el pago directo a los proveedores de medicamentos No POS que fueren suministrados de forma ambulatoria, esto es, sin necesidad de internación u hospitalización del paciente, cuando no se haya efectuado el pago de la factura o documento equivalente.

**PARÁGRAFO 1o.** La procedencia del pago que se autoriza, posterior al proceso de verificación y auditoría integral de los recobros, estará supeditada al cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Autorización semestral del representante legal de la entidad recobrante, para que el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), pague al proveedor a nombre de la misma, mediante giro o transferencia electrónica a la cuenta bancaria registrada por el proveedor de los medicamentos suministrados en forma ambulatoria ante el administrador fiduciario de los recursos de dicho Fondo o quien haga sus veces.

Los proveedores de medicamentos No POS suministrados de forma ambulatoria, deben haber facturado en el promedio semestral a las entidades administradoras de planes de beneficios en conjunto, más de tres mil cuatrocientos salarios mínimos legales mensuales vigentes (3.400 smlmv), monto que podrá ser recalculado por el Comité de que trata el artículo 11 de la presente resolución.

2. La relación de los proveedores destinatarios del pago se definirá para el primer semestre del año con base en el valor aprobado a las entidades recobrantes por concepto de medicamentos No POS, suministrados de forma ambulatoria entre los meses de mayo a octubre del año inmediatamente anterior; y para el segundo semestre del año, con base en el valor aprobado a las entidades recobrantes por concepto de medicamentos No POS, suministrados de forma ambulatoria entre los meses de noviembre del año inmediatamente anterior a abril del año que esté en curso.
3. Certificación expedida por el administrador fiduciario de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, de los proveedores que pueden ser objeto del pago.
4. Las entidades administradoras de planes de beneficios seguirán siendo responsables del aseguramiento de sus afiliados y de la observancia de los requisitos en la presentación de los recobros, los cuales serán verificados en el proceso de auditoría integral.

**PARÁGRAFO 2o.** Las entidades recobrantes deberán remitir la autorización en el formato que para el efecto establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o quien haga sus veces.



**ARTÍCULO 23. TÉRMINOS Y FORMATOS PARA EL PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO DE LAS SOLICITUDES DE RECOBRO.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o quien haga sus veces, definirá los formatos, anexos técnicos y metodologías que las entidades recobrantes deberán cumplir y diligenciar para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro.

**PARÁGRAFO.** El formato que se defina para el acta del Comité Técnico-Científico (CTC), será exigible para los recobros cuya prestación del servicio se efectúe con posterioridad a la adopción que de dichos formatos realice la

Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio o la dependencia que haga sus veces.



**ARTÍCULO 24. CONTROL Y SEGUIMIENTO.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud para que adelante las investigaciones a que hubiere lugar de acuerdo con sus competencias, cuando el volumen y valor de las solicitudes superen el promedio mensual histórico de recobros de la entidad, cuando se presenten recobros por prestaciones que correspondan al Plan Obligatorio de Salud (POS), sin que medie causa justificada para el recobro, o cuando el veinte por ciento (20%) del acumulado anual de las solicitudes sean objeto de no aprobación.

Este Ministerio en la realización de los estudios del Plan Obligatorio de Salud (POS), y de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), considerará los medicamentos o procedimientos recobrados y trasladará a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos el listado de precios de los medicamentos recobrados para la adopción de las medidas propias de su competencia.

Las entidades administradoras de planes de beneficios, en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, deberán diseñar un proceso permanente de auditoría y pertinencia médica que permita monitorear el cabal cumplimiento de la presente resolución, identificando las variaciones en el uso de los medicamentos No POS, por parte de cada uno de los prestadores de sus redes de servicios, que superen los parámetros señalados en el presente artículo.

**PARÁGRAFO.** Las entidades que intervienen en el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro previstas en la presente resolución, deberán garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del afiliado.



**ARTÍCULO 25. VIGENCIA.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> <Artículo modificado por el artículo 1 de la la Resolución 3877 de 2013. El nuevo texto es el siguiente:> La presente resolución rige a partir de la fecha en que se garantice la puesta en marcha del proceso de verificación y control de las solicitudes de recobro, lo cual no excederá el 31 de diciembre de 2013 y, deroga la Resolución número 3099 de 2008, salvo lo dispuesto en sus artículos 1o al 8o. Igualmente deroga las Resoluciones números 3754 y 5033 de 2008; 1099 y 3876 de 2009; 4377 de 2010; 20, 65, 456, 1089, 1383, 2064, 2256, 3385, 4427, 4475 (artículos 5o y 6o), 4752 y 5161 de 2011; 28, 782, 1153, 1405, 1701, 2492, 2851 y 3086 de 2012 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

**PARÁGRAFO.** El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social informará la fecha de la puesta en marcha del proceso a las entidades recobrantes y demás actores del Sistema.

#### Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 de la la Resolución 3877 de 2013, 'por la cual se modifica la Resolución 458 de 2013', publicada en el Diario Oficial No. 48.930 de 1 de octubre de 2013.

#### Notas del Editor

- La Resolución 4475 de 2011 había sido derogada en su totalidad por el artículo 6 de la Resolución 5161 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.239 de 31 de octubre de 2011, 'Por la cual se dictan disposiciones para las radicaciones de reclamaciones ECAT y de los recobros por beneficios extraordinarios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, que deban presentarse ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA durante los meses de octubre y noviembre de 2011'.

#### Legislación Anterior

**Texto original de la Resolución 458 de 2013:**

ARTÍCULO 25. La presente resolución rige a partir del 1o de octubre de 2013, deroga a partir de la misma fecha la Resolución número 3099 de 2008, salvo lo dispuesto en sus artículos 1o al 8o. Igualmente deroga las Resoluciones números 3754 y 5033 de 2008; 1099 y 3876 de 2009; 4377 de 2010; 20, 65, 456, 1089, 1383, 2064, 2256, 3385, 4427, 4475 (artículos 5o y 6o), 4752 y 5161 de 2011; 28, 782, 1153, 1405, 1701, 2492, 2851 y 3086 de 2012 y las demás disposiciones que le sean contrarias.



**ARTÍCULO 26. TRANSITORIO.** <Resolución derogada por el artículo 54 de la Resolución 5395 de 2013> Hasta tanto entre en vigencia la presente resolución, autorízase a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social para que conforme con los estudios y diagnósticos adelantados y previa recomendación del Comité de Divergencias Recurrentes de que trata la Resolución número 3408 de 2012, fije criterios de auditoría y consecuente con ello, actualice los instructivos de auditoría, contenidos en el Manual de Operaciones del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Los anteriores criterios serán aplicables para los recobros que se radiquen a partir de marzo de 2013.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 22 de febrero de 2013.

El Ministro de Salud y Protección Social,

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE.**



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)

