



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 3099 DE AGOSTO 19 DE 2008

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

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

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

CONSIDERANDO

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

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

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

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

En merito de lo expuesto,

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

RESUELVE:
CAPITULO I

DE LOS COMITÉS TÉCNICO-CIENTÍFICOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Parágrafo. En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 13 y 18 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen. MODIFICACION nov2009. Quedaría así

“Parágrafo. En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos o con limitaciones en los Planes de Beneficios conforme a los artículos 10, 54, 56, 57, 68, 69 y 70 del Acuerdo 08 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES y demás normas que lo adicionen, modifiquen o deroguen.

En el evento de que fueren autorizados medicamentos contenidos en el Listado de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, éstos no podrán ser recobrados ni serán pagados por el FOSYGA.”

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

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

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

- d) Si se requiere allegar información o documentación adicional, en la misma sesión, el Comité la solicitará al médico tratante, quien debe suministrarla dentro de los dos (2) días siguientes. Así mismo, si se requiere conceptos adicionales al emitido por el médico tratante, se solicitarán entre profesionales de la salud de la misma especialidad en el término anteriormente establecido. El Comité, dentro de la semana siguiente, deberá decidir sobre la autorización o negación de la petición formulada.
- e) El Comité podrá autorizar tratamientos ambulatorios hasta por un máximo de tres (3) meses, tiempo que se considera pertinente para que el Comité Técnico-Científico nuevamente analice el caso y si la respuesta al tratamiento es favorable, determine la periodicidad con la que se continuará autorizando y suministrando el medicamento, el que en ningún caso podrá ser por tiempo indefinido.

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

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

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

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

CAPITULO II

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

Artículo 9º. Requisitos generales para la presentación de las solicitudes de recobro. Las solicitudes de recobro ante el FOSYGA por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS autorizados por el Comité Técnico-Científico o por fallos de tutela, deberán diligenciarse en el formato "FORMULARIO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS" y su anexo

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

"RELACION DE SOLICITUDES DE RECOBRO" que se adoptan a través de la presente Resolución.

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

- a) Certificado de existencia y representación legal de la administradora de planes de beneficios, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días. Este documento deberá remitirse al Ministerio de la Protección Social o a la entidad que se defina para tal efecto cada seis (6) meses o cada vez que se modifique la representación legal.
- b) Poder debidamente otorgado si actúa por intermedio de apoderado. Este poder deberá actualizarse cada vez que se modifique con ocasión de la renuncia o sustitución.
- c) Lista de precios vigente de medicamentos, insumos y/o dispositivos del Plan Obligatorio de Salud - POS de los proveedores de la entidad. Este documento deberá actualizarse cada vez que se presente alguna novedad, evento en el cual, deberán ser remitidos dentro de los quince (15) días siguientes a la ocurrencia de la misma.
- d) Certificación de los integrantes del Comité Técnico Científico registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud. Esta certificación deberá actualizarse cada vez que se modifique uno o varios de los integrantes del Comité, previo registro ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- e) El Plan General de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, el cual deberá actualizarse dentro de los quince (15) días siguientes a su fijación o modificación anual.
- "f) El reporte trimestral al Sistema de Información de Precios de Medicamentos - SISMED de los precios de compra medicamentos." Adición nov2010

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

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

- a) Formato de "SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS O PRESTACIONES DE SALUD NO POS-CTC", numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad;
- b) Una copia del acta del Comité Técnico-Científico donde se determine y concluya la autorización respectiva del medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluido en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en

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

el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El acta deberá contener:

- (i) La fecha de elaboración y número del acta.
- (ii) Los datos de identificación del afiliado o paciente.
- (iii) El diagnóstico, descripción y código, según la clasificación internacional de enfermedades vigente y análisis del caso objeto de estudio.
- (iv) Un resumen de las prescripciones u órdenes médicas y justificación o justificaciones efectuadas por el médico tratante, identificando el nombre del médico, la fecha de las prescripciones u órdenes médicas y demás datos consignados en la misma, así como justificación del medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS.

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

- a. Del o los medicamentos: el nombre del medicamento en su denominación común internacional, identificar su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada.
- b. Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos: identificar el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación).
- c. Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos, pero que deben ser repetidos: el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), motivo (por qué se requiere nueva evaluación, por complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).
- d. Del o los servicios médicos y prestaciones de salud sucesivos, objetivo, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado. **MODIFICADO nov2010**

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

- a. Del o los medicamentos: el nombre del medicamento en su denominación común internacional, identificar su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada, identificando el código CUM completo de conformidad con la Resolución 255 de 2007 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.
- b. Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos: identificar el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación).
- c. Del o los servicios médicos y prestaciones de salud únicos, pero que deben ser repetidos: el objetivo (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación), motivo (por qué se requiere nueva evaluación, por complicación, recurrencia de la afección o presunta mala praxis).
- d. Del o los servicios médicos y prestaciones de salud sucesivos, objetivo, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado.
- e. De las actividades, procedimientos e intervenciones deberá indicarse el código CUPS, si éstos no están incluidos en el código CUPS, deberá indicarse el código interno del proveedor.
- f. De los insumos, dispositivos biomédicos y productos biológicos deberá indicarse el código interno del proveedor."

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

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

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

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

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

- (x) La decisión adoptada frente al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cual, en caso de definir su no autorización, deberá indicar la justificación técnica y normativa que la soporta.
- (xi) Nombre y firma de los integrantes del Comité Técnico-Científico. Para el o los médico (s) integrante (s) se requiere el número del registro médico.
- c) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario, con constancia de cancelación. La factura o documento equivalente, debe identificar:
- (i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios).
 - (ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud.
 - (iii) Código, descripción, valor unitario y total
 - (iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud
 - (vi) Valor unitario
 - (vii) Valor Total
- Cuando en la factura no esté detallada la atención, se debe anexar el detalle de cargos. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: el medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor;
- En el evento que se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al paciente a quien le fue suministrado, el representante legal de la entidad administradora de planes de beneficios, deberá certificar bajo la gravedad de juramento tal circunstancia, indicando a qué factura imputa el respectivo medicamento, servicio médico o prestación de salud;
- d) Copia de la orden y/o fórmula médica, elaborada por el médico tratante con firma y registro médico. La fórmula médica deberá ajustarse a lo estipulado en el capítulo cuarto del Decreto 2200 de 2005 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen.
- e) Documento que evidencie la entrega del medicamento, servicio médico o prestación de salud:
- (i) De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, o formato diseñado para tal efecto por las entidades administradoras de planes de beneficios que deberá ser firmado por el paciente, su representante, responsable o acudiente con número de identificación como constancia de recibido.
 - (ii) En atención inicial de urgencias: Copia del informe de atención inicial de urgencias
 - (iii) En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epicrisis.
- Inciso f) adicionado por el artículo 1° de la Resolución 3754 de 2008 y modificado nov2010**
- "f) En el evento de que el medicamento no contenido en el listado vigente no sea prescrito en la denominación común internacional, tal como lo prescribe el artículo 16 del Decreto 2200 de 2005 y los artículos 38 y 42 del Acuerdo 08 de 2009 de la CRES y demás normas que los modifiquen, deberá acompañarse de la justificación de la necesidad médica del medicamento en su denominación de marca cuando la autorización cumpla con las condiciones de calidad, seguridad y comodidad para el paciente, y que tal decisión se funda en la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad y los efectos que concretamente tendría el tratamiento o el medicamento en el paciente. Copia de esta justificación deberá remitirse al Instituto

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

Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, salvo cuando el medicamento de marca prescrito corresponda al único principio activo disponible.”

Nov2010: Adiciónase el literal g) al artículo 10º de la Resolución 3099 de 2008, modificado por el artículo 1º de la Resolución 3754 de 2008, con el siguiente contenido

“g) Copia de la remisión al INVIMA de la justificación prevista en el literal anterior.”

Parágrafo 1. Los documentos de que trata este artículo para cada solicitud de recobro deberán estar debidamente legajados y foliados con sujeción estricta al orden señalado en el presente artículo.

Parágrafo 2. La entidad reclamante deberá garantizar el adecuado embalaje y envío de los recobros, la calidad y nitidez de los documentos de soporte.

Artículo 11º. Requisitos especiales de la solicitud de recobros originados en fallos de tutela. Toda solicitud de recobro que deba ser reconocida y pagada por el FOSYGA, por concepto de fallos de tutela, deberá presentarse a través de la dependencia de correo y radicación del Ministerio de la Protección Social o de la entidad que se defina para tal efecto.

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

a) Formato de “SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE PRESTACIONES ORDENADAS POR FALLOS DE TUTELA” numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente Resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad. MODIFICADO NOV 2010

- “a) Formato de “SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE PRESTACIONES ORDENADAS POR FALLOS DE TUTELA” numerada consecutivamente por cada paciente, el cual se adopta en la presente resolución y que deberá diligenciarse en su totalidad, indicando para medicamentos el código CUM completo de conformidad con la Resolución 255 de 2007 o la norma que lo modifique adicione o sustituya, para actividades, procedimientos e intervenciones el código CUPS, si estos no están incluidos en el código CUPS, deberá indicarse el código interno del Proveedor. Para los insumos, dispositivos biomédicos, y productos biológicos deberá indicarse el código interno del proveedor.”
- b) Copia del fallo de tutela. Para cuentas consecutivas originadas en el mismo fallo, se relacionará el número de radicado de la primera cuenta presentada en la cual se anexó la primera copia del fallo.
- f) Copia simple de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, la cual debe ceñirse a lo establecido en el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario, con constancia de cancelación. La factura o documento equivalente, debe identificar:
- (i) La entidad responsable del pago (entidad administradora de planes de beneficios).
 - (ii) La identificación del afiliado al cual se suministró el medicamento, servicio médico o prestación de salud.
 - (iii) Código, descripción, valor unitario y total
 - (iv) Cantidad del medicamento, servicio médico o prestación de salud
 - (v) Valor unitario
 - (vi) Valor Total
- Cuando en la factura no esté detallada la atención, se debe anexar el detalle de cargos. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un afiliado, deberá señalar en forma desagregada la relación que enuncie: El medicamento, servicio médico o prestación de salud, la cantidad y el valor facturado para cada afiliado certificado por el proveedor;

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

- c) Certificado de semanas cotizadas al Sistema por el afiliado o beneficiario, en los casos de tutela por períodos mínimos de cotización, en los cuales se especifique la fecha de afiliación al Sistema General de Seguridad Social y a la EPS, identificando las semanas cotizadas en el año inmediatamente anterior a la fecha del otorgamiento de la prestación ordenada en el respectivo fallo. Para estos efectos el certificado de semanas cotizadas al sistema lo emitirá la respectiva entidad administradora de planes de beneficios de acuerdo a la información reportada en sus formularios de afiliación y novedades.
- d) Copia del formato "negación de servicios de salud y/o medicamentos" expedido por la Superintendencia Nacional de Salud o el Acta del Comité Técnico Científico que negó el suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS, en forma previa a la acción de tutela.
- g) Documento que evidencie la entrega del medicamento, servicio médico o prestación de salud:
 - (i) De tipo ambulatorio: Podrá ser la factura, la fórmula médica, la orden médica, o formato diseñado para tal efecto por las entidades administradoras de planes de beneficios que deberá ser firmado por el paciente, su representante, responsable o acudiente con número de identificación como constancia de recibido.
 - (ii) En atención inicial de urgencias: Copia del Informe de atención inicial de urgencias.
 - (iii) En atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía (hospitalaria o ambulatoria): Resumen de atención o epicrisis.

Parágrafo 1º. Los documentos de que trata este artículo para cada solicitud de recobro deberán estar debidamente legajados y foliados con sujeción estricta al orden señalado en el presente artículo.

Parágrafo 2º. La entidad reclamante deberá garantizar el adecuado embalaje y envío de los recobros, la calidad y nitidez de los documentos de soporte.

Artículo 12º. Término para presentar las solicitudes de recobro. Las entidades administradoras de planes de beneficios deberán tramitar y presentar en debida forma las solicitudes de recobro ante el FOSYGA por concepto de medicamentos y fallos de tutela, de conformidad con lo establecido en el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002, dentro de los seis (6) meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda.

Para efectos de los recobros por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS autorizados por el Comité Técnico-Científico y fallos de tutela, se tendrá en cuenta la fecha del suministro efectivo del medicamento, servicio médico o prestación de salud o la fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de planes de beneficios por parte del proveedor o la fecha del fallo de tutela para el caso de recobros ordenados por decisiones judiciales.

En aquellos eventos que autoricen u ordenen prestaciones sucesivas, el plazo previsto en el Decreto-Ley 1281 de 2002 se contará a partir del momento en que se suministre el medicamento, servicio médico o prestación de salud, según sea el caso, o la fecha de radicación de la factura ante la entidad administradora de planes de beneficios por parte del proveedor.

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

Artículo 13º. Término para estudiar la procedencia y el pago de las solicitudes de recobro. El Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, deberá adelantar el estudio de la solicitud de recobro e informar a la entidad reclamante el resultado del mismo, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a su radicación, plazo dentro del cual se efectuara el pago de las solicitudes de recobro presentadas oportunamente y en debida forma.

Como resultado del estudio, las solicitudes de recobro podrán ser objeto de rechazo, devolución, aprobación condicionada, inconsistencia o aprobación para pago.

Artículo 14º. Término para radicar las solicitudes de recobro. Las entidades administradoras de planes de beneficios, deberán presentar las solicitudes de recobro dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.

Aquellos recobros que, transcurrido el término de los quince (15) días calendario de radicación ante el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, se les vence el término de los seis (6) meses señalados en la presente resolución, se entenderán presentados oportunamente, siempre y cuando, su radicación se efectúe dentro de los primeros quince (15) días calendario del siguiente mes.

Artículo 15º. Causales de rechazo de las solicitudes de recobro. Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por Comité Técnico Científico o por fallos de tutela serán rechazadas en forma definitiva, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando fueren presentadas en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002 y de acuerdo con las fechas establecidas en los artículos 12 y 14 de la presente resolución.(Código 1-01).
- b) Cuando el fallo de tutela no otorgue posibilidad de recobro ante el Fosyga, la Nación o el Ministerio de la Protección Social (Código 1-02).
- c) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación de salud objeto de la solicitud de recobro no corresponda a lo ordenado por el fallo de tutela o al autorizado por el Comité Técnico-Científico, según el caso (Código 1-03).
- d) Cuando los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el Fosyga (Código 1-04).
- e) Cuando no se anexe al recobro la factura del proveedor o prestador del servicio en la que conste su cancelación (Código 1-05).
- f) Cuando al recobro no se adjunta copia del fallo o fallos de tutela (Código 1-06).
- g) Cuando al recobro no se aporta el Acta del Comité Técnico Científico (Código 1-07).

Parágrafo. Las causales previstas en los literales f) y g), no serán aplicables cuando se trate de recobros por prestaciones sucesivas y dichos documentos fueron aportados en la primera solicitud.

Artículo 16º. Causales de devolución de las solicitudes de recobro. Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicio médico o prestación de salud No POS autorizados por Comité Técnico Científico o por fallos de tutela, quedarán en estado devuelto, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

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

- (i) Las causales generales de devolución aplicables a todas las solicitudes de recobro serán las siguientes:
- a) Cuando el recobro no corresponde con lo facturado por el proveedor (Código 2-01).
 - b) Cuando la factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario (Código 2-02). Nov2010: Adiciónase el numeral (i) del artículo 16° de la Resolución 3099 de 2008, modificado por el artículo 5° de la Resolución 3754 de 2008, con los siguientes literales:
 - "c) Cuando en el recobro no se indique correctamente el código del medicamento, servicio médico o prestación de salud No POS autorizado por CTC o por fallo de tutela y entregado al afiliado, así:
Medicamentos: Código CUM
Actividades, procedimientos e intervenciones: Código CUPS
Actividades, procedimientos e intervenciones no incluidos en el código CUPS: código interno del proveedor.
Insumos, dispositivos biomédicos, productos biológicos: código interno del proveedor. (Código 2-03)
 - d) Cuando la entidad recobrante no acredite el cumplimiento del último reporte al SISMED." (Código 2-04)
- (ii) Las causales de devolución aplicables a los recobros por medicamentos, servicio médico o prestación de salud No incluidos en el POS autorizados por el Comité Técnico Científico serán:
- a) Cuando no hay evidencia de la entrega del medicamento, servicio médico o prestación salud No Pos al paciente. (Código 2-03).
 - b) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico, no registre la fecha de realización del Comité (Código 2-04)
 - c) Cuando el contenido del Acta no registre la fecha de solicitud (Código 2-05)
 - d) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no contiene la justificación médica (Código 2-06).
 - e) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no registre el nombre del afiliado (Código 2-07).
 - f) Cuando el nombre del afiliado contenido en el Acta del Comité Técnico Científico no corresponde al consignado en la solicitud del médico tratante (Código 2-08).
 - g) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no identifica el medicamento autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada) (Código 2-09).
 - h) Cuando el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no identifica el o los medicamentos del Plan Obligatorio de Salud que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, y número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad equivalentes a la autorizada) (Código 2-10).

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

- i) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico Científico se registra que el medicamento, servicio médico o la prestación de salud es anterior a la fecha de realización del Comité (Código 2-11).
- j) Cuando la fecha de solicitud del médico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud. (Código 2-12).
- k) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico Científico, no se identifica, servicio médico o prestación de salud No Pos autorizado (objetivo, motivo en caso de ser un evento único que se debe repetir, frecuencia de uso, cantidad autorizada y tiempo total autorizado). (Código 2-13).
- l) Cuando en el contenido del Acta del Comité Técnico Científico no se identifica, el servicio médico o prestación de salud Pos que se reemplazan o sustituyen por el autorizado (objetivo, frecuencia de uso, cantidad y tiempo total) (Código 2-14).
- m) **Pendiente.** Nov 2010: Adiciónase el numeral (ii) del artículo 16° de la Resolución 3099 de 2008, modificado por el artículo 5° de la Resolución 3754 de 2008, con el siguiente literal:
- "n) Cuando el recobro no se acompaña de la justificación del médico tratante de la prescripción del medicamento No POS en su denominación de marca ó de la remisión de esta justificación al INVIMA." (Código 2-16)
- iii) Las causales de devolución aplicables a los recobros originados en fallos de tutela serán:
 - a) Cuando el medicamento, servicio médico o prestación en salud ordenado por el fallo de tutela no corresponde con lo facturado por el proveedor (Código 2-15).
 - b) Cuando el nombre del afiliado contenido en el fallo de tutela no corresponde con el consignado en la solicitud de recobro. (Código 2-16).
 - c) Cuando no adjunta certificado de semanas de cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para fallos ordenados por periodos mínimos de cotización (Código 2-17).

Cuando se presente una o varias de las causales previstas en el presente artículo, se devolverá la totalidad de la documentación y se informará al representante legal o al apoderado de la entidad reclamante, por una (1) sola vez, el código de la causal y/o causales y las inconsistencias que deben subsanarse.

Cuando se devuelva la solicitud de recobro, deberá presentarse dentro de los dos (2) meses siguientes una nueva solicitud con la totalidad de los documentos objeto del recobro.

La nueva solicitud, para efectos de lo previsto en el artículo 13 del Decreto-ley 1281 de 2002, se entenderá presentada oportunamente, siempre y cuando su radicación se efectúe dentro del plazo señalado en el inciso anterior.

Parágrafo. Para medicamentos, servicio médico y prestaciones de salud no incluidos en el POS y autorizados por el Comité Técnico Científico no habrá lugar a la aplicación de las causales previstas en los literales i) y j) del presente artículo, cuando se trate del

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

suministro de medicamentos y/o prestación de servicios en las excepciones consagradas en el artículo 8º de la presente resolución.

Artículo 17º. Causales de aprobación condicionada de las solicitudes de recobro. Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones en salud y fallos de tutela tendrán aprobación condicionada, por las causales y códigos se señalan a continuación:

- a) Cuando falte el certificado de existencia y representación legal de la entidad administradora de planes de beneficios, conforme a lo dispuesto en el artículo 9º de la presente. (Código 3-01)
- b) Cuando falte el poder debidamente otorgado si actúa por intermedio de apoderado. (Código 3-02).
- c) Cuando falte la lista de precios vigente de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS, de los proveedores de la entidad. (Código 3-03).
- d) Cuando falte la certificación de los integrantes del Comité Técnico-Científico registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud. (Código 3-04).
- e) Cuando falte el plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados. (Código 3-05).
- f) Cuando los nombres de quienes suscriben el Acta del Comité Técnico Científico no coinciden con las reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud (Código 3-06).
- g) Cuando en el Acta falte una o más firmas de los miembros del Comité Técnico Científico (Código 3-07)
- h) Cuando la factura del proveedor o prestador del servicio no identifica la entidad responsable del pago (Código 3-08).
- i) Cuando la factura del proveedor o prestador del servicio no identifica el afiliado atendido (Código 3-09).
- j) Cuando al recobro no se adjunte la certificación del representante legal de la entidad administradora de planes de beneficios, en la cual indica a qué factura imputa el respectivo suministro y/o prestación de servicio recobrado, únicamente para lo previsto en el inciso segundo del literal c) del artículo 10, de la presente resolución (Código 3-10).
- k) Cuando el usuario reportado en el recobro no aparezca compensado por la entidad recobrante para el periodo de la prestación del servicio (Código 3-11)

Parágrafo. No habrá lugar a la aplicación del literal k) cuando el fallo de tutela ordene la prestación de servicios a un usuario no afiliado a la entidad recobrante.

Para efectos de completar o actualizar la documentación, la entidad reclamante dispondrá de un plazo no mayor a dos (2) meses, contados a partir de la información al representante legal o al apoderado de la entidad reclamante de tales causales, y su pago se efectuará, conforme se establece en el artículo siguiente.

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

Las solicitudes de recobro que sean objeto de aprobación condicionada recibirán el pago del 50% del valor liquidado en forma oficial por el Ministerio de la Protección Social o por la entidad autorizada que se defina para tal efecto, una vez surtida la auditoria, dentro del plazo señalado en el artículo 13 de la presente resolución. El 50% restante será cancelado una vez, la entidad reclamante complete o actualice la documentación objeto de la aprobación condicionada; tal pago deberá efectuarse por el Ministerio de la protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de radicación del formato "REMISIÓN DOCUMENTACIÓN RECOBROS DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MÉDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO POS Y FALLOS DE TUTELA CON ESTADO DE APROBACIÓN CONDICIONADA"

Si no se completan o actualizan los documentos dentro de los términos previstos en el presente artículo, se entenderá desistida la solicitud y la entidad reclamante deberá reintegrar el 50% del valor liquidado en forma oficial, por el Ministerio de la Protección Social o por la entidad autorizada que se defina para tal efecto, de la reclamación que se le haya cancelado, para lo cual el representante legal o al apoderado de la entidad reclamante en el formato "FORMULARIO RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS", deberá dejar constancia de su autorización para el descuento automático de tal valor con cargo a futuras reclamaciones. Lo anterior sin perjuicio de que la entidad reclamante presente una nueva solicitud, siempre y cuando se encuentre dentro del término previsto en el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.

Artículo 18º. Pagos de solicitudes de recobro por un valor diferente al solicitado.

El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, aprobará y pagará las solicitudes de recobro al Fosyga por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud No POS autorizados por el Comité Técnico Científico o por fallos de tutela, por un valor diferente al solicitado, una vez realizada la auditoria integral por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando exista error en los cálculos del recobro (Código 4-01)
- b) Cuando el porcentaje recobrado por semanas de cotización no coincida con la certificación aportada (Código 4-02)
- c) Cuando como consecuencia del Acta del Comité Técnico Científico o fallo de tutela se incluyan prestaciones contenidas en los planes de beneficios (Código 4-03)
- d) Cuando el valor de la factura en letras sea diferente al valor consignado en números, caso en el cual se atenderá el valor en letras (Código 4-04)
- e) Cuando uno o varios ítems incluidos en el recobro presente alguna causal de rechazo o devolución (Código 4-05)
- f) Cuando uno o varios de los datos contenidos en el medio magnético no corresponde a lo diligenciado en el formato físico, se atenderá a lo contenido en el físico (Código 4-06)

En estos eventos, previa realización de la auditoria y elaboración del documento "Liquidación Oficial de Conceptos", según la documentación anexa a la solicitud, ésta será aprobada y pagada por un valor diferente al recobrado. Si con posterioridad al pago las entidades administradoras de planes de beneficios demuestran que sus datos están

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

debidamente soportados, se ajustarán, aprobarán y pagarán las diferencias a que hubiere lugar.

Nov 2010: Adiciónase un párrafo al artículo 18° de la Resolución 3099 de 2008, con el siguiente contenido:

“Parágrafo. Para efectos del recobro, el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para ello de acuerdo con lo previsto en el párrafo 1 del artículo 38 del Acuerdo 08 de 2009 de la CRES y demás normas que lo modifiquen, deberán considerar que el POS incluye los medicamentos contenidos en el listado vigente, independientemente de la forma de comercialización que se utilice (genérico o de marca).”

Artículo 19º. Causales de inconsistencia de las solicitudes de recobro. Las solicitudes de recobro presentadas ante el FOSYGA, por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud NO POS autorizados por Comité Técnico Científico o por fallos de tutela en estado de inconsistencia, se entenderán como no presentadas, no sujetas a la auditoria integral, y serán devueltas a la entidad recobrante. En este evento, la devolución deberá efectuarse a más tardar dentro de los diez (10) días calendario siguiente a su presentación, por las causales y códigos que se señalan a continuación:

- a) Cuando el recobro no se presente con el completo diligenciamiento de los formatos adoptados en la presente resolución, así: (Código 5-01)
 - (i) Del Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R): Cualquiera de los datos en él contenidos.
 - (ii) Del formato radicación de solicitudes de recobros (Formato anexo 1): Cualquiera de los datos en él contenidos.
 - (iii) Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No Pos-CTC (Formato MYT-01): Cualquiera de los datos correspondientes a: 1. Datos del recobro 2. Datos de la entidad, 3. Datos del afiliado 4. Detalle del Recobro, 4a. Datos medicamentos, servicios médicos y prestación de salud No POS y 5. Declaración de la entidad.
 - (iv) Del Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02): Cualquiera de los datos correspondientes a: 1. Datos del recobro 2. Datos de la entidad, 3. Datos del afiliado 4. Detalle del Recobro, 4a. Datos medicamentos, servicios médicos y prestación de salud No POS y 5. Declaración de la entidad.
 - (v) Del Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No Pos y fallos de tutela con estado de APROBACIÓN CONDICIONADA (Formato MYT-03): Cualquiera de los datos en él contenidos.
 - (vi) Del Formato objeción a la auditoria realizada (Formato MYT-04): Cualquiera de los datos en él contenidos.
- b) Cuando el medio físico no se ajusta a la información consignada en el medio magnético (Código 5-02)

Artículo 20º. Comunicación a las entidades recobrantes. El resultado de la auditoria integral aplicada a las solicitudes de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no POS autorizados por el Comité Técnico Científico u ordenados por fallos de tutela debe comunicarse, por el Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, al representante legal de la entidad indicando el estado que presenta el recobro, las causales aplicadas, así como, aquellas por las cuales consideró pertinente reliquidar el valor recobrado. La comunicación deberá contener los siguientes requisitos formales y de fondo:

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

- a) Fecha de expedición de la comunicación
- b) Número de recobro y número de radicación del recobro.
- c) Código de la causal aplicada conforme al estado que se informa de acuerdo con lo previsto en la presente resolución.
- d) El término con el que cuenta la entidad administradora de planes de beneficios para dar respuesta a lo que hubiere lugar.

A la comunicación de que trata el presente artículo, deberá anexarse medio magnético que contendrá en detalle las causales que se aplican y bajo la misma estructura presentada para la radicación de los recobros.

Parágrafo 1º. Para el cumplimiento del literal c) del presente artículo, la información deberá suministrarse, en forma individual por cada ítem del recobro presentado.

Parágrafo 2º. Lo contenido en ningún caso podrá desconocer que un recobro y cada uno de sus ítems únicamente podrán encontrarse aprobado para pago, rechazado, devuelto, aprobado condicionado e inconsistente.

Artículo 21º. Envío de la comunicación. La comunicación será enviada por el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha en que el Administrador Fiduciario reciba del Ministerio la ordenación de gasto, a la dirección que aportó el representante legal al momento del diligenciamiento de los formatos de radicación establecidos para los recobros. De lo anterior se conservará copia de la constancia de envío.

A dicha comunicación se anexará el medio físico del recobro que se rechaza o devuelve. Los recobros que registren los estados aprobado y aprobada condicionada permanecerán a cargo del Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto.

Parágrafo. En el evento de que no se señalen en forma completa las causales o éstas fueren injustificadas, la entidad responsable del estudio, revisión o auditoria deberá pagar con cargo a sus propios recursos, las sumas que en exceso a lo cobrado hubiere lugar.

Artículo 22º. Objeción de la entidad recobrante. La comunicación del resultado de la auditoria, efectuada por el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, en la cual se informa en qué estado se encuentra el recobro y cada uno de los datos en él contenidos podrá ser objeto de cuestionamiento por la entidad recobrante, acudiendo ante quien emitió dicha comunicación, para que confirme o modifique su decisión inicial, acogiéndose siempre a los términos y formalidades establecidos para tal efecto por la presente resolución.

Parágrafo. El documento mediante el cual la entidad recobrante expone su desacuerdo, no puede versar sobre nuevos hechos, ni debatir asuntos diferentes a los estimados en la comunicación previamente enviada.

En caso de existir causales que se soporten en carencias documentales o de insuficiencia de información contenidas en el recobro, deberá indicarse el folio en el cual, la entidad reclamante considera se encuentra el documento o la información que soporta la objeción en el recobro originalmente entregado.

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

Artículo 23º. Oportunidad para sustentar la objeción. Una vez efectuada la comunicación al representante legal de la entidad recobrante, contará con un término de dos (2) meses para suministrar por escrito y en medio magnético, junto con el diligenciamiento del formato "OBJECCIÓN A LA AUDITORIA REALIZADA" que se adopta con la presente Resolución, los motivos que justifican su desacuerdo con la comunicación emitida.

Las solicitudes de "Objeción a la Auditoria Realizada" deberán presentarse dentro del día 16 y el día 20 calendario de cada mes. Aquellas solicitudes que, transcurrido el término de radicación aquí previsto, se les venza el término de los dos (2) meses, se entenderán presentadas oportunamente, siempre y cuando, su radicación se efectúe dentro del día 16 y el día 20 calendario del siguiente mes.

Los recobros objeto de la solicitud de "Objeción a la Auditoria Realizada" deben ingresar con el mismo número de radicado y el mismo número del recobro suministrado por la entidad recobrante.

Parágrafo. La solicitud de "Objeción a la Auditoria Realizada" en caso de versar sobre recobros rechazados o devueltos, deberá acompañarse del medio físico que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20 de la presente resolución, previamente ha sido entregado por parte del el Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto. MODIFICADOnov2010

Parágrafo. La solicitud de "Objeción a la Auditoria Realizada" en caso de versar sobre recobros rechazados o devueltos, deberá acompañarse del medio físico que, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 20 de la presente resolución, previamente ha sido entregado por parte del Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto". Las solicitudes de recobro rechazadas en forma definitiva por las causales a) y c) del artículo 15º de la presente resolución modificado por el artículo 4º de la Resolución 3754 de 2008 no podrán ser radicadas nuevamente.

El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud de aquellas entidades que incumplan lo previsto en el inciso anterior para las investigaciones a que hubiere lugar."

Artículo 24º. Respuesta a la objeción presentada por la entidad recobrante. El Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, contará con un (1) mes para informarle a la entidad recobrante la respuesta a la objeción presentada. El pronunciamiento que allí se efectúe se considerará definitivo.

Artículo 25º. Pago de fallos de tutela en los cuales se autoriza el recobro a la Nación o al Ministerio de la Protección Social. Las solicitudes por concepto de fallos de tutela en los cuales se autorice el recobro a la Nación o al Ministerio de la Protección Social, deberán presentarse ante el Ministerio o la entidad que se defina para tal efecto.

Para tal efecto, deberán cumplir los requisitos, condiciones y trámite previsto en la presente resolución. Una vez se encuentre aprobada para pago se dará traslado, en forma individual, a la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social para el trámite a que hubiere lugar.

Artículo 26º. Monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud. El monto a reconocer y pagar por recobro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud se determinará sobre el precio de compra al proveedor soportado en la factura de venta o documento equivalente de éste, de la siguiente forma:

a) Medicamentos NO POS autorizados por Comité Técnico Científico El valor a reconocer y pagar por concepto de medicamentos no incluidos en el Manual Vigente de

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

Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, autorizados por Comité Técnico Científico, será la diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el ó los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

b) Servicios médicos y prestaciones de salud NO POS autorizados por Comité Técnico Científico El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (POS), autorizados por Comité Técnico Científico, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

c) Servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el POS, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico Científico. El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero realizados con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, autorizados por Comité Técnico Científico, será la diferencia entre el valor facturado del servicio médico y prestación de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del servicio médico y prestación de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas del Manual Único Tarifario para la Facturación de los Servicios de Salud vigente.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos, y este total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

d) Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud POS autorizados por Comité Técnico Científico para afiliados del régimen contributivo que no han cumplido con los periodos mínimos de afiliación. El valor a reconocer y pagar por medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades,

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

Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para los cuales el afiliado del régimen contributivo no ha cumplido con los períodos de cotización necesarios para que la entidad administradora de planes de beneficios garantice su total prestación, será el porcentaje equivalente a las semanas faltantes para cumplir el total de las 26 semanas requeridas. Este porcentaje se aplicará al valor facturado por el proveedor.

Al valor resultante se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y éste total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

No habrá lugar al pago de medicamentos POS para servicios médicos y prestación de salud de los planes obligatorios de salud, por aspectos diferentes al contemplado en el presente literal, por encontrarse ya reconocidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la respectiva Unidad de Pago por Capitación (UPC).

e) Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en los Planes Obligatorios de Salud, no tramitados por el Comité Técnico Científico ordenados por fallos de tutela. El valor a reconocer y pagar por el FOSYGA será del 50% del valor total facturado por el proveedor

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

f) Medicamentos, Servicios médicos y prestaciones de salud NO POS ordenados por fallo de tutela previamente negados por el Comité Técnico Científico. El valor a reconocer y pagar por concepto de servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (POS), ordenados por fallos de tutela y no autorizados por Comité Técnico Científico y ordenados por fallo de tutela, será el valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.

Al valor resultante, se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y este total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

g) Medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud POS ordenados por fallos de tutela previamente negados por el Comité Técnico Científico, para afiliados del régimen contributivo que no han cumplido con los periodos mínimos de afiliación El valor a reconocer y pagar por concepto de fallos de tutela que correspondan a medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el

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

Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para los cuales el afiliado del régimen contributivo no ha cumplido con los períodos de cotización necesarios para que la entidad administradora de planes de beneficios garantice su total prestación, y negados por el Comité Técnico Científico, será el porcentaje equivalente a las semanas faltantes para cumplir el total de las 26 semanas requeridas. Este porcentaje se aplicará al valor facturado por el proveedor.

Al valor resultante se le descontará el valor de la cuota moderadora o copago que las entidades administradoras de planes de beneficios hayan cobrado al afiliado conforme a su Plan General de Cuotas Moderadoras y éste total será el valor a pagar por el FOSYGA.

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

No habrá lugar al pago de medicamentos POS para servicios médicos y prestación de salud de los planes obligatorios de salud, por aspectos diferentes al contemplado en el presente literal, por encontrarse ya reconocidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la respectiva Unidad de Pago por Capitación (UPC).

NOV 2010 Adiciónase un párrafo al artículo 26° de la Resolución 3099 de 2008 modificado por el artículo 9° de la Resolución 3754 de 2008, con el siguiente contenido:

"Parágrafo. Cuando se determinen valores máximos de recobro al FOSYGA de algunos medicamentos, los valores a reconocer de que tratan los literales a), d) y e) del presente artículo tendrán en cuenta el valor máximo de recobro al FOSYGA y no el valor facturado."

Artículo 27°. Mecanismos para efectuar el pago de las solicitudes de recobro. El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, efectuará el pago de las solicitudes de recobro ante el FOSYGA por concepto de medicamentos y fallos de tutela mediante cheque o abono en cuentas corrientes o de ahorro que le fueren informadas para tal efecto.

El proceso de recobro es independiente del proceso de compensación por parte de la EPS y demás EOC y en ningún caso podrán efectuarse cruce de cuentas.

Artículo 28°. Control, seguimiento y auditoria. El Ministerio de la Protección Social o la entidad autorizada que se defina para tal efecto, dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud para las investigaciones a que hubiere lugar de acuerdo con sus competencias, cuando el volumen y valor de las solicitudes superen el promedio mensual histórico de recobros de la entidad, cuando se presenten recobros por prestaciones que correspondan al Plan de Beneficios sin que medie causa justificada para el recobro, o cuando el veinte por ciento (20%) del acumulado anual de las solicitudes sean objeto de rechazo o devolución.

El Ministerio de la Protección Social en la realización de los estudios de los Planes de Beneficios y de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación UPC, considerará los medicamentos o procedimientos recobrados, y trasladará a la Comisión Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos el listado de precios de los medicamentos recobrados para la adopción de las medidas propias de su competencia.

Las entidades administradoras de planes de beneficios, en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, deberán diseñar un proceso permanente de auditoria y pertinencia médica que permita monitorear el cabal cumplimiento de la presente resolución identificando también las variaciones en el uso de los Medicamentos no POS,

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

por parte de cada uno de los prestadores de su redes de servicios, que superen los parámetros señalados en el presente artículo.

Parágrafo. Las entidades que intervienen en el estudio, revisión, seguimiento y auditoria de las solicitudes de recobro previstas en la presente resolución, deberán garantizar la confidencialidad de la información del diagnóstico del afiliado.

Artículo 29º. Utilización de formatos de las solicitudes de recobro. Los formatos de presentación de las solicitudes de recobro que se adoptan mediante la presente resolución y que forman parte integral de la misma, serán obligatorios para las solicitudes que se radiquen a partir del 1 de octubre de 2008.

Para la presentación de las solicitudes de recobro por concepto de medicamentos servicios o prestaciones de salud No Pos y de fallos de tutela ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, adóptense los formatos e instructivos correspondientes, así:

1. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato MYT-R)
2. Formato radicación de solicitudes de recobros (Formato anexo 1)
3. Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios o prestaciones de salud No Pos–CTC (Formato MYT-01)
4. Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela (Formato MYT-02).
5. Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud No Pos y fallos de tutela con estado de aprobación condicionada (Formato MYT-03).
6. Formato objeción a la auditoria realizada (Formato MYT-04).

Parágrafo 1º. Los formatos adoptados en los numerales 2, 3, 4, 5 y 6 del presente artículo deberán presentarse en medio magnético conforme a las especificaciones técnicas que hacen parte integral de la presente resolución. Los formatos adoptados en los numerales 3, 4, 5 y 6 además del medio magnético deberán presentarse en medio impreso, conforme a los instructivos de cada formato.

Parágrafo 2º. El medio magnético de que trata el parágrafo anterior, deberá contener la firma digital del Representante Legal de la respectiva entidad administradora de planes de beneficios.

Artículo 30º. Vigencia. La presente Resolución rige a partir de su publicación y el artículo 29 a partir del 1 de octubre de 2008 y deroga la Resolución 2933 de 2006 y demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C., a los