

**MANUAL DE AUDITORÍA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS POR TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS
COMPLEMENTARIOS**

**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD**

BOGOTÁ, 01 DE AGOSTO DE 2018

 ADRES <small>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</small>	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

CONTROL DE CAMBIOS DEL DOCUMENTO

Versión	Fecha	Descripción
01	JUNIO 2017	Creación de documento.
02	JULIO 2018	<p>Actualización y modificación de:</p> <p>Actualizaciones y/o modificaciones generales efectuadas al documento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se cambió el nombre de Servicios y tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC por Tecnologías en Salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, conforme a lo establecido en la Resolución 1885 de 2018. - Se efectuó actualización de los diferentes apartes o citas que hacían referencia a la Resolución 3951 de 2016, por lo establecido en la Resolución 1885 de 2018. - Se actualizaron los apartes en los cuales se citaba al FOSYGA, por la ADRES, en los casos que aplica. <p>1. Normatividad</p> <p>a) Inclusión de Decretos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 2265 de 2017: Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social adicionando el artículo 1.2.1.10, Y el Título 4 a la Parte 6 del Libro 2 en relación con las condiciones generales de operación de la ADRES – Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones <p>b) Inclusión de Resoluciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución 336 de 2017: Por la cual modifica el artículo 31 de la Resolución 5395 de 2013, términos de objeción en la auditoría parágrafos transitorios. • Resolución 374 de 2017: Por medio de la cual se corrige unos errores formales en el Anexo No. 1 que hace parte integral de la Resolución 6408 de 2016 - Por la cual se modifica el Plan De Beneficios En Salud con cargo a la unidad de pago por Capitación - UPC • Resolución 1687 de 2017: Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones

 ADRES <small>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</small>	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

Versión	Fecha	Descripción
		<ul style="list-style-type: none"> Resolución 1692 de 2017: Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos para la hepatitis C crónica y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con dicha patología y se dictan otras disposiciones. Resolución 5171 de 2017: Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS Resolución 5267 de 2017: Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud Resolución 5269 de 2017: Por la cual autoriza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) Resolución 5218 de 2017: Por la cual se Modifica la Resolución 4244 de 2015 Resolución 483 de 2018: Por la cual se modifica la Resolución 5171 de 2017 que establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS Resolución 46 de 2018: Por medio de la cual se corrigen unos errores de carácter formal en la resolución 5269 de 2017, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de pago por Capitación (UPC)" Resolución 1885 de 2018: Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones. <p>c) Inclusión de las notas externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 201633200038023 Preradicación de solicitudes de Recobro con excepciones en validación BDU A 201733200098143 presentación solicitudes de recobros MYT01 y MYT02 201733200117033 presentación solicitudes de recobro MYT04 201733200149353 presentación de solicitudes de recobros Glosa Transversal <p>2. Definiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se eliminan las definiciones de MYT01-MYT02 Y MYT04 Se elimina la definición de FOSYGA Se modifica la definición de dispositivo para uso médico, conforme a lo establecido en la Resolución 5269 de 2017.

 ADRES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

Versión	Fecha	Descripción
		<ul style="list-style-type: none"> Se modifica la definición de Junta de Profesionales de la Salud, conforme a lo establecido en la Resolución 1885 de 2018. Se modifica la definición de Prestaciones no financiadas con recursos del Sistema de Salud, conforme a lo señalado en la Resolución 1885 de 2018 Se modifica la definición de Profesional de la Salud par, conforme a lo señalado en la Resolución 1885 de 2018. Se modifica la definición de servicios complementarios, conforme a lo señalado en la Resolución 1885 de 2018. Se modifica la definición de Tecnología en Salud, conforme a lo señalado en la Resolución 5269 de 2017. <p>3. Excepciones a la entrega de los requisitos generales y específicos: Se adiciona el numeral 1. Respecto a la prescripción de servicios sucesivos.</p> <p>4. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos esenciales de los recobros/cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios</p> <p>5. Definición de los requisitos esenciales:</p> <p>El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC existía y le asiste el derecho al momento de la prestación del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se actualizan las notas externas No 201633200038023 y 201733200098143 <p>La tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la fecha de prestación:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se incorpora la validación que la firma auditora debe realizar para evaluar la cobertura de los medicamentos condicionados. Se incluye la aclaración del PBS-UPC respecto a Analgesia, anestesia y sedación- Hemostáticos y sellantes tisulares. Se incluye información relacionada con las Combinaciones de dosis fijas, definidas en el PBS-UPC <p>El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela:</p>

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	

Versión	Fecha	Descripción
		<ul style="list-style-type: none"> De manera general se estructura la presentación de la definición del requisito esencial y se incluyen los cambios normativos. En el numeral 3.1 se incluye la verificación que deben tener en cuenta las entidades recobrantes y la firma auditora respecto de las indicaciones o uso INVIMA En el numeral 3.3 se incluye la verificación que deben tener en cuenta las entidades recobrantes y la firma auditora respecto de las prescripciones que requieren concepto de la Junta de Profesionales de la Salud. En el numeral 3.4 se incluye la verificación que deben tener en cuenta las entidades recobrantes y la firma auditora respecto a los recobros/cobros presentados por servicio de Cuidador en virtud de un fallo de tutela En el numeral 3.5 se incluye la verificación que deben tener en cuenta las entidades recobrantes y la firma auditora respecto del listado de exclusiones financiación con recursos públicos asignados a la salud. <p>El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue efectivamente suministrada al usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> Respecto a la primera condición (i) evidencia de entrega de la tecnología al usuario. Se adiciona aclaración respecto a la forma farmacéutica de los medicamentos y se incluye la verificación que deben tener en cuenta las entidades recobrantes y la firma auditora respecto de recobros/cobros presentados por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios prestados a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas. En cuanto a la condición (iii) se ajusta la validación que se debe realizar al anexo de garantía de suministro. <p>El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponde a la ADRES y se presenta por una única vez</p> <ul style="list-style-type: none"> Se incluye la verificación que deben tener en cuenta las entidades recobrantes y la firma auditora para la presentación de los recobros/cobros derivados de fallos de tutelas de usuarios que pertenece al régimen subsidiado o régimen de excepción.

 ADRES <small>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</small>	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		 MINSALUD  GOBIERNO DE COLOMBIA
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	

Versión	Fecha	Descripción
		<p>Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> Se incluye la verificación que deben tener en cuenta las entidades recobrantes y la firma auditora cuando se traten de recobros/cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios que correspondan a prescripciones efectuadas en el módulo de tutelas y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios que correspondan a estudios pre-trasplante de donantes no efectivos. <p>6. Definición de los criterios de auditoría de los requisitos esenciales para la presentación de recobro/cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios</p> <p>REQUISITO ESENCIAL 3: El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela.</p> <p>(Condición No. 1): El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue prescrita por un profesional de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Se ajustan glosas 4302, 4303, 4305, 4306 y 4312 Se elimina la glosa 4304 Se incluyen glosas 4315, 4316 y 4317 <p>(Condición No. 2): El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fue originada en un fallo de tutela</p> <ul style="list-style-type: none"> Se modifica glosa 3511 y 3512 Se incluye glosa 3517, 3518, 3519 <p>REQUISITO ESENCIAL 4: El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario fue efectivamente suministrada al usuario</p> <p>(Condición 3): El anexo de garantía de suministro se reporta y contiene la información requerida</p>

 ADRES <small>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</small>	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		 MINSALUD  GOBIERNO DE COLOMBIA
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	

Versión	Fecha	Descripción
		<ul style="list-style-type: none"> • Se modifica glosa 4403 • Se elimina glosa 4404 <p>REQUISITO ESENCIAL 5: El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponde a la ADRES y se presenta por una única vez</p> <p>(Condición 1): El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada corresponde a la ADRES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se modifica la glosa 3806 • Se modifica la glosa 3801, 3802 (cambian FOSYGA por la ADRES) • Se ajusta la glosa 3805 "<i>...de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo</i>" ... <p>REQUISITO ESENCIAL 6: La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC se realiza ante la ADRES en el término establecido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se modifican glosas 4001 y 4002 • Se incluyen glosas 4010 y 4011 <p>REQUISITO ESENCIAL 7: Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se eliminan las glosas 4101, 4102, 4104, 4105, 4106 • Se modifican las glosas 4107, 4108, 4109 • Se incluyeron las glosas 4110, 4111, 4112, 4113, 4114, 4115, 4116.
02	12 DE JUNIO DE 2020	Se cambia el código del manual en la sección de las iniciales del proceso al que pertenece y el consecutivo de manuales del mismo proceso, de acuerdo con la actualización del mapa de procesos de la entidad. Esto no modifica la versión del documento.

 ADRES <small>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</small>	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

TABLA DE CONTENIDO

1. PROPÓSITO	9
2. ALCANCE	10
3. DOCUMENTOS DEL SIGI ASOCIADOS AL MANUAL	10
4. NORMATIVA Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS	11
5. DEFINICIONES.....	20
6. DEFINICIONES, LINEAMIENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA "ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL.....	33
6.1.. Características de la información.....	34
6.2.Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos de las entidades recobrantes.....	34
6.3.Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el proceso de verificación de los recobro/cobros.....	36
6.4.Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos esenciales de los recobro/cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.....	40
7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA AUDITORIA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS ORIGINADOS EN LA PRESCRIPCIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD O ORDENADOS POR FALLO DE TUTELA.....	88
8. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO RELACIONADO CON EL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL Y COMUNICACIÓN A LAS ENTIDADES RECOBRANTES.....	90
9. DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS QUE SE APLICAN EN EL PROCESO DE OBJECCIÓN AL RESULTADO DE LA AUDITORÍA.....	92
10. DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS QUE SE APLICAN EN EL PROCESO DE SUBSANACIÓN A LA APLICACIÓN DE GLOSAS COMO RESULTADO DE LA AUDITORÍA.....	96

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



1. PROPÓSITO

El proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro/cobro ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o quien haga sus veces está integrado por las etapas de pre radicación, radicación, pre auditoría, auditoría integral y pago, de conformidad con lo establecido en la Resolución 1885 de 2018, o cualquier norma que la modifique, adicione o sustituya. Desde esta perspectiva, en el presente documento se describen los parámetros que serán objeto de evaluación en la denominada "*Etapa de Auditoría Integral*" establecida en el Capítulo IV del Título IV de la mencionada Resolución.

La auditoría integral, corresponde a la etapa del proceso en la cual se revisan las solicitudes presentadas por las entidades recobrantes, considerando tres aspectos a saber: **salud, jurídico y financiero**; los mismos se analizan de forma conjunta y completa, con el fin de obtener un resultado que da lugar al reconocimiento y pago de las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios. Por el contrario, el incumplimiento en alguno de los requisitos previstos da como resultado la aplicación de una glosa.

En este sentido, el propósito fundamental de este documento consiste en estandarizar los criterios de verificación de los requisitos exigidos en la Resolución 1885 de 2018, de los recobros/cobros presentados ante la ADRES, por las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, en los aspectos de salud, jurídico y financiero, señalados por las normas vigentes e instrucciones impartidas por la ADRES, los cuales serán la base en la etapa de auditoría integral con el fin de generar resultados en los tiempos y con la calidad que se requiere para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Salud –SGSSS, en especial las entidades recobrantes, salvaguardando los recursos públicos y mejorando el flujo efectivo y oportuno de los mismos.

Es importante precisar, que el éxito del proceso de auditoría integral se encuentra ligado de manera directa a la responsabilidad que les asiste a las entidades recobrantes, en relación a la veracidad, claridad, consistencia, completitud, legibilidad y precisión de la información que se radica en las solicitudes, así como que ésta se realice dentro de los términos y condiciones que se indican en las normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, para obtener los mejores resultados en el proceso de reconocimiento y pago de por las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



2. ALCANCE

El presente manual está dirigido y su contenido aplica a los siguientes actores:

- ✓ Firma responsable de la auditoría integral de los recobros/cobros, contratada por la ADRES: es la encargada de realizar el proceso de auditoría a las solicitudes de recobros/cobros presentadas por las entidades recobrantes en los ámbitos salud, jurídico y financiero.
- ✓ Entidades recobrantes: estas entidades deben garantizar a sus afiliados el suministro oportuno a través de la red de prestadores contratada de las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, prescritos por los profesionales de la salud u ordenados por un fallo de tutela y posteriormente adelantar el proceso de recobro/cobro ante al ADRES.
- ✓ Interventoría del contrato suscrito entre la ADRES y la firma responsable de la auditoría integral de los recobros/cobros: para garantizar la calidad de los resultados de la auditoría integral, la mencionada interventoría aplicará los lineamientos técnicos contenidos en este manual.

3. DOCUMENTOS ASOCIADOS AL MANUAL

- Manual Operativo Gestión de Recobros/Cobros
- Documento controles frente a actividades tercerizadas

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

4. NORMATIVA Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS

Leyes

No. LEY	ASUNTO
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud
Ley 1764 de 2007	Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
Ley 1393 de 2010	Por la cual se definen las rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1448 de 2011	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones
Ley 1450 de 2011	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010 - 2014
Ley 1608 de 2013	Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud
Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1753 de 2015	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"

Decretos

No. DECRETO	ASUNTO
Decreto Ley 1281 de 2002	Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación
Decreto 1716 de 2009	Por el cual se reglamenta el artículo 13 de la Ley 1285 de 2009, el artículo 75 de la Ley 446 de 1998 y del Capítulo V de la Ley 640 de 2001
Decreto Ley 019 de 2012	Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento			
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios			
	Código	VALR-MA02	Versión	02	

No. DECRETO	ASUNTO
Decreto 1865 de 2012	Por el cual se reglamenta el artículo 122 del Decreto-ley 019 de 2012
Decreto 347 de 2013	Por el cual se reglamenta el inciso 4 del artículo 11 de la Ley 1608 de 2013
Decreto 780 de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
Decreto 705 de 2016	Por el cual se establecen disposiciones sobre el proceso de regulación de precios de medicamentos a nivel Nacional
Decreto 1370 de 2016	Por medio del cual se sustituye un artículo y se adiciona al Capítulo 5 del Título 1 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud una disposición, en relación con la operación de la Cuenta de Alto Costo
Decreto 2265 de 2017	Por el cual se modifica el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social adicionando el artículo 1.2.1.10, Y el Título 4 a la Parte 6 del Libro 2 en relación con las condiciones generales de operación de la ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

Resoluciones

No. RESOLUCIÓN	ASUNTO
Resolución 3374 de 2000	Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados
Resolución 4905 de 2006	Norma técnica para interrupción voluntaria del embarazo
Resolución 3442 de 2006	Guías para atención de ERC y VIH-Sida
Resolución 769 de 2008	Norma técnica sobre Planificación familiar
Resolución 2635 de 2014	Por la cual se definen las condiciones para la operación de la movilidad entre regímenes
Resolución 1531 de 2014	Por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS y su ámbito de aplicación.
Resolución 0122 de 2015	Por la cual se modifica la Resolución 2635 de 2014 que define las condiciones para la operación de la movilidad entre regímenes
Resolución 0718 de 2015	Por la cual se autoriza el ajuste por IPC para los precios de los medicamentos regulados en las Circulares 04, 05 y 07 de 2013 y 01 de 2014, de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos

No. RESOLUCIÓN	ASUNTO
Resolución 3166 de 2015	Por medio de la cual se define y se implementa el estándar de datos para medicamentos de uso humano en Colombia
Resolución 5161 de 2015	Por la cual se modifican los artículos 8 y 17 de la Resolución 3166 de 2015
Resolución 4244 de 2015	Por la cual se establecen los términos, formatos y requisitos para el reconocimiento y pago de los recobros y las reclamaciones en virtud de lo dispuesto en el literal c) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015.
Resolución 4678 de 2015	Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS y se dictan otras disposiciones
Resolución 5569 de 2015	Por la cual se modifica la Resolución 4244 de 2015.
Resolución 1352 de 2016	Por la cual se modifica el Anexo Técnico 2 "lista tabular" de la Resolución 4678 de 2015 que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS
Resolución 3804 de 2016	Por la cual se establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS
Resolución 3951 de 2016	Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones
Resolución 5884 de 2016	Por la cual se modifican los artículos 38, 93 y 94 de la Resolución 3951 de 2016
Resolución 5928 de 2016	Por la cual se establecen los requisitos para el reconocimiento y pago del servicio de cuidador ordenado por fallo de tutela a las entidades recobrantes, como un servicio excepcional financiado con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 5929 de 2016	Por la cual se modifica la Resolución 4244 de 2015 modificada por la Resolución 5569 de 2015 y se establecen los requisitos esenciales para la presentación de recobros/cobros por concepto de servicios de cuidador, prestados en cumplimiento de fallos de tutela que ordenan atención integral.
Resolución 5975 de 2016	"Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud —CUPS- en su Anexo Técnico No. 1 y se sustituye el Anexo Técnico No. 2"
Resolución 6408 de 2016	Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

No. RESOLUCIÓN	ASUNTO
Resolución 336 de 2017	Por la cual modifica el artículo 31 de la Resolución 5395 de 2013, términos de objeción en la auditoría parágrafos transitorios.
Resolución 374 de 2017	Por medio de la cual se corrige unos errores formales en el Anexo No. 1 que hace parte integral de la Resolución 6408 de 2016 - Por la cual se modifica el Plan De Beneficios En Salud con cargo a la unidad de pago por Capitación - UPC
Resolución 532 de 2017	Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016, modificada por la Resolución 5884 de 2016 y se dictan otras disposiciones
Resolución 493 de 2017	Por la cual se modifica la Resolución 4244 de 2015.
Resolución 1132 de 2017	Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015
Resolución 1687 de 2017	Por la cual se sustituye el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 6408 de 2016 y se dictan otras disposiciones
Resolución 1692 de 2017	Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos para la hepatitis C crónica y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con dicha patología y se dictan otras disposiciones
Resolución 5171 de 2017	Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS
Resolución 5267 de 2017	Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud
Resolución 5269 de 2017	Por la cual autoriza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 5218 de 2017	Por la cual se Modifica la Resolución 4244 de 2015
Resolución 483 de 2018	Por la cual se modifica la Resolución 5171 de 2017 que establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS
Resolución 46 de 2018	Por medio de la cual se corrigen unos errores de carácter formal en la resolución 5269 de 2017, "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de pago por Capitación (UPC)"
Resolución 1885 de 2018	Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

Circulares

No. Circular	ASUNTO
Circular Externa 094 de 2004	Aclaración de cobertura de servicios para la Rehabilitación Pulmonar en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del Régimen Contributivo
Circular Externa 010 de 2006	Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes. Atención Inicial de Urgencias
Circular 1 de 2012 CNPMSM	Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo y se dictan otras disposiciones.
Circular 3 de 2012 CNPMSM	Por la cual se modifica parcialmente la Circular número 01 de 2012.
Circular 04 de 2012 CNPMSM	Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo y se dictan otras disposiciones.
Circular 001 de 2013 CNPMSM	Por la cual se aclara el sentido, interpretación y alcance del artículo 2º de la Circular No. 01 del 14 de abril de 2010 de la Comisión Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos.
Circular 002 de 2013 CNPMSM	Por la cual se amplía el plazo para el desarrollo de la metodología según lo establecido en el artículo 8 de la Circular 002 de 2011, modificado por el artículo 8 de la Circular 01 de 2012.
Circular 003 de 2013 CNPMSM	Por la cual se establece la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional
Circular 004 de 2013 CNPMSM	Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su Precio Máximo de Venta en el territorio nacional
Circular 005 de 2013 CNPMSM	Por la cual se modifica la Circular 04 de 2013
Circular 006 de 2013 CNPMSM	Por la cual se incorpora al régimen de control directo el medicamento KALETRA el cual contiene los principios activos Lopinavir y Ritonavir
Circular 007 de 2013 CNPMSM	Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 003 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su Precio máximo de venta
Circular 001 de 2014 CNPMSM	Por la cual se incorporan medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija su precio

No. Circular	ASUNTO
	máximo de venta, se modifica la Circular 07 de 2013 y se dictan otras disposiciones.
Circular 034 de 2014	Auditoría Concurrente Unión Temporal FOSYGA 2014 dirigida a Entidades reclamantes y reclamantes instituciones prestadoras de salud, proveedores de tecnología en salud, personas jurídicas, personas naturales y demás entidades involucradas en el proceso de recobros/cobros y reclamaciones ante el FOSYGA.
Circular 1 de 2015 CNPMDM	Por la cual se interviene en los mercados de dispositivos médicos, se establece un régimen de libertad vigilada para estos productos y se someten uno ESTENTS coronarios a control directo.
Circular 022 de 2016	Lineamientos y directrices para la gestión del acceso a medicamentos opioides para el manejo del dolor
Circular 024 de 2016	Protección de los recursos del SGSSS — deber de las entidades destinatarias de recursos de dicho sistema, de emplear los mecanismos legales para su defensa en sede jurisdiccional frente a medidas cautelares decretadas en su contra
Circular 01 de 2016	Por la cual se autoriza el ajuste por la variación del Índice del Precio al Consumidor - IPC para los precios regulados de medicamentos en la Resolución 0718 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Notas Externas

No. Nota Externa	ASUNTO
217247 de 2012	Conciliaciones prejudiciales e instructivo para la presentación de recobros/cobros o reclamaciones en trámite de conciliación prejudicial.
20143320060543	Remisión de información reintegro de recursos por concepto de Recobros/cobros por Prestaciones en salud NO POS o reclamaciones ECAT - Resolución 3361 de 2013.
201433200214183	Pre radicación de solicitudes de recobros/cobros con excepciones de validación de BDUA.
201433200170103	Validaciones excepcionales BDUA radicación mes de julio de 2014.
201433200152233	Adopción del anexo técnico de Comparadores Administrativos para medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios.
201433100142683	Orden médica en recobros/cobros originados en tutelas.
201433200014303	Formatos y anexos técnicos para el proceso de verificación, control y pago de solicitudes de recobros/cobros

PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento			
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	

No. Nota Externa	ASUNTO
201433210469851	Ajuste estructura de datos para presentación económicas al FOSYGA.
201433200190093	Formatos para la presentación de objeción a los resultados de Auditoría integral – Art. 31 de la Resolución 5395.
201433200296523	Lineamientos y criterios técnicos respecto a exclusiones del POS y prestaciones que no pueden ser financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
201633200200753	Precisiones Resolución 3435 de 2016
201633200038023	Pre radicación de solicitudes de Recobro con excepciones en validación BDUA
201633200309423	Adopción del concepto técnico de comparadores administrativos fase II para medicamentos no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC
201633200303523	Resolución 3951 de 2016- Formatos y anexos técnicos para el proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro.
201733200074543	Prescripción de tecnologías en salud y servicios no cubiertos por el plan de beneficios con cargo a la UPC a través del aplicativo WEB-MIPRES
201733200098143	Presentación solicitudes de recobros MYT01 y MYT02
201733200117033	Presentación solicitudes de recobro MYT04
201733200149353	Presentación de solicitudes de recobros Glosa Transversal

Instrucciones

No. RADICADO MSPS	ASUNTO	Fecha del Documento
12100-212	Términos de presentación de recobros/cobros Resolución 2933 de 2006	29/01/2007
12100-5197	Tratamiento contable procedimiento recobros/cobros y reclamaciones - Contaduría General de la Nación	16/09/2008
7650	Respecto del POS para el factor Recombinante con sacarosa (Kogenate F5) POS O NO POS	26/12/2008
3377	Validaciones al proceso de recobros/cobros y reclamaciones	13/07/2009
12100-5820	Cumplimiento de fallos de tutela en relación con el régimen subsidiado	20/11/2009
12100-5836	Aplicación de la extensión de competencias del Comité Técnico Científico en cumplimiento de la sentencia C-463 DE 2008	23/11/2009
199824	Autorización de servicios en Salud por CTC expresamente excluidos del POS	15/07/2010

No. RADICADO MSPS	ASUNTO	Fecha del Documento
4689	Aplicación de la Resolución 4377 de 2010	06/01/2011
8457	Aclaraciones códigos CUM	13/01/2011
2470	Remisión de información de recobros/cobros incautados por la Fiscalía General de la Nación	10/01/2012
11931	Alerta por retiro del producto Bevacizumab/Avastin en la indicación del cáncer de mama	25/01/2012
14370	Licencias de importación Eculizumab	27/01/2012
22064	Uso por fuera de la indicación aprobada (uso off label) del producto Bevacizumab/Avastin en oftalmología	07/02/2012
21177	Licencias de importación Eculizumab	07/02/2012
3320-168828	Criterio de auditoría respecto de la diferencia entre medio físico y medio magnético de medicamentos facturados y recobrados	06/08/2012
196180	Validaciones proceso de auditoría-los recobros/cobros radicados deben ser cruzados con las bases de datos indicadas.	06/09/2012
201333200341901	Concepto relacionado con la cobertura del POS respecto del procedimiento de Ecocardiograma con Stress Farmacológico	21/03/2013
201333200398591	Criterios de auditoría aplicables a recobros/cobros radicados a partir de marzo de 2013	05/04/2013
201333210791301	Interpretación Resolución 3086 de 2012	19/06/2013
201331100159883	Concepto Gadolinio medio de contraste	25/06/2013
201333200969491	Cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC del Stent	25/07/2013
201333201041481	Consolidación de conceptos relacionados con la cobertura del POS	12/08/2013
201333201336521	Actividades, plazos y responsables en el trámite de solicitudes de recobros/cobros presentadas ante el FOSYGA	02/10/2013
201331100323903	Conceptos respecto de la cobertura del POS	19/11/2013
201331100324063	Nomenclatura SOD Integralidad NO POS	19/11/2013
201333201580941	Concepto SOD e integralidad del NO POS	20/11/2013
201331100368393	Concepto cobertura de Prótesis oculares	30/12/2013
201431100014523	Concepto Ecocardiograma con Stress con prueba de Esfuerzo o con Prueba Farmacológica	21/01/2014
201431100014453	Respuesta Solicitud Divergencias recurrentes Coomeva EPS S.A	21/01/2014
201431100032053	Divergencias recurrentes coberturas	06/02/2014
201431100070803	Divergencias recurrentes coberturas	26/03/2014
201431100107013	Cobertura del POS para DIPEPTIVEN	09/05/2014

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

No. RADICADO MSPS	ASUNTO	Fecha del Documento
201633200297571	Criterio de auditoría integral para recobros - neuro navegador/diagnóstico molecular de enfermedades/sten periférico medicado y balón medicado	03/03/2016
201733200971991	Criterio de auditoría para la verificación de la indicación autorizada por el INVIMA.	20/05/2017

Sentencias

No. Sentencia	AÑO
Sentencia SU-480	1997
Sentencia C-510	2004
Sentencia C-463	2008
Sentencia T-760	2008
Sentencia T-160	2014

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

 MINSALUD
  GOBIERNO DE COLOMBIA

5. DEFINICIONES

- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES): Es un organismo de naturaleza especial del nivel descentralizado de la Rama Ejecutiva de orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera, patrimonio independiente, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, la cual tiene como objeto administrar los recursos que hace referencia el artículo 67 de la ley 1753 de 2015 y los demás ingresos que determine la ley, así como adoptar y desarrollar los procesos y acciones para el adecuado uso, flujo y control de los recursos en los términos señalados en la citada ley.
- Atención de urgencia¹: Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.
- Atención inicial de urgencias²: Denomínese como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales³, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.
- Auditoría integral: es la etapa en la cual se verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros, teniendo en cuenta los ámbitos salud, jurídico y financiero.
- Base de Datos Única de Afiliados (BDUA): Base de datos de aportantes y afiliados plenamente identificados, que contiene la información de cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, regímenes especiales y exceptuados del mismo y planes adicionales.

¹ Tomado de artículo 2.5.3.2.3 Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

² Tomado de artículo 2.5.3.2.3 Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

³ “(...) La estabilización de los signos vitales, límite de la responsabilidad de la atención inicial de urgencias a cargo de la entidad que inicialmente atiende el paciente con un cuadro patológico de urgencias, consiste en emplear los medios adecuados a su nivel de complejidad para que los signos vitales descritos, se sitúen dentro de los límites adecuados para la definición de un pronóstico, determinar la referencia o postergar la práctica de un procedimiento sin poner en riesgo la seguridad del paciente, responsabilidad en últimas del médico tratante que define tal hecho.(...)” (Tomado de la Circular Externa No. 049 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud)

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



- Base de datos: Plataforma tecnológica que permite almacenar información de forma organizada con base en una parametrización previamente establecida. Es una herramienta con la cual se efectúan validaciones en el proceso de verificación para control y pago de las solicitudes de recobro/cobro presentadas ante el ADRES.
- Caja de Compensación Familiar (CCF): Entidades privadas, sin ánimo de lucro, organizadas como corporaciones de carácter civil, vigiladas por la Superintendencia de Subsidio Familiar que pueden tener dentro de sus programas, como unidad de negocio, a una Entidad Promotora de Salud.
- Certificación del proveedor cuando la factura incluye el tratamiento de más de un afiliado: Documento del proveedor que permita establecer que la Tecnología en Salud o el servicio complementario que se relaciona en la factura, fue suministrada a más de un afiliado, en cuyo caso deberá identificarse con nombre o tipo y número de identificación.
- Certificación del representante legal cuando la entidad recobrante importa directamente el medicamento objeto del recobro/cobro: Documento en donde se informe que la Tecnología en Salud o el Servicio Complementario recobrado, fue directamente importado por la entidad recobrante, lo cual no exime de la presentación de los demás requisitos de la normativa vigente.
- Certificación del representante legal cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados: Documento en donde se informe que los medicamentos importados para un usuario específico quedaron disponibles y serán utilizados en otro paciente que lo requiera.
- Certificación del representante legal cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor no le sea posible identificar el usuario: Es un documento en el cual se indica a qué factura se imputa la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario y el (los) paciente(s) a quien (es) le(s) fue suministrada, especificando la fecha de prestación del servicio y la factura de venta o documento equivalente.
- Cierre efectivo del proceso de verificación: Corresponde a la finalización de las etapas de pre-radicación, radicación, pre-auditoría y auditoría integral del proceso de recobro/cobro adelantado por la ADRES o ante la entidad que se defina para el efecto, en un período de tiempo determinado.
- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10): Es la herramienta de diagnóstico estándar para la epidemiología y la gestión de la salud, que permite la producción de estadísticas sobre mortalidad y morbilidad que son comparables en el tiempo entre unidades o regiones de un mismo país y entre países. Consiste

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

en un sistema de códigos alfanuméricos (categorías y sub categorías) los cuales se asignan a términos diagnósticos debidamente ordenados. Cuenta con procedimientos, reglas y notas para asignar los códigos a los diagnósticos anotados en los registros y para seleccionar aquellos que serán procesados para la producción de estadísticas de morbilidad y mortalidad en especial, las basadas en una sola causa.

- Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS): Corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan en Colombia, identificados por un código y descritos por una nomenclatura validada por los expertos del país.
- Cobro: Solicitud presentada por una entidad recobrante ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, a fin de obtener el pago de cuentas directamente al proveedor o prestador de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, al igual que los servicios complementarios según corresponda, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentará sin constancia de cancelación.
- Código Único de Medicamentos (CUM): Identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA.
- Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos: Comisión de alto nivel creada por la Ley 100 de 1993, integrada por el Ministro de Salud y Protección Social, el Ministro de Comercio, Industria y Turismo y, un delegado personal del Presidente de la República, encargada de dictar las políticas de regulación de precios de medicamentos y dispositivos médicos.
- Comparador administrativo. Tecnología en salud financiada con recursos de la UPC que las entidades recobrantes utilizarán para definir el monto a recuperar por la tecnología en salud objeto de recobro/cobro.
- Concentración del medicamento: Cantidad de principio activo que contiene un medicamento, en un determinado peso o volumen.
- Copago: Aporte en dinero que hacen los beneficiarios correspondientes a una parte del valor del servicio requerido y tienen como finalidad ayudar a financiar el SGSSS.
- Cuidador: Se entiende por cuidador, aquella persona que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que sufra una enfermedad grave, sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que dependa totalmente

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

de un tercero para movilizarse, alimentarse y realizar sus necesidades fisiológicas; sin que lo anterior implique sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS o EOC por estar incluidos en el Plan de Beneficios en salud cubierto por la UPC.

- Cuota moderadora: Aporte en dinero que hacen los cotizantes y beneficiarios en algunos servicios que tiene por objeto regular la utilización de los mismos y estimular su buen uso.
- Declaración Andina de Valor: Documento soporte de la declaración de importación que está previsto por la DIAN. En él se consigna la información técnica respecto a las condiciones y circunstancias de la operación comercial que da lugar a la importación de la tecnología, que sirven para determinar el valor aduanero de la misma.
- Declaración de importación: Documento mediante el cual se informa a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, DIAN, los datos relativos a la tecnología a importar, la llegada al territorio aduanero, se liquidan los tributos aduaneros y se solicita el levante a efectos de la nacionalización de la misma. Acredita la introducción legal de una tecnología al territorio nacional.
- Denominación Común Internacional (DCI): Es el nombre recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cada medicamento. La finalidad de la Denominación Común Internacional (DCI) es conseguir una buena identificación de cada fármaco en el ámbito internacional.
- Días/tratamiento: Cantidad del medicamento que se administra para mantener el efecto farmacológico, una vez se obtiene la concentración plasmática o una determinada respuesta clínica. También se define como la dosis administrada durante el estado estacionario por unidad de tiempo o por intervalo de dosificación.
- Disponibilidad del medicamento importado: Corresponde a sobrante de medicamento importado para un usuario específico, que por razones ajenas a la entidad recobrante no se puede utilizar en éste.
- Dispositivo médico para uso humano: Cualquier instrumento, aparato o artefacto, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado solo o en combinación, incluyendo componentes, partes, accesorios fabricados y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:
 - ✓ Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

- ✓ Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
 - ✓ Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico
 - ✓ Diagnóstico del embarazo y cuidado de la concepción.
 - ✓ Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
 - ✓ Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.
- Documento del proveedor con detalle de cargos: Documento de la persona natural o jurídica que factura a la entidad recobrante una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario, bien sea en el ámbito ambulatorio u hospitalario, en el que incluye el detalle de cargos cuando no está discriminada la atención. Se debe utilizar siempre que corresponda a prestaciones tales como: paquetes, programas, clínicas o conjuntos de atención, entre otros, de tal forma que sea posible identificar el detalle de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario recobrado. Así mismo, debe utilizarse cuando no se desagrega la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario por cada usuario, o cuando la factura incluye el tratamiento de más de un paciente.
 - Documento equivalente a factura de venta: Documento soporte que equivale a la factura de venta, expedido por el proveedor de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario, tales como: tiquetes de máquina registradora, tiquetes o billetes de transporte de pasajeros, incluido el tiquete o billete electrónico y la factura electrónica.
 - Dosis del medicamento: Cantidad indicada para la administración de un medicamento, los intervalos entre las administraciones y la duración del tratamiento.
 - Dosis/día: Cantidad de medicamento que se administra durante 24 horas.
 - Enfermedades Huérfanas: Las enfermedades huérfanas según el artículo 2 de la Ley 1392 del 2010 modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 del 2011, son aquellas denominadas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas
 - Entidad recobrante. Entidad Promotora de Salud o Entidad Obligada a Compensar, que garantizó a sus asegurados el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud o mediante un fallo de tutela y que solicitan ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

Seguridad Social en Salud - ADRES, el reconocimiento y pago de dichos servicios o tecnologías en salud.

- Epicrisis: Resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación, o de hospitalización, de acuerdo con los contenidos y características definidos en la Resolución 3374 de 2000, o las normas que la sustituyan, modifiquen o adicionen.
- Equipo biomédico: Dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
- Etapas del proceso de verificación y control de las solicitudes de recobro/cobro: las solicitudes de recobro/cobro para pago surtirán las siguientes etapas de verificación y control:
 - Etapa de pre-radición: El objeto de esta etapa es validar la información registrada por la entidad recobrante contra la registrada en bases de datos, en aras de establecer la existencia del usuario, la consistencia de los códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro/cobro y las investigaciones administrativas o judiciales que pudieren estar cursando.
 - Etapa de radicación: El objeto de esta etapa es presentar ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, los Formatos solicitud de recobro/cobro que correspondan, junto con los soportes en medio impreso o magnético según la normatividad vigente.
 - Etapa de pre-auditoría: el objeto de esta etapa es verificar que el recobro/cobro contenga los soportes exigidos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales.
 - Etapa de auditoría integral: el objeto es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros, conforme el manual de auditoría.
 - Etapa de Pago: el objeto de esta etapa es generar el pago del recobro/cobro, conforme a los resultados obtenidos una vez surtido el proceso de auditoría integral y de acuerdo con las disposiciones de la normatividad vigente.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

- Evidencia de entrega: Prueba que permite a la entidad recobrante demostrar que el servicio o la tecnología prescrita o aprobada fue recibida por el respectivo usuario o aplicada al mismo.
- Evidencia de entrega en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria y ambulatoria: Corresponde al resumen de atención, la epicrisis o historia clínica.
- Evidencia de entrega en la atención inicial de urgencias: Corresponde a la copia del informe de atención inicial de urgencias.
- Evidencia de entrega en servicios ambulatorios: Firma y número de identificación del: i) paciente, ii) representante del paciente, iii) responsable del paciente, iv) acudiente del paciente o v) de quien recibe la tecnología, registrada en alguno de los siguientes documentos: i) factura de venta, ii) documento equivalente a la factura, iii) fórmula médica, iv) orden médica, v) reporte de prescripción vi) certificación del prestador, o vii) formato diseñado por la entidad recobrante.
- Prescripción de tiempo para la presentación de los recobros/cobros: corresponde a la inoportunidad en la presentación de las solicitudes de recobro/cobro por parte de las entidades recobrantes al no adelantar las etapas de pre-radicación y radicación ante la ADRES durante los tres (3) años contados a partir de la fecha de prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente, según lo establecido en el literal a) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015. Si el recobro/cobro a presentar cumple el plazo mencionado, en días posteriores al día 15 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación inmediatamente siguiente.
- Factura de venta: Documento con valor probatorio, constituye título valor que debe cumplir con los requisitos del estatuto tributario y que el proveedor de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios,, entrega al comprador de la misma.
- Factura del agente aduanero: Documento que expide la persona jurídica que ejerce el agenciamiento aduanero, autorizadas por la DIAN para ejercer una actividad de naturaleza mercantil y de servicio, orientada a garantizar que los usuarios de comercio exterior que utilicen sus servicios cumplan con las normas legales existentes en materia de importación, exportación y tránsito aduanero y cualquier operación o procedimiento aduanero inherente a dichas actividades.
- Fallo de tutela: Providencia judicial dictada por un juez de la República, en virtud de la acción constitucional de tutela, interpuesta por un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por considerar vulnerado el derecho a la salud que ordena el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

- **Firmas:** Corresponden al registro autógrafo o digital que respalda un documento físico o electrónico, a fin de establecer que el firmante tenía la intención de acreditarlo y de ser vinculado con su contenido. Las firmas digitales que se incorporan en los documentos electrónicos deben cumplir con los siguientes atributos: i) ser única a la persona que la usa y estar bajo su control exclusivo, ii) poder ser verificada, iii) estar ligada al mensaje, de tal forma que si este es cambiado queda invalidada, iv) estar conforme a las reglamentaciones adoptadas por el Gobierno Nacional y cuente con una refrendación de una entidad acreditadora, ya que solo las firmas en comento otorga eficacia probatoria a los documentos que respalda.
- **Forma farmacéutica:** Forma física en que se presenta un producto farmacéutico terminado, que tiene como objetivo fundamental proteger el fármaco y facilitar su dosificación y aplicación terapéutica, tales como: tableta, cápsula, gragea, polvo para suspensión, solución inyectable.
- **Fórmula o preparación magistral.** Preparado o producto farmacéutico elaborado por un químico farmacéutico para atender una prescripción médica, de un paciente individual, que requiere de algún tipo de intervención técnica de variada complejidad. La preparación magistral debe ser de dispensación inmediata.
- **Fórmula u Orden médica:** documento en el que el profesional de la salud tratante prescribe una tecnología en salud, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, con fines de promoción y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.
- **Fuera de término en la presentación de la objeción:** Cuando se presenta y sustenta la objeción después de los dos (2) meses siguientes a la fecha de comunicación del resultado de auditoría.
- **Glosa:** no conformidad que afecta en forma parcial o total el reconocimiento y pago de un recobro/cobro, por la existencia de un error, una inconsistencia o la ausencia de algunos de los documentos, requisitos o datos previstos en la normativa vigente.
- **Identificación del usuario:** Corresponde al número de identificación del usuario para el cual se prescribió la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o el servicio complementario, así como el que indica el fallo de tutela que ordena la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios.
- **Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS):** Son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias o solidarias (tales como: clínicas, hospitales, centros de atención, entre otras) organizadas para la prestación de los servicios de salud a

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas.

- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA): Entidad encargada de la ejecución de las políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico, y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva.
- Ítems del recobro/cobro. Corresponde a cada servicio o tecnología en salud presentada en un mismo recobro/cobro para verificación y pago.
- Identificador único del medicamento - IUM⁴: Es un código único, invariable y de uso público que se le asigna a cada medicamento, de acuerdo a los niveles del estándar. El IUM permitirá relacionar el medicamento en su descripción común, con el medicamento comercial y la presentación comercial. Está compuesto por trece dígitos.
- Junta de Profesionales de la Salud: grupo de profesionales de la salud, los cuales se reúnen para analizar la pertinencia y la necesidad de utilizar una tecnología en salud o servicio complementario, de soporte nutricional ambulatorio o medicamento incluido en el listado temporal de usos no incluidos en registro sanitario, prescritos por el profesional de la salud.
- Medicamento esencial: Preparación farmacéutica que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón a su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbilidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía de un país. Corresponde a los contenidos en el listado de medicamentos del Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC, del SGSSS.
- Medicamento vital no disponible: Medicamento indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente y que no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes.
- Medicamento: Es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentada bajo una forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases,

⁴ Resolución 3166 de 2015: Por medio de la cual se define y se implementa el estándar de datos para medicamentos de uso humano en Colombia

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

rótulos, etiquetas y empaques hacen parte de integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

- Medicamentos con uso no incluido en el registro sanitario (UNIRS). Es entendido como el uso o prescripción excepcional de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA.
- MYT – R: Formato resumen de la radicación que contiene los datos de los valores y cantidades totales presentados por tipo de radicación (Prescripción y/o fallos de tutela) y la manifestación de que la información suministrada es veraz y podrá ser verificada. Este formato debe estar suscrito por el representante legal y el contador público de la entidad recobrante
- Número de Prescripción: Corresponde al número asignado por aplicativo MIPRES, una vez ha finalizado el diligenciamiento de la prescripción de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios o luego de la aprobación de la Junta de Profesionales de la Salud.
- Número único de radicación: Corresponde a la identificación asignada por el sistema dispuesto la ADRES, para la radicación de solicitudes de recobro/cobro.
- Objeción a los resultados de auditoría: Posibilidad de la entidad recobrante para objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado.
- Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC (PBS-UPC): conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud.
- Precio regulado: Valor establecido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, para algunos medicamentos con base en una metodología que establece los medicamentos que ingresan al régimen de control directo de precios.
- Presentación comercial: Forma de empaque y distribución de los medicamentos con sus respectivas medidas de contenido.
- Prestación de salud: Servicios de salud suministrados a los habitantes del territorio nacional, afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

- Prestación de salud única repetida: Servicio de salud suministrado a un usuario en una ocasión, y que requiere la misma intervención por presentar una complicación, recurrencia o por ser consecuencia de una posible mala práctica o evento adverso.
- Prestaciones no financiadas con recursos del Sistema de Salud: tecnologías o servicios que adviertan los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 o aquella que la modifique o sustituya; así como las que hagan parte del listado de exclusiones de la Resolución 5267 de 2017 y demás normas que la modifiquen o sustituyan.
- Principio activo: Compuesto o mezcla de compuestos que tiene una acción farmacológica.
- Producto biológico: Aquel que ha sido elaborado con materiales de origen biológico, tales como microorganismos, órganos y tejidos de origen vegetal o animal, células o fluidos de origen humano o animal y diseños celulares (sustratos celulares, sea o no recombinantes –incluidas las células primarias) así como otros de origen biotecnológico que se obtienen a partir de una proteína o ácido nucleico por tecnología ADN recombinante.
- Profesional de la salud par: Profesional de la salud que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. Si la prescripción se realiza por un sub-especialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la sub-especialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico del que trate la prescripción; igualmente para los profesionales de la salud en nutrición y dietética y optómetras será uno que tenga el mismo título profesional.
- Proveedor: Persona natural o jurídica que suministra a la entidad recobrante una tecnología en salud, bien sea del ámbito ambulatorio u hospitalario.
- Recobro/cobro: Solicitud presentada por una entidad recobrante ante la ADRES, a fin de obtener el pago de las solicitudes por concepto de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados en virtud de una prescripción efectuada por el profesional de la salud u ordenado por un fallo de tutela.
- Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC): Entidad responsable del registro e identificación de los colombianos, encargada de inscribir los nacimientos, los matrimonios y la defunción de las personas naturales, de corregir, cancelar y certificar los registros civiles.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

- Reporte de Prescripción de Tecnologías en Salud no financiadas con recursos de la UPC y Servicios Complementarios: diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las EPS o las EOC de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por las Juntas de Profesionales de la Salud, el profesional de la salud designado por las IPS, mediante la herramienta tecnológica dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan las tecnologías en salud prescritos que no se encuentren financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios según correspondan.
- Requisitos esenciales del recobro/cobro: Para los efectos del proceso de auditoría integral, se entiende como requisitos esenciales aquellos que al verificarse por el auditor permiten demostrar la existencia de la respectiva obligación y que por lo tanto procede el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro/cobro por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.
- Resultado del proceso de auditoría integral: Cuando se verifica el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el pago de los recobros/cobros, conforme los lineamientos del presente manual de auditoría, se genera el resultado que puede ser aprobado (aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial) o no aprobado.
- Aprobado: Cuando uno o más de los ítems del recobro/cobro cumplen con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría. Este resultado tiene las siguientes variables:
 - ✓ Aprobado total: cuando todos los ítems del recobro/cobro cumplen con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el presente manual de auditoría.
 - ✓ Aprobado con reliquidación: cuando habiendo aprobado todos los ítems del recobro/cobro, el valor a pagar es menor al valor recobrado/cobrado, debido a existen errores en los cálculos del valor presentado por la entidad recobrante.
 - ✓ Aprobado parcial: cuando se aprueban para pago parte de los ítems del recobro/cobro.
 - ✓ No aprobado: Cuando la totalidad de ítems del recobro/cobro no cumplen con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría.
- Registro Único de Talento Humano en Salud (RETHUS): consiste en la inscripción que se hace al Sistema de Información previamente definido, del personal de salud que cumpla con los requisitos establecidos para ejercer como lo señala la ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

certificado para el ejercicio de la profesión u ocupación, por el período que la reglamentación así lo determine. En este registro se deberá señalar además la información sobre las sanciones del personal en salud que reporten los Tribunales de Ética y Bioética según el caso; autoridades competentes o los particulares a quienes se les deleguen las funciones públicas.

- Servicio ambulatorio priorizado: Corresponde a un servicio prescrito por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio, que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere la prestación en un tiempo máximo de 24 horas por su condición de salud.
- Servicio ambulatorio no priorizado: prestación prescrita por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 5 días calendario
- Servicio sucesivo: Servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario de forma periódica, cuyo objetivo puede ser promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, en el cual se debe señalar la frecuencia de uso, cantidad y el tiempo total en que se requiere el mismo.
- Servicio único: Servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario por una única vez, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- Servicios complementarios: servicio o tecnología que, si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso está relacionado con promover el mejoramiento de la salud o prevenir la enfermedad. Comprende:
 - Servicio: Organización y personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público o de alguna entidad oficial o privada.
 - Tecnología: Es un conjunto de teorías, técnicas, instrumentos y procedimientos industriales que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico de un determinado sector o producto.
- Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED): Sistema de información que suministra los datos necesarios para analizar y controlar el comportamiento de los precios de los medicamentos en Colombia y de esta manera orientar la regulación del mercado de medicamentos en el país.
- Soporte Documental: Documento que se aporta para la conformación de un recobro/cobro.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

- Soporte Nutricional: Corresponde al aporte de nutrientes necesarios, bien sea con nutrición parenteral o enteral, o ambas, en los casos en los cuales no sea posible mantener la alimentación convencional.
- Subsanación de glosa: Posibilidad de la entidad recobrante de una vez aceptadas las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, enmendarlas únicamente dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado y sólo para el grupo de glosas definido en el presente manual de auditoría, etapa en la cual se deberá precisar las razones por las cuales va a realizar la rectificación para cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro y las mismas se acepten por la entidad recobrante y sean subsanables, se deberá radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las correcciones.
- Tecnología en salud: Actividades, intervenciones, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como sistemas organizativos y de soporte con los que se presta la atención en salud de conformidad con lo establecido en la Resolución 5269 de 2017 o la norma que la modifique o adicione.
- Usuario del servicio de salud: Persona natural habitante del territorio nacional, afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluida en la Base de Datos Única de Afiliados

6. DEFINICIONES, LINEAMIENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA "ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL"

La auditoría integral corresponde a la etapa en la cual se revisan los requisitos esenciales de las solicitudes de recobro/cobro por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios para la fecha de prestación del servicio al usuario, presentadas por las entidades recobrantes ante la ADRES, considerando el aspecto técnico o de salud, jurídico y financiero, de conformidad con lo establecido en el Capítulo IV del Título IV de la Resolución 1885 de 2017.

Los tres aspectos mencionados se analizan de forma conjunta y completa para obtener un resultado que da lugar al reconocimiento y pago de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios o, por el contrario, da lugar a la aplicación de una glosa por el incumplimiento en alguno de los requisitos que exige la normativa.

Aunque la etapa de auditoría integral de acuerdo con el Artículo 52 de la Resolución 1885 de 2018 tiene como objeto la evaluación de requisitos esenciales, es necesario revisar

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



otros requisitos en etapas previas a la de auditoría integral, para confirmar el cumplimiento y garantizar el resultado del proceso.

De acuerdo con lo anterior, la etapa de auditoría integral que se lleva a cabo en el proceso de verificación y control para pago de las solicitudes de recobro/cobro evalúa el cumplimiento de los requisitos esenciales, los correspondientes a la entidad recobrante y los documentos que las entidades deben aportar, tanto para los recobro/cobros que se derivan de prescripciones realizadas por el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las EPS o las EOC de acuerdo con sus competencias, así como los ordenados por fallo de tutela, para lo cual la información allegada debe cumplir con unas condiciones y propiedades para que el resultado del proceso de verificación sea eficiente.

En el desarrollo del presente capítulo deben observarse las notas al pie de página como parte integral del cumplimiento del requisito que se evaluará.

6.1. Características de la información

Para efectos de adelantar la auditoría integral de los recobros/cobros, las entidades recobrantes deben garantizar que la información de los soportes documentales, así como la registrada en los medios magnéticos sea: **i)** completa, **ii)** clara, **iii)** cierta, **iv)** oportuna, **v)** verificable, **vi)** comprensible, **vii)** precisa, **viii)** útil, **ix)** actualizada y **x)** consistente.

Adicionalmente, se precisa que, para la totalidad de los soportes documentales, aplica lo contenido en el artículo 11 del Decreto Ley 019 de 2012 que señala:

"De los errores de citas, de ortografía, de mecanografía o de aritmética. Ninguna autoridad administrativa podrá devolver o rechazar solicitudes contenidas en formularios por errores de citas, de ortografía, de mecanografía, de aritmética o similares, salvo que la utilización del idioma o de los resultados aritméticos resulte relevante para definir el fondo del asunto de que se trate y exista duda sobre el querer del solicitante. Cualquier funcionario podrá corregir el error sin detener la actuación administrativa, procediendo en todo caso a comunicar por el medio más idóneo al interesado sobre la respectiva corrección."

6.2. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos de las entidades recobrantes

6.2.1. Definición de los requisitos de las entidades recobrantes

Para efectos de presentar las solicitudes de recobro/cobro, las entidades recobrantes deberán radicar ante la firma auditora, los siguientes documentos:

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

1. Certificado de existencia y representación legal, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días, cuando se registren por primera vez. Si se modifica la representación legal o el domicilio, deberá allegarse nuevo certificado que así lo informe.
2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, se deberá presentar nuevo poder.
3. Plan general vigente de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC, de acuerdo con la normativa vigente y aplicable.

Los planes de cuotas moderadoras y copagos de las tecnologías en salud cubiertas y no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberán actualizarse conforme a lo señalado en la normativa vigente y aplicable, y remitirse dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su fijación o modificación anual.

6.2.2. Criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos de las entidades recobrantes

Si bien los requisitos de la entidad recobrante se evalúan en la etapa de pre-auditoría⁵, a continuación, se describen las preguntas que debe resolver la firma auditora, la fuente de validación para responder la pregunta y el resultado del proceso:

REQUISITO DE LA ENTIDAD RECOBRANTE	PREGUNTA	FUENTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DEL PROCESO
1. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL	¿La entidad recobrante radicó ante la firma auditora el certificado de existencia y representación legal?	Base de datos construida por la firma auditora con los certificados de existencia y representación legal.	Si la entidad recobrante aportó el documento, continúa el proceso. De lo contrario se ANULA la totalidad de los recobros/cobros presentados por la entidad.
	Cuándo se registró por primera vez ¿la entidad recobrante radicó ante la firma auditora el certificado de existencia y representación legal y éste no tiene una fecha de expedición mayor a 30 días?	Base de datos construida por la firma auditora con los certificados de existencia y representación legal.	Si la entidad recobrante aportó el documento en los términos y condiciones señalados, continúa el proceso. De lo contrario se ANULA la totalidad de los recobros/cobros presentados por la entidad.
	Si se presentó modificación del representante legal o del domicilio, ¿La entidad	Base de datos construida por la firma auditora con los certificados de	Si la entidad recobrante aportó el documento continúa el proceso. De

⁵Numeral 6 del Artículo 51 de la Resolución 1885 de 2018.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

REQUISITO DE LA ENTIDAD RECOBRANTE	PREGUNTA	FUENTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DEL PROCESO
	recobrante radicó ante la firma auditora el nuevo certificado con la respectiva actualización?	existencia y representación legal.	lo contrario se ANULA la totalidad de los recobros/cobros presentados por la entidad.
2.PODER DEBIDAMENTE OTORGADO A PROFESIONALES DEL DERECHO	Si actúa por intermedio de apoderado, ¿la entidad recobrante radicó el poder debidamente otorgado a un profesional del derecho?	Base de datos construida por la firma auditora con los poderes debidamente otorgados y radicados.	Si la entidad recobrante aportó el documento en los términos señalados, continúa el proceso. De lo contrario se ANULA la totalidad de los recobros/cobros presentados por la entidad.
3.PLAN GENERAL VIGENTE DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS	¿La entidad recobrante radicó ante la firma auditora dentro los 15 días siguientes a su fijación o modificación anual, el Plan de Cuotas Moderadoras y Copagos?	Base de datos construida por la firma auditora con los planes generales vigentes de cuotas moderadoras y copagos radicados por las entidades.	Si la entidad recobrante aportó el documento en los términos señalados, continúa el proceso. De lo contrario se ANULA la totalidad de los recobros/cobros presentados por la entidad.

Adicionalmente, la firma auditora deberá verificar que los recobros/cobros presentados por las entidades recobrantes no se deriven de las siguientes situaciones:

- Que la entidad recobrante presente un recobro por el mecanismo del Comité Técnico Científico por la prestación de servicio o suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios por parte de una IPS que para la fecha de prestación del servicio ya había dado inicio a la prescripción por la plataforma MIPRES. En este caso el recobro se anulará.
- El recobro corresponde a una IPS que habiendo iniciado la prescripción en MIPRES para la fecha de prestación de servicio, la entidad recobrante está presentando los recobros de dicha IPS tanto por MIPRES como por CTC. En este caso, el recobro se anulará.

6.3. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos generales y específicos para el proceso de verificación de los recobros/cobros

6.3.1. Definición de los requisitos generales y específicos para el proceso de verificación de los recobros/cobros

Cada solicitud de recobro/cobro radicada por la entidad recobrante, debe estar soportada en los siguientes documentos:

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

1. Formato de solicitud de recobro/cobro de acuerdo con la Nota Externa No. 201633200303523 de diciembre de 2016.
2. Copia del fallo de tutela⁶
3. Acta de la Junta de Profesionales de la Salud.⁷
4. Consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante⁸
5. Copia de la factura de venta o documento equivalente.⁹
6. Evidencia de entrega de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios.
7. Los demás soportes que la entidad recobrante considere necesarios y que aporten información adicional.

6.3.2. Excepciones a la entrega de los requisitos generales y específicos

1. Respecto a la prescripción de servicios sucesivos: De acuerdo con lo señalado en el numeral 3 del artículo 13 de la Resolución 1885 de 2017 *“Cuando se trate de servicios sucesivos la prescripción tendrá un único número generado por la herramienta tecnológica de que trata este acto administrativo y no será necesaria la transcripción mensual por parte del profesional de la salud tratante, por lo tanto, el suministro a los usuarios, a cargo de la entidad responsable del asegurado, se debe garantizar con dicha prescripción sin requerir autorizaciones ni trámites adicionales.”*

⁶ Para solicitudes de recobro/cobro originadas de un fallo de tutela. Cuando la solicitud de recobro se origine en un mismo fallo de tutela, se relacionará el número único de radicación del recobro en el cual se anexó la copia del fallo.

⁷ Aplica teniendo en cuenta lo siguiente:

- *Prescripciones efectuadas hasta el 10 de mayo de 2018: Se requiere el acta de la Junta de Profesionales de la Salud cuando el recobro/cobro corresponde a: i) Soporte nutricional ambulatorio, ii) servicios complementarios y iii) medicamentos del listado UNIRS (uso no indicado en el registro sanitario) o aquellos reportados por las Sociedades Científicas. Si corresponde a prestaciones sucesivas se relacionará el número único de radicación del recobro donde fue aportado el documento inicial.*
- *Prescripciones efectuadas posterior al 10 de mayo de 2018: Se requiere el acta de la Junta de Profesionales de la Salud cuando el recobro/cobro corresponde a: i) soporte nutricional ambulatorio excepto los casos previstos en el numeral 5 del artículo 12 de la Resolución 1885 de 2018, ii) servicios complementarios excepto cuando corresponda al caso previsto en el párrafo 2 del artículo 19 de la Resolución 1885 de 2018 y iii) medicamentos de la lista temporal de medicamentos UNIRS (uso no indicado en el registro sanitario). Si corresponde a prestaciones sucesivas se relacionará el número único de radicación del recobro donde fue aportado el documento inicial.*

⁸ Aplica solo cuando el recobro corresponde a medicamentos del listado temporal de medicamentos UNIRS.

⁹ La factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario, deberá cumplir con el Artículo 40 de la Resolución 1885 de 2018.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



2. Respecto a la copia del fallo de tutela: De acuerdo con lo señalado en el parágrafo 1 del Artículo 39 de la Resolución 1885 de 2018 *"Para solicitudes de recobro/cobro originadas en un mismo fallo de tutela, se deberá relacionar en el archivo (TXT) que soporta su presentación, el número inicial único de radicación del recobro/cobro en el cual se anexó la copia completa y legible del fallo de tutela"*.
3. Respecto al acta de la Junta de Profesionales de la Salud: De acuerdo con lo señalado en el artículo 29 de la Resolución 1885 de 2018 *"Prescripciones en caso de usuarios con fallos de tutela. Cuando mediante un fallo de tutela se haya ordenado el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicio complementario, procederá el suministro efectivo de las mismas. La EPS deberá ingresar la solicitud en el módulo de tutelas de la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio a fin de garantizar el cumplimiento de la orden judicial en su totalidad y deberá informar a la IPS respectiva que no se requiere realizar dicha junta"*
4. Respecto a la factura de venta o documento equivalente: De acuerdo con el parágrafo 1 del Artículo 40 de la Resolución 1885 de 2018 *"Cuando se trate de recobros/cobros por medicamentos importados, deberá allegarse copia de la declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad recobrante utilizó para la nacionalización del producto. En todo caso, el representante legal de la entidad recobrante deberá indicar mediante certificación, el número de la declaración de importación respecto de la solicitud del recobro/cobro, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.*

Cuando la entidad recobre los costos asociados a los trámites de importación, estos deberán incluirse en una única solicitud de recobro/cobro."

6.3.3. Criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos generales para el proceso de verificación de los recobros/cobros

Los requisitos generales para el proceso de verificación de los recobros/cobros, esto es, el número de prescripción asignado en el reporte de prescripciones por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios, el fallo de tutela y la copia de la factura o documento equivalente se verifican en la etapa de pre-auditoría¹⁰, no obstante, dentro del proceso de auditoría integral debe observarse su cumplimiento. A continuación, se describen los criterios de auditoría que deben aplicarse, el soporte que permite la verificación de la información y el resultado del proceso:

¹⁰ Numerales 1, 3 y 4 del Artículo 51 de la Resolución 1885 de 2018.

REQUISITO GENERAL	PREGUNTA	FUENTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DEL PROCESO
1. EXISTENCIA DEL FORMATO MYT-R	¿La entidad recobrante anexó el Formato MYT-R a cada solicitud de recobro/cobro?	Formato MYT-R radicado por la entidad recobrante	Si la entidad recobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se ANULA el respectivo recobro/cobro presentado por la entidad. Nota Aclaratoria: Este formato no se presenta adjunto al recobro a partir del 01 de mayo de 2017 de manera impresa, toda vez que los soportes de los recobros se radican de manera electrónica.
2. NÚMERO DE PRESCRIPCIÓN ASIGNADO EN EL REPORTE DE PRESCRIPCIONES DE TECNOLOGIAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.	¿La entidad recobrante aportó el número de prescripción y al verificarlo en la información de MIPRES dispuesta por la ADRES a la firma auditora, éste corresponde al nombre o tipo y número de identificación del usuario registrado en el medio magnético?	Información de MIPRES dispuesta por la ADRES a la firma auditora.	Si la entidad recobrante aportó el número de prescripción en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se ANULA el respectivo recobro/cobro presentado por la entidad.
3. COPIA DEL FALLO DE TUTELA	¿La entidad recobrante aportó copia del fallo de tutela y corresponde al nombre o tipo y número de identificación del usuario registrado en el medio magnético y en la información de MIPRES?	- Copia del Fallo de Tutela o el reporte del histórico de fallos de tutela, cuando se trate de solicitudes de recobro/cobro originadas en un mismo fallo de tutela, previamente radicado. - Información de MIPRES dispuesta por la ADRES a la firma auditora.	Si la entidad recobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De lo contrario se ANULA el respectivo recobro/cobro presentado por la entidad.
4. FACTURA DE VENTA O DOCUMENTO EQUIVALENTE	¿La entidad recobrante anexó copia de la factura de venta o documento equivalente y corresponde al nombre o tipo y número de identificación del usuario registrado en el medio magnético?	Copia de la factura de venta o documento equivalente o declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero, cuando	Si la entidad recobrante aportó el documento objeto de verificación en los términos señalados, continúa al proceso de auditoría integral. De

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

REQUISITO GENERAL	PREGUNTA	FUENTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DEL PROCESO
		se trate de medicamentos importados directamente por la entidad recobrante.	lo contrario se ANULA el respectivo recobro/cobro presentado por la entidad.
En el evento en que alguno de estos documentos sea ilegible, esto es que no pueda leerse, deberá ANULARSE el respectivo recobro/cobro.			
De manera adicional, el auditor verificará que los datos de nombre, tipo y número de identificación del usuario registrados en los requisitos generales del recobro/cobro sean consistentes con los datos registrados en los campos del medio magnético del recobro/cobro y en el aplicativo MIPRES. En el evento en que la comparación no sea positiva, la solicitud del recobro/cobro será INCONSISTENTE y no continuará al proceso de auditoría integral.			

6.4. Definición y criterios de auditoría para evaluar el cumplimiento de los requisitos esenciales de los recobros/cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

6.4.1. Definición de los requisitos esenciales

Para los efectos del proceso de auditoría integral, se entiende como requisitos esenciales aquellos que al verificarse por el auditor permiten demostrar la existencia de la respectiva obligación y que por lo tanto procede el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro/cobro por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

El auditor debe realizar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los documentos generales y específicos relacionados en el numeral 6.3.1 de este Manual, sobre los cuales evalúa y dictamina el cumplimiento de los requisitos esenciales definidos. Dichos requisitos esenciales son los siguientes:

- 1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC existía y le asiste el derecho al momento de su prestación:** para la fecha en que se suministró el servicio o la tecnología en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios objeto del recobro/cobro **(i)** el usuario se encontraba vivo y **(ii)** afiliado a la entidad recobrante.

En la condición **(i)** se evalúa con el reporte de la RNEC, para lo cual se toma la fecha de fallecido y se contrasta con la fecha de prestación o de suministro de la tecnología en salud recobrada. En el evento que la tecnología se haya proporcionado en atención inicial de urgencias, en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria, la condición **(i)** se evalúa con la fecha de egreso del usuario.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



En la condición **(ii)** se evalúa que el tipo y número de identificación del usuario reportado en el medio magnético del recobro corresponda a la información registrada en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.

Cuando el suministro de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario se realizó a un recién nacido, a un usuario en periodo de protección laboral, traslados no exitosos entre EPS y fallos de tutela que obligan a una entidad a prestar el servicio de forma expresa así no esté compensado el usuario, pacientes fallecidos con atención para la fecha de fallecimiento, se aplica lo previsto en las Notas Externas No 201633200038023 y 201733200098143.

Precisiones:

- 1.1. Inconsistencias en la BDUA y BDEX: Cuando por inconsistencias de afiliación, el profesional de la salud diligenció el formato de contingencia previsto en la Resolución 1885 de 2018¹¹, la EPS realizará la transcripción en MIPRES y efectuará el suministro de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario.

La entidad recobrante solo podrá efectuar el recobro/cobro derivado de prescripciones o fallos de tutela de usuarios con inconsistencias en BDUA, si dicha inconsistencia fue subsanada en la BDUA, situación que será verificada por la firma auditora, al realizar la validación automática del usuario objeto del recobro/cobro en la BDUA que confirme la no presencia de inconsistencias en su estado de afiliación.

Si una vez efectuada dicha validación por la firma auditora el usuario presenta alguna inconsistencia de afiliación en la BDUA, el recobro/cobro no continuará el proceso de auditoría integral y se interpondrá la glosa correspondiente.

- 1.2. Inconsistencias en la RNEC: Si al verificar el reporte de la RNEC existe diferencia con la información de la BDUA, prevalece el reporte de la RNEC. Si el usuario aparece fallecido en la RNEC, pero existe evidencia de encontrarse vivo, la entidad recobrante deberá efectuar la transcripción y garantizar el suministro. Caso en el cual la EPS y el usuario deberán efectuar el trámite pertinente, que permita subsanar la inconsistencia.

El recobro/cobro derivado de prescripciones o fallos de tutela de usuarios con reporte en la RNEC de fallecidos, solo se efectuará si dicha inconsistencia fue subsanada por la Entidad Recobrante, situación que será verificada por la firma auditora, al realizar la validación automática de la información del usuario objeto

¹¹ Artículo 16 de la Resolución 1885 de 2018 “Imposibilidad de acceso y registro en la herramienta tecnológica de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios”.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

del recobro/cobro en la RNEC que confirme que no se encuentra registrado como fallecido.

Si una vez efectuada dicha validación por la firma auditora el usuario continuó con reporte de fallecido en la RNEC, el recobro/cobro no continuará el proceso de auditoría integral y se interpondrá la glosa correspondiente.

1.3. Identificación de recién nacidos: Cuando se trate de recién nacidos, es válida la prescripción usando el número del certificado de recién nacido vivo

- 2. El servicio o tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para su fecha de prestación:** El servicio o la tecnología en salud objeto de recobro/cobro no se encuentra financiada con recursos de la UPC para la fecha de prestación del servicio.

Se entiende como **fecha de prestación o de suministro de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios**, lo siguiente: **(i)** Cuando la tecnología sea de tipo ambulatorio, la fecha registrada en el documento que acredite la evidencia de entrega de la tecnología, esto es, firma y número de identificación del paciente, su representante, responsable acudiente o de quien recibe la tecnología en salud o servicio complementario, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula médica u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de prescripción, en la certificación del prestador del servicio o formato diseñado por tal efecto por las entidades recobrantes y **(ii)** Cuando la tecnología se haya proporcionado en atención inicial de urgencias, en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria, la fecha de egreso del usuario, registrada en la copia del informe de atención inicial de urgencias, del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.

Para definir si una tecnología recobrada está o no incluida en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC se tienen en cuenta los siguientes criterios de forma general:

2.1. Procedimientos

En caso de que la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponda a un procedimiento en salud, se entienden incluidos en este los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, por lo que no se requerirá la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos expedidos por el Ministerio, en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

En relación con las combinaciones de tecnologías en salud: Se cubren las tecnologías en salud descritas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.

2.2. Medicamentos

La cobertura de medicamentos está dada por los listados explícitos de las normas que han definido el plan de beneficios, teniendo en cuenta que cumplan las siguientes características en su totalidad:

1. Principio activo
2. Concentración
3. Forma farmacéutica
4. Aclaración u observación, si se encuentra descrita

Con el objetivo de efectuar la validación de la cobertura de los medicamentos condicionados, la firma auditora deberá tener en cuenta las siguientes situaciones:

- **Primera situación**

Si al verificar el diagnóstico (Principal y relacionados) y la justificación registrada en la prescripción, el auditor determina que estos dos atributos corresponden al condicionamiento del PBS-UP se procederá a imponer la glosa pertinente.

- **Segunda situación**

Si al verificar el diagnóstico (Principal y relacionados) éste corresponde al condicionamiento del PBS-UPC, sin embargo, al efectuar la lectura completa de la justificación registrada en la prescripción, el auditor determina que no corresponde al condicionamiento del PBS-UPC el recobro/cobro continuará el proceso de auditoría integral.

- **Tercera situación**

Si al validar el diagnóstico (Principal y relacionados) sin embargo determina que éste corresponde al condicionamiento del PBS-UPC, y la justificación descrita en la prescripción es insuficiente para determinar el cumplimiento del condicionamiento del PBS-UPC, el auditor deberá verificar la totalidad de los documentos aportados por la entidad recobrante en el recobro/cobro. Si el auditor determina a partir de la validación de los documentos que no hay conexidad entre lo prescrito y el condicionamiento del PBS-UPC, el recobro/cobro continuará el proceso de auditoría integral, en caso contrario procederá la glosa.

Adicionalmente se deberá tener en cuenta lo siguiente:

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



- i. Radiofármacos: Son cobertura del plan de beneficios con cargo a la UPC cuando son necesarios e insustituibles para la realización de algún procedimiento de medicina nuclear.
- ii. Medios de contraste: Se encuentran incluidos explícitamente en el listado de medicamentos del plan de beneficios con cargo a la UPC.
- iii. Soluciones y diluyentes: Algunas soluciones de uso médico a pesar de no estar en el listado de medicamentos, por considerarse insumos insustituibles para la realización de algún procedimiento explícito, se entienden cubiertas de manera implícita como, por ejemplo:

Solución	Procedimiento
Cardiopléjica	Que requiera perfusión intracardiaca
Conservantes de órganos	Trasplantes
Visco-elásticas	Oftálmicos
Líquido embólico	Embolizaciones
Líquidos de gran volumen	En procedimientos que requieren líquidos para el arrastre o el lavado (irrigación) de diferentes cavidades y estructuras del organismo (vejiga, peritoneo, articulaciones, entre otras.)

Igualmente, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los diluyentes necesarios, sin importar el volumen, para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

- iv. Analgesia, anestesia y sedación: En atención al artículo 29 de la Resolución 5269 de 2017 o norma que adicione, modifique o derogue, el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre la analgesia, anestesia y sedación, cuando se requieran para la realización de las tecnologías en salud descritas en dicho plan, incluida la atención del parto.
- v. Hemostáticos y sellantes tisulares: El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los hemostáticos y sellantes tisulares, cuando se requieran para la realización de las tecnologías en salud descritas en dicho plan.
- vi. Indicaciones autorizadas: Las indicaciones aprobadas por el INVIMA para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y armonizadas en su cobertura, en cuanto a que si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará cubierta por la Unidad de Pago por Capitación para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.
- vii. En cuanto a las Combinaciones de dosis fijas (CDF), conforme a lo establecido en el artículo 41 de la Resolución 5269 de 2017 o norma que adicione, modifique o sustituya, será responsabilidad de la entidad recobrante aportar los soportes que se consideren necesarios para demostrar el cumplimiento de las condiciones citadas en el mencionado artículo, con el fin de que la firma auditora pueda determinar la obligación de reconocimiento y pago.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

2.3. Dispositivos e insumos

En caso de que la tecnología no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a insumos, materiales o dispositivos médicos, se podrán prescribir únicamente los que se encuentran en el aplicativo, y de acuerdo con la cobertura establecida por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o los actos administrativos expedidos por el Ministerio.

En virtud de lo anterior, entidades recobrantes solo podrán presentar recobros/cobros de aquellos insumos, materiales o dispositivos médicos las que se encuentran incluidos en las tablas de referencia del aplicativo MIPRES.

3. El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela.

La tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios está soportada en una prescripción efectuada en el aplicativo MIPRES: **i)** por el profesional de la salud **ii)** o por la entidad responsable del afiliado cuando esta fue ordenada en un fallo de tutela.

La validación se efectúa con los soportes del recobro allegados por la entidad recobrante, así;

TIPO DE RECOBRO/COBRO	CRITERIO DE AUDITORÍA
Recobro/cobros derivados de una prescripción en el aplicativo MIPRES	Número de la prescripción efectuada por el profesional de la salud en el aplicativo MIPRES, el cual debe ser aportado por la entidad recobrante en el TXT, en el campo destinado para tal fin ¹² .
Recobro/cobros derivados de una prescripción en el aplicativo MIPRES y corresponden a servicios que requieren concepto de junta de profesionales de la salud.	Acta de la junta de profesionales de la salud que contenga como mínimo lo descrito en el artículo 25 de la Resolución 1885 de 2018, y el concepto de la decisión se encuentra diligenciado en el aplicativo MIPRES. <i>Aplica solo para los casos que requieren concepto de la Junta de Profesionales de la Salud.</i>
Recobro/cobros derivados de ordenaciones de fallos de tutela	Fallo de tutela en donde se evidencia nombre o tipo y número de identificación del usuario y descripción de la tecnología, con su respectivo Número de la prescripción efectuada en el aplicativo MIPRES el cual debe ser aportado por la entidad recobrante en el TXT, en el campo destinado para tal fin. ¹³

¹² Nota externa No. 201633200303523

¹³ Nota externa No. 201633200303523

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



Respecto a la condición i) Prescripción efectuada por el profesional de la salud:

3.1. Para la validación de la indicación o uso INVIMA las entidades recobrantes y la firma auditora debe tener en cuenta, lo siguiente:

a. **Primer paso:** El auditor deberá verificar los diagnósticos registrados en la prescripción (Diagnóstico Principal y Diagnósticos Relacionados) los cuales podrá:

- Relacionarse de manera exacta con la indicación registrada ante el INVIMA
- Corresponder a los síntomas específicos, consecuencias clínicas de una patología entre otras circunstancias médicas que no son un diagnóstico taxativo, sin embargo, se relacionan con el mismo.

En este caso, si el auditor logra identificar lo descrito en los numerales 1 o 2 corresponde con la indicación INVIMA, el recobro continuará con el proceso de auditoría integral, en caso contrario deberá efectuar la revisión descrita en el segundo paso.

b. **Segundo paso:** Verificar la justificación registrada en la prescripción, la cual deberá dar cuenta del uso o indicación INVIMA para la cual se prescribió el medicamento.

En caso de que la justificación permita establecer la conexidad entre el uso o indicación INVIMA el recobro continuará la auditoría, en caso contrario validará conforme lo señalado en el tercer paso.

c. **Tercer paso:** La firma auditora deberá efectuar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los documentos generales y específicos del recobro/cobro que permitan dar conexidad entre el medicamento prescrito y la indicación registrada en el INVIMA.

En caso de que los soportes adicionales permitan establecer dicha conexidad el recobro continuará la auditoría, en caso contrario deberá revisar de acuerdo con lo indicado en el cuarto paso.

d. **Cuarto paso:** Verificar si el medicamento prescrito no se encuentra contraindicado para el uso o la indicación registrada por el profesional de la salud.

En caso de que el medicamento prescrito no se encuentre contraindicado para el uso o la indicación registrada por el profesional de la salud el recobro continuará la auditoría, en caso contrario seguirá con el quinto paso.

Es importante señalar que esta validación solo se efectuará en los casos en que se agoten los pasos uno, dos y tres.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

- e. **Quinto paso:** Cuando el usuario objeto del recobro sea un paciente con patología crónica, se verificará el histórico de los recobros, con el objetivo de identificar posibles soportes que permitan establecer la conexidad entre lo prescrito por el profesional de la salud y la indicación registrada en el INVIMA.

Si al efectuar la validación anterior no es posible establecer dicha conexidad por información insuficiente en los diferentes soportes del recobro/cobro o una vez verificados corresponde a una indicación no autorizada por el INVIMA y no se encuentra en el listado temporal de medicamentos UNIRS se impondrá la glosa pertinente.

Ahora bien, es importante tener en cuenta lo siguiente:

- ✓ En ningún caso se deberá evaluar la pertinencia médica de la prescripción efectuada por el profesional de la salud, lo anterior entendiéndose que la misma fue efectuada en el marco de su autonomía médica para el diagnóstico y tratamiento del paciente
- ✓ Se considerarán armonizadas las indicaciones aprobadas por el INVIMA, en cuanto a que, si en un solo registro sanitario se define una indicación, la misma se contemplará para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica
- ✓ No se deberá validar indicación INVIMA para los siguientes casos:
 - ✓ Alimentos y soportes nutricionales.
 - ✓ Productos de aseo e higiene personal.
 - ✓ Medicamentos ordenados en un fallo de tutela taxativa.

Por lo anterior, no es pertinente la imposición de glosas de presentarse estos casos

3.2. Cuando la prescripción efectuada por el profesional de la salud corresponda a insumos, servicios complementarios o cualquier otro tipo de prestación que requiera una especificación especial (Tamaño, talla, marca, entre otros), esto debió ser descrito por el profesional de la salud en el campo de indicaciones o recomendaciones especiales, lo anterior con el objetivo de que la EPS suministre correctamente lo requerido por el usuario, sin trámites adicionales. En este caso, la firma auditora deberá efectuar una lectura completa, comprensiva y sistemática de los campos de la prescripción para confirmar la prescripción efectuada por el profesional de la salud corresponde con lo efectivamente suministrado al usuario.

3.3. En cuanto a las prescripciones que requieren concepto de la Junta de Profesionales de la Salud, se deberá tener en cuenta lo siguiente:

- Prescripciones efectuadas hasta el 10 de mayo de 2018: Se requiere el acta de la Junta de Profesionales de la Salud cuando el recobro/cobro corresponde a: i) Soporte nutricional ambulatorio, ii) servicios complementarios y iii)

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

medicamentos del listado UNIRS (uso no indicado en el registro sanitario) o aquellos reportados por las Sociedades Científicas.

- Prescripciones efectuadas posterior al 10 de mayo de 2018: Se requiere el acta de la Junta de Profesionales de la Salud cuando el recobro/cobro corresponde a: i) soporte nutricional ambulatorio excepto los casos previstos en el numeral 5 del artículo 12 de la Resolución 1885 de 2018, ii) servicios complementarios excepto cuando corresponda al caso previsto en el parágrafo 2 del artículo 19 de la Resolución 1885 de 2018 y iii) medicamentos de la lista temporal de medicamentos UNIRS (uso no indicado en el registro sanitario).

En cuanto al listado temporal de medicamentos UNIRS, se precisa lo siguiente:

SERVICIO O TECNOLOGÍA A AUDITAR	PRESCRIPCIÓN EFECTUADA POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD	VERIFICACIÓN DE LA FIRMA AUDITORA	CONCEPTO DE LA JUNTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD	ACTA DE JPS	RESULTADO DE LA AUDITORÍA
UNIRS	El profesional indicó que SI requiere JPS	Firma Auditora confirma que NO es medicamento del listado UNIRS	No requiere concepto	No aportó	Aprobar, previo cumplimiento de los demás requisitos esenciales.
UNIRS	El profesional indicó que SI requiere JPS	Firma Auditora confirma que NO es medicamento del listado UNIRS	Aprobado por la JPS	No aportó	Aprobar, previo cumplimiento de los demás requisitos esenciales.
				Aportó y cumple con los requisitos establecidos	Aprobar, previo cumplimiento de los demás requisitos esenciales.
UNIRS	El profesional indicó que SI requiere JPS	Firma Auditora confirma que NO es medicamento del listado UNIRS	No aprobado por la JPS	No aportó	Aprobar, previo cumplimiento de los demás requisitos esenciales.
UNIRS	El profesional indicó que SI requiere JPS	Firma Auditora confirma que es medicamento del listado UNIRS	No requiere concepto	No aportó	Glosa pertinente
UNIRS	El profesional indicó que SI requiere JPS	Firma Auditora confirma que es medicamento del listado UNIRS	No aprobado por la JPS	No aportó	Glosa pertinente
UNIRS	El profesional indicó que SI requiere JPS	Firma Auditora confirma que es medicamento del listado UNIRS	Aprobado por la JPS	Aportó y cumple con los requisitos establecidos	Aprobar, previo cumplimiento de los demás requisitos esenciales.
				No aportó	Glosa pertinente

- Para las prescripciones posteriores al 10 de mayo de 2018, en cuanto al contenido del acta se deberá tener en cuenta lo siguiente:

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



Cuando la Junta de Profesionales sesione mediante mecanismos virtuales, electrónicos, informáticos, telefónicos, audiovisuales o cualquier otro medio que permita el intercambio de información entre los miembros, la EPS podrá aportar el Acta con la firma de los integrantes de la Junta. En caso de ausencia de una o más firmas, podrán aportar el acta suscrita por el Representante Legal de la IPS y su Secretario Técnico.¹⁴

Respecto a la condición ii) ordenadas por un fallo de tutela:

3.4. Para la efectuar la auditoría integral de los recobros derivados de fallo de tutela que ordenan el servicio de cuidador, se precisa lo siguiente:

En primer lugar, en el proceso de auditoría integral de este tipo de servicio, se contemplarán las siguientes actividades que pueden ser realizadas por un cuidador:

- ✓ Movilización, alimentación y apoyo para realizar las necesidades fisiológicas del paciente.
- ✓ Administración de medicamentos orales
- ✓ Administración de medicamentos subcutáneos
- ✓ Toma de signos vitales
- ✓ Toma de glucometría
- ✓ Alimentación por gastrostomía

En segundo lugar y teniendo en cuenta lo citado, para verificar el cumplimiento de los requisitos esenciales cuando el recobro corresponda a un servicio de cuidador, la firma auditora deberá validar lo siguiente:

- Cuando el fallo de tutela que ordena el servicio es taxativo:
 - ✓ Verificar que el usuario haya sido reportado por la entidad recobrante en el anexo destinado para tal fin.
 - ✓ Que la fecha de prestación del servicio sea posterior al 01 de diciembre de 2016.
 - ✓ La dependencia es total de acuerdo con lo reportado por la entidad recobrante en el anexo destinado para tal fin.
 - ✓ Verificar el IBC (Requisito que será verificable hasta que el MSPS entregue la información).
 - ✓ Que el recobro se encuentre debidamente reliquidado.
 - ✓ Certificación del representante legal que dé cuenta que el servicio de cuidador no sustituye la atención paliativa, ni la atención domiciliaria.

¹⁴ Numeral 10 del artículo 25 de la Resolución 1885 de 2018.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

- Adicional a los citados anteriormente, cuando el servicio es ordenado por fallo de tutela integral:
 - ✓ Verificar la certificación expedida por el médico tratante que da cuenta de la dependencia funcional del usuario.

3.5. Cuando el recobro/cobro corresponde a un servicio o tecnología que hace parte del listado de exclusiones de la financiación con recursos públicos asignados a la salud¹⁵, estos serán objeto de reconocimiento y pago siempre y cuando sean ordenados por un fallo de tutela de manera explícita.

Precisiones generales a tener en cuenta en la verificación del cumplimiento de este requisito:

- 3.6. Las entidades recobrantes no deben presentar recobros/cobros derivados de prescripciones con estado anulado o modificado, excepto los casos previstos en el número 3 del artículo 97 de la Resolución 1885 de 2018¹⁶.
- 3.7. No procede el reconocimiento de prescripciones con fecha posterior al suministro, excepto en los casos de: i) urgencia vital, ii) hospitalización, iii) cuando corresponda a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, iv) estudios pre-trasplante de donantes no efectivos, y v) las prescripciones efectuadas en el módulo de tutelas. La firma auditora verificará la fecha de prescripción contra la fecha de suministro de la tecnología en salud o el servicio complementario recobrado, en caso de que se presente alguna inconsistencia y estos recobros/cobros no correspondan a los condicionamientos mencionados, se le interpondrá la glosa pertinente.
- 3.8. En los servicios que se presten por complicaciones derivadas de tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC o servicios complementarios, las entidades recobrantes deberán relacionarlas para efectos del recobro, con el número de prescripción que dio origen a la prestación del servicio. Dicha situación deberá ser verificada y validada por la firma auditora.
- 3.9. Aquellas tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios autorizados por los Comités Técnico – Científicos serán válidos por el tiempo y la cantidad autorizada por esta instancia, siempre y cuando la fecha de prescripción sea anterior a la fecha de implementación de MIPRES en la IPS que

¹⁵ Resolución 5267 de 2018 “Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud”

¹⁶ “Las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios prescritos con anterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución y que fueron suministrados efectivamente al usuario en fecha anterior a la anulación en la herramienta tecnológica, podrán ser presentados ante la ADRES para surtir el proceso de auditoría integral.

Para aquellos recobros que cumplen la condición mencionada, la ADRES habilitará un periodo de radicación e informará a las entidades para que adelanten el trámite a que haya lugar a través de la herramienta tecnológica”

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

originó la prescripción, salvo aquellos casos previstos en el numeral 1 del artículo 97 de la Resolución 1885 de 2018.¹⁷

Por lo anterior, aquellos recobros/cobros que cumplan la condición antes citada podrán ser presentados ante la ADRES de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 5395 de 2013, toda vez que el procedimiento de reconocimiento y pago se efectuará con base en las disposiciones de dicho acto administrativo.

3.10. Cuando exista movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo, los servicios que hayan sido autorizados por Comité Técnico Científico serán válidos, por el tiempo y la cantidad autorizada por esta instancia. Dado lo anterior no serán objeto de glosa y deberán ser auditados conforme a lo establecido en el Manual de auditoría de CTC. Lo anterior en virtud de lo establecido en el artículo 94 de la Resolución 1885 de 2018.

4. El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue efectivamente suministrada al usuario: el servicio o la tecnología en salud fue efectivamente suministrada al usuario y por lo tanto existe:

- i) Soporte que evidencia su entrega.
- ii) Facturación del proveedor del servicio.
- iii) Anexo de garantía del suministro

Respecto a la primera condición **(i)** evidencia de entrega de la tecnología al usuario, la Resolución 1885 de 2018, señala:

- **Cuando el servicio o la tecnologías en salud no financiada con recursos de la UPC sea de tipo ambulatorio:** firma y número de identificación del paciente, de su representante responsable, del acudiente o de quien recibe la tecnología en salud o servicio complementario, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, en la certificación del prestador o en el formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes, este último debe contener como mínimo los siguientes datos: i) nombre, tipo y documento de identificación del paciente, ii) fecha de prestación del servicio, iii) nombre de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario objeto del recobro/cobro.

¹⁷ Las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o los servicios complementarios prescritos por el profesional de la salud hasta el 31 de marzo de 2017 y tramitadas ante el CTC de la EPS con posterioridad a esta fecha, podrán ser presentadas ante la ADRES para surtir el proceso de auditoría integral, siempre y cuando la fecha de elaboración del acta del CTC no supere el 30 de junio de 2017, conforme a lo establecido en la Resolución 5395 de 2013. En caso de requerirse aclaraciones a las actas de CTC, estas podrán ser realizadas por el CTC o por un médico de la entidad recobrante y validadas por el representante legal.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes como evidencia de suministro de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario:

- a) Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
 - b) Notas de enfermería: válidas cuando se requiera el suministro o aplicación de medicamentos e insumos para curación de heridas.
 - c) En caso de prestación de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, cuando el usuario se encuentra en Home Care, o atención domiciliaria son válidas las evoluciones del personal de enfermería o quien haga sus veces u hoja de aplicación de medicamentos.
 - d) En servicio de transporte (ambulancia o especial) es válida la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.
 - e) Cirugía ambulatoria: nota operatoria o descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario suministrado, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
- **Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario se haya proporcionado en atención inicial de urgencias:** Copia del informe de atención inicial de urgencias.

En estos casos también es válida la presentación de los siguientes soportes:

- a) Resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas: es válido siempre y cuando se identifique al paciente, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio.
 - b) En servicio de transporte (ambulancia o especial) la hoja de traslado debidamente diligenciada y firmada por el personal que efectúa el traslado.
- **Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria:** Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica. Se acepta la presentación de los siguientes soportes:
 - a) Cirugía hospitalaria y servicios hospitalarios: nota operatoria, descripción quirúrgica, siempre y cuando se identifique al paciente, tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios suministrado, la fecha de prestación y la institución que prestó el servicio
 - b) En medicamentos anestésicos: récord de anestesia, descripción quirúrgica o nota operatoria donde se registra el tipo de anestesia.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



Precisiones:

1.1. Solo podrán presentarse diferencias entre la prescripción efectuada por el profesional de la salud en MIPRES y lo efectivamente suministrado al usuario en lo que respecta a la forma farmacéutica de los medicamentos, siempre y cuando se mantenga su vía de administración y demás condiciones del medicamento prescrito, situación que no será objeto de glosa, excepto en los casos en que las formas farmacéuticas modifiquen, alteren o intervengan en la liberación y/o biodisponibilidad del fármaco.

Ejemplos:

Ejemplo No. 1

MEDICAMENTO PRESCRITO: Pregabalina tabletas 150 mg

MEDICAMENTO SUMINISTRADO: Pregabalina cápsulas 150 mg

Resultado de auditoría: No aplica glosa

Ejemplo No. 2

MEDICAMENTO PRESCRITO: Pregabalina tableta de liberación modificada 75 mg

MEDICAMENTO SUMINISTRADO: Pregabalina tableta 75 mg

Resultado de auditoría: Aplicación de glosa

1.2. Cuando se trate de recobros/cobros por concepto de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios prestados a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, se deberá verificar lo siguiente:

- ✓ La firma auditora validará previamente que el usuario objeto de recobro/cobro con diagnóstico de enfermedad huérfana se encuentre reportado en el sistema de información establecido por el Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya, en caso de que este no se encuentre en el mencionado sistema se impondrá la glosa correspondiente¹⁸.
- ✓ Solo en los casos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades recobrantes adicionalmente deberán aportar las pruebas diagnósticas con las cuales fue confirmada la enfermedad huérfana del usuario objeto de recobro.

¹⁸ Artículo 38 y 39 de la Resolución 1885 de 2018.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

Respecto a la segunda condición **(ii)** Factura de venta o documento equivalente, la Resolución 1885 de 2018, señala que dicho soporte debe especificar:

- a)** Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario.
- b)** Descripción, valor unitario (excepto cuando es uno), valor total y cantidad del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario.

Cuando la factura o documento equivalente no presente dicha información de manera discriminada, deberá acompañarse de los siguientes anexos:

CONDICIÓN	ANEXO	OBSERVACIONES
Cuando en la factura no esté discriminada la atención	Documento del proveedor con detalle de cargos.	El documento debe relacionar el número de la factura o documento equivalente y en ausencia de éste, como mínimo, el nombre del usuario o tipo y número de identificación, la descripción de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario facturado, el valor unitario, valor total y cantidad.
Cuando en la factura no esté discriminada la atención y la entidad recobrante no disponga del detalle de cargos expedido por el proveedor	Certificación del representante legal con el detalle de cargos	La certificación debe relacionar el número de la factura o documento equivalente y en ausencia de éste, como mínimo, el nombre del usuario o tipo y número de identificación, la descripción de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario facturado, el valor unitario, valor total y cantidad.
Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente	Certificación del proveedor	La certificación debe desagregar la cantidad y el valor facturado de la descripción de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario, por cada usuario, especificando la fecha de prestación del servicio y la factura de venta o documento equivalente a la cual se imputa la certificación.
Cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que recibió la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario.	Certificación del representante legal de la entidad recobrante	La certificación debe indicar a qué factura imputa la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario y el(los) paciente(s) a quien(es) le(s) fue suministrado.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



Respecto a la **constancia de pago** de la factura o documento equivalente se precisa que las entidades recobrantes debieron marcar en el campo denominado **"TieneSelloCancelado"** del medio magnético, cuya descripción es **"Indica si la Factura tiene sello de Cancelación o No"** lo siguiente:

- SI:** Indica que la factura si tiene sello de cancelación (Valor 1)
NO: Indica que la factura no tiene sello de cancelación (Valor 0)

Si el campo está marcado como **NO**, el NIT del proveedor de la factura o documento equivalente debe estar en el listado denominado **"Listado de proveedores"** del semestre que corresponda, a los cuales se realiza giro directo en virtud del numeral 6º del Artículo 40 y el Artículo 71 de la Resolución 1885 de 2018.

En relación con la tercera condición **iii)** Anexo de garantía del suministro, la Resolución 1885 de 2018 señala que las EPS y EOC deben remitir dicho reporte en tiempo real o máximo cada 8 días calendario, de acuerdo la metodología que el MSPS defina para tal fin.

La validación del anexo de garantía de suministro se realizará de la siguiente manera:

- Validación automática en la etapa de Preradicación: Se verifica que la Entidad Recobrante haya reportado información de suministro al Ministerio de Salud y Protección Social conforme a su metodología, frente a la prescripción objeto de recobro/cobro. En caso de que dicha prescripción no cuente con información de suministro el aplicativo no permite la radicación del recobro.
- A partir de la radicación de octubre de 2018, adicional a la revisión que se realiza a los soportes de evidencia de entrega que la entidad recobrante aporta en el recobro/cobro, la firma auditora deberá complementar la validación verificando que la información reportada en el anexo de garantía del suministro, sea consistente en cuanto a: i) Usuario objeto del recobro, ii) Tecnología en salud o servicio complementario suministrado, iii) cantidad suministrada y iv) consistencia en las fechas. En caso de presentar alguna inconsistencia, la firma auditora impondrá la glosa pertinente.

Las entidades recobrantes no presentarán recobros/cobros derivados de prescripciones que hayan sido reportadas en el anexo de garantía de suministro como no entregadas, y estas no correspondan a entregas parciales o diferidas.¹⁹

5. El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponde a la ADRES y se presenta por una única vez: Los soportes allegados con el recobro/cobro evidencian que el reconocimiento tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario,

¹⁹ ANEXO TÉCNICO PARA REPORTE DE INFORMACIÓN – SUMINISTROS CAUSAS DE NO ENTREGA, TOTAL, PARCIAL O DIFERIDA RESOLUCIÓN 1885 DE 2018

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

i) corresponde a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y por lo tanto su pago ii) se hace por una única vez

Respecto a la primera condición **(i)**, se tiene como criterio que las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios suministrados a usuarios del **régimen contributivo** se reconocen y pagan con cargo a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. Para el efecto, se evalúa que el usuario pertenezca a este régimen mediante consulta a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES únicamente reconoce y paga recobro/cobros de usuarios del **régimen subsidiado**, cuando un fallo de tutela señala de manera expresa que el responsable del pago del recobro/cobro ordenado es la ADRES. Sobre los recobros/cobros del régimen subsidiado se debe precisar que corresponde a las entidades territoriales, de acuerdo con sus competencias, asegurar la prestación de servicios o las tecnologías en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, lo cual fue reiterado por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia C-463 de 2008 así:

"...advierte que los reembolsos al FOSYGA únicamente operan frente a los servicios médicos ordenados por jueces de tutela o autorizados por el CTC en el régimen contributivo. En estos mismos casos, cuando el usuario pertenece al régimen subsidiado, la Ley 715 de 2001 prevé que los entes territoriales asuman su costo por tratarse de servicios médicos no cubiertos con los subsidios a la demanda".

En este caso, cuando el fallo de la tutela ordena que el responsable del pago es la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y el usuario pertenece al régimen subsidiado o régimen de excepción, la entidad territorial o recobrante según sea el caso presentará el recobro/cobro, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios radicados hasta el mes de septiembre de 2018 no deberán ser registrados en el aplicativo MIPRES, sin embargo, la entidad recobrante deberá adjuntar el formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral, en donde el médico de la entidad justifica la conexidad de la tecnología recobrada con el fallo de tutela.
- En cuanto a las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios radicados a partir del mes de octubre de 2018, la entidad recobrante deberá aportar el número de prescripción generado por MIPRES, conforme a lo establecido en la Resolución 1885 de 2018 y la nota externa No. 201633200303523.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

- En todo caso, la presentación del recobro/cobro debe cumplir con las demás disposiciones establecidas en la Resolución 1885 de 2018.

Respecto a los Planes Adicionales de Salud

Las Entidades Promotoras de Salud – EPS del régimen contributivo pueden tener en cuenta el concepto del profesional de la salud que prescribió una tecnología en virtud de la atención dada por el plan complementario, y de ser necesario en función del principio de complementariedad y concurrencia²⁰, validar dichas solicitudes e ingresar al usuario por la ruta de atención para brindar los servicios de salud de acuerdo con el modelo de aseguramiento del régimen contributivo²¹, siempre y cuando esos servicios o tecnologías en salud no estén bajo la cobertura del plan adicional de salud.

En caso, de que la tecnología en salud o servicio complementario prescrito no esté cubierto por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y no se encuentre bajo la cobertura del plan adicional de salud, este deberá surtir el proceso establecido en la Resolución 1885 de 2018, es decir, dicha prescripción debe efectuarse mediante el aplicativo MIPRES y los actores involucrados deben cumplir con las responsabilidades designadas en la referida Resolución, para que proceda el Recobro ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

Frente a la condición **(ii)** de este requisito, el reconocimiento y pago de un ítem de un recobro/cobro se realiza siempre y cuando la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, no haya efectuado pago alguno por ese mismo ítem.

En el proceso de auditoría se efectúa una validación automática para identificar posibles duplicados, entendiéndose por **recobro/cobro duplicado** aquel que se presenta más de una vez, en un mismo período de radicación o en períodos anteriores, razón por la cual, dentro del proceso de reconocimiento y pago se glosa una de las radicaciones.

²⁰ Tomado de Ley 1438 de 2011 “(...) ARTÍCULO 3. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en salud:

3.16 COMPLEMENTARIEDAD y CONCURRENCIA. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (...)”

²¹ Tomado de la Resolución 6408 de 2016 “(...) ARTÍCULO 3. PRINCIPIOS GENERALES PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. Los principios generales para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, son:

3. Complementariedad. Las acciones contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deben proveerse de manera articulada con las acciones individuales o colectivas o con programas del SGSSS, financiados con otras fuentes de financiación, así como de sectores distintos al de la salud.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

6. La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC se realiza ante la ADRES en el término establecido. En el literal a) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, prevé los tiempos para la presentación oportuna de los recobros/cobros, así:

"(...) ARTÍCULO 73. Procesos de recobro/cobros, reclamaciones y reconocimiento y giro de recursos del aseguramiento en salud

a) *El término para efectuar reclamaciones o recobro/cobros que deban atenderse con cargo a los recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga será de tres (3) años a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente. Finalizado dicho plazo, sin haberse presentado la reclamación o recobro/cobro, prescribirá el derecho a recibir el pago y se extingue la obligación para el Fosyga. (...)"*

Así las cosas, con este requisito se evalúa que el recobro/cobro se presente ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, en un término máximo de (3) años contado a partir de la fecha de prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente, lo que significa, **tres años a partir de:**

- i) La fecha de entrega o prestación de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios al usuario; para compras realizadas al por mayor, con la fecha registrada en cualquiera de los soportes señalados en el requisito esencial 4, condición **(i)** y condición **(iii)**.
- ii) La fecha de egreso del usuario, si el suministro de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario fue durante un evento hospitalario.

Sobre la verificación de éste término, se debe considerar lo señalado en el párrafo 2º del artículo 61 de la Resolución 1885 de 2018, que establece "*Aquellos recobro/cobros que según corresponda, cumplan el plazo para su presentación en el término de que trata el artículo 111 del Decreto-ley 019 de 2012 o el previsto en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 o la norma que la modifique o sustituya, en días posteriores al día 15 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación inmediatamente siguiente*".

De igual manera, con este requisito se evalúa el cumplimiento del término previsto en los artículos 56 y 57 de la Resolución 1885 de 2018 para **i)** objetar y **ii)** subsanar los resultados de auditoría informados por la firma auditora o la entidad que designe la ADRES:

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

"(...) Artículo 56. Objeción a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría. La entidad recobrante podrá objetar el resultado de la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, únicamente dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de dicha auditoría, precisando las razones de la objeción por cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro, se deberán radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones (...)". Subrayado fuera de texto

"(...) Artículo 57. Subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría. Cuando la entidad recobrante acepte las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los recobros/cobros, podrá enmendarlas únicamente dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado y sólo para el grupo de glosas definido en el manual de auditoría, precisando las razones por las cuales va a realizar la rectificación para cada uno de los ítems de cada uno de los recobros/cobros. En caso de que se presenten varias glosas a un mismo recobro/cobro y las mismas se acepten por la entidad recobrante y sean subsanables, se deberá radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las correcciones (...)" Subrayado fuera de texto

La verificación de estos términos se realiza de la siguiente manera:

i) Objeción a la aplicación de la glosa: fecha de recibido por la entidad recobrante, registrada en la comunicación mediante la cual la firma auditora informó de los resultados de auditoría de MYT01 y MYT02.

Cuando una solicitud de recobro/cobro haya sido radicada y el resultado de la auditoría evidencie el incumplimiento de uno o más requisitos esenciales y la entidad recobrante no objete el resultado y lo presente nuevamente mediante los formatos MYT01 o MYT02, se verificará que se haga dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de la comunicación de los resultados de auditoría, conforme a lo previsto en el Artículo 56 de la Resolución 1885 de 2018.

ii) Subsanación a la aplicación de la glosa: fecha de recibido por la entidad recobrante, registrada en la comunicación mediante la cual la firma auditora informó los resultados de auditoría de MYT01 o MYT02.

Cuando la entidad recobrante acepte las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los recobros/ cobros, podrá subsanarlas y en este caso se deberá verificar que se realice dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado, y solo para el grupo de glosas definido en el manual de auditoría, conforme a lo previsto en el artículo 57 de la Resolución 1885 de 2018.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



7. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos: los documentos allegados y los datos registrados en estos evidencian el cumplimiento de los requisitos esenciales previstos en el presente manual y son consistentes respecto al usuario, la tecnología en salud o servicio complementario y las fechas, es decir:

- i) Al realizar la lectura transversal de la prescripción en el aplicativo MIPRES, fallo de tutela y sus formatos complementarios, de la copia de la factura de venta o documento equivalente y sus anexos y de la evidencia de entrega, el auditor concluye que la descripción de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios y el nombre o identificación del usuario es consistente.
- ii) Al realizar la lectura transversal de la prescripción en el aplicativo MIPRES, fallo de tutela y sus formatos complementarios, de la copia de la factura de venta o documento equivalente y sus anexos y de la evidencia de entrega, el auditor concluye que el proceso de prescripción, prestación/entrega y facturación se desarrolló de manera cronológica, excepto en los siguientes eventos:
 - **Cuando la prestación del servicio se realizó en urgencia vital:** en este caso, la prescripción en el aplicativo MIPRES puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de prescripción en MIPRES sea como máximo doce (12) horas siguientes a la atención.
 - **Cuando la prestación del servicio se realizó en un servicio de hospitalización con internación:** en este caso, la prescripción en el aplicativo MIPRES puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de prescripción en MIPRES sea como máximo la fecha de egreso del paciente.
 - **Cuando se trate de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios requeridos por las víctimas que trata el artículo 3º de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo 54 de la mencionada Ley:** la prescripción en el aplicativo MIPRES puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de prescripción en MIPRES sea como máximo doce (12) horas siguientes a la atención.
 - **Cuando la compra de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios se haya realizado al por mayor:** en este caso, la fecha de emisión de la factura o documento equivalente podrá ser anterior a la fecha de entrega o suministro de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



- **Cuando se trate de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios que correspondan a estudios pre-trasplante de donantes no efectivos:** La EPS deberá realizar la prescripción de dichas tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC en MIPRES, las cuales serán posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de prescripción en MIPRES sea como máximo a los diez (10) días siguientes a la determinación de que el usuario es un donante no efectivo.
- **Cuando se trate de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios que correspondan a prescripciones efectuadas en el módulo de tutelas:** Pueden presentarse prescripciones en MIPRES con fecha posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de prescripción en MIPRES sea como máximo diez (10) días calendario siguientes al suministro efectivo.

8. El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente: en este caso, las entidades recobrantes deben presentar la solicitud del recobro/cobro debidamente liquidado, previendo los descuentos definidos en el Artículo 68 de la Resolución 1885 de 2018.

Para efectuar la reliquidación de los valores que la ADRES reconoce y paga, es necesario tener en cuenta las siguientes variables:

i) De las cantidades

- Las cantidades prescritas por el profesional de la salud u ordenadas por el fallo de tutela deben estar incluidas en el valor facturado. La auditoría integral de recobro/cobros se continuará realizando con lo efectivamente suministrado y facturado, si existen diferencias con lo prescrito por el profesional de la salud, siempre y cuando no se exceda en las cantidades prescritas por éste, no será objeto de aplicación de glosa
- Cuando se trate de recobro/cobros por tecnologías en salud o servicios complementarios cuya cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC esté limitada a una cantidad específica para la fecha de prestación del servicio, solo se reconocerán los excedentes.

ii) De los valores regulados o coberturas del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC

- Cuando se trate de recobro/cobros de medicamentos o dispositivos médicos se valida si se encuentran regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

- Se verifica si la tecnología en salud recobrada tiene definido un comparador administrativo.
- Se verifica si la tecnología en salud a recobrar tiene un reemplazo o sustituto en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC.

iii) De los cálculos específicos

Los valores que se tienen en cuenta para realizar los respectivos cálculos de reliquidación son los siguientes, de acuerdo con los casos que se enuncian, así:

- **Medicamentos no financiados con recursos de la UPC prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela:** diferencia entre el valor facturado del medicamento suministrado y el valor calculado para el o los medicamentos incluidos en el plan del mismo grupo terapéutico que se reemplaza(n) o sustituye(n).
- **Medicamentos no financiados con recursos de la UPC, prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela que tienen establecido un comparador administrativo:** diferencia entre el valor total facturado del medicamento suministrado y el monto calculado para el comparador administrativo.
- **Procedimientos de salud no financiados con recursos de la UPC, prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela:** valor facturado por el proveedor del servicio médico y/o prestación de salud.
- **Procedimientos de salud incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica, prescritos por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela:** cuando el procedimiento de salud está incluido en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, pero se realiza con diferente tecnología y/o vía quirúrgica, los valores a tener en cuenta para efectos de la reliquidación corresponden a la diferencia entre el valor facturado del procedimiento de salud suministrado con esta tecnología y/o vía quirúrgica y el valor del procedimiento de salud con la tecnología y/o vía de acceso incluido en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Para el cálculo de los valores diferenciales antes mencionados, se tendrán en cuenta las tarifas vigentes del manual único tarifario para la facturación de los servicios de salud. Hasta tanto se expida dicho manual, aplicarán las tarifas que reconoce la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



- **Medicamentos y dispositivos²² no financiados con recursos de la UPC regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente:** cuando se establezcan precios máximos de venta de medicamentos y dispositivos médicos en salud no financiados con recursos de la UPC, se reconocerá y pagará dicho valor y no el facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el PBS-UPC del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos.
- **Medicamentos y dispositivos no financiados con recursos de la UPC regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, con un valor facturado menor que el establecido:** Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o la entidad competente, se reconocerá el valor facturado, previas las deducciones correspondientes al valor calculado para la o las tecnologías en salud incluidas en el PBS-UPC del mismo grupo terapéutico que la reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos
- **Tecnología en salud no financiadas con recursos de la UPC con un valor menor o igual al monto calculado para su respectivo comparador administrativo:** se debe entender que dicha tecnología en salud es suministrada con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no procederá la radicación del recobro/cobro.
- **Insumos y dispositivos médicos:** En el proceso de auditoría integral se verificará que los insumos y dispositivos médicos recobrados hagan parte de un procedimiento. Solo se reconocerán los excedentes que estén condicionados a una cantidad específica en el Plan de Beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio. No procederá el reconocimiento y pago de los insumos y dispositivos médicos que se recobren de manera independiente, salvo los definidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC o en actos administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social.

iv) De los fallos de tutela

²² Solo en los casos que aplique

 ADRES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

LÍNEA DE TIEMPO PARA APLICAR EL PORCENTAJE A RECONOCER EN CASO DE RECOBRO/COBROS POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO POS ORIGINADOS EN FALLOS DE TUTELA

PERÍODO DE TIEMPO		FUNDAMENTO LEGAL	% BASE A APLICAR* *	CONDICIÓN
OCTUBRE 3 DE 2003*	ENERO 9 DE 2007	RESOLUCIÓN 2933 DE 2006	100	EN CUALQUIER CASO
ENERO 10 DE 2007	OCTUBRE 1 DE 2008	LEY 1122 DE 2007 RESOLUCIÓN 3099 DE 2008	50	SI NO SE ESTUDIÓ EL CASO EN CTC Y SE ORDENÓ LA TECNOLOGÍA NO POS POR FALLO DE TUTELA
			100	APORTA CTC NEGADO POR RAZONES MÉDICO CIENTÍFICAS Y SE DIO A CONOCER EN LA ACCIÓN DE TUTELA O EN EL FALLO SE MENCIONA LA NEGACIÓN JUSTIFICADA
OCTUBRE 2 DE 2008	ENERO 19 DE 2011	RESOLUCIÓN 3754 DE 2008 SENTENCIA C-463 DE 2008	50	SI NO SE ESTUDIÓ EL CASO EN CTC Y SE ORDENÓ LA TECNOLOGÍA NO POS POR FALLO DE TUTELA
			85	APORTA CTC NEGADO POR RAZONES MÉDICO CIENTÍFICAS Y SE DIO A CONOCER EN LA ACCIÓN DE TUTELA O EN EL FALLO SE MENCIONA LA NEGACIÓN JUSTIFICADA
ENERO 20 DE 2011	DICIEMBRE 31 DE 2013	LEY 1438 DE 2011 RESOLUCIÓN 3099 DE 2008	85	APORTA CTC NEGADO POR RAZONES MÉDICO CIENTÍFICAS Y SE DIO A CONOCER EN LA ACCIÓN DE TUTELA O EN EL FALLO SE MENCIONA LA NEGACIÓN JUSTIFICADA
			100	SI NO SE ESTUDIÓ EL CASO EN CTC Y SE ORDENÓ LA TECNOLOGÍA NO POS POR FALLO DE TUTELA
ENERO 1 DE 2014	A LA FECHA	RESOLUCIÓN 5395 DE 2013-RESOLUCIÓN 1885 DE 2018	DEFINIDO POR JUEZ	PORCENTAJE QUE SEÑALE LA AUTORIDAD JUDICIAL
			100	CONFORME ARTÍCULO 40 RESOLUCIÓN 5395 DE 2013 o ARTICULO 68 DE LA RESOLUCIÓN 1885 DE 2018

*LAS RESOLUCIONES 5061 DE 1997, 2312 DE 1998 Y 2948 DE 2003 TRATAN DE RECOBRO/COBROS POR AUTORIZACIONES DE CTC Y LA RESOLUCIÓN 2949 DE 2003 INCLUYE LOS RECOBRO/COBROS POR FALLOS DE TUTELA, POR TANTO, ESTÁN INMERSAS EN EL PERÍODO, LAS RESOLUCIONES 3797 DE 2004, 2366 DE 2005 Y 2933 DE 2006

** DESPUÉS DE LAS DEDUCCIONES A QUE HAYA LUGAR SEGÚN NORMA.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

v) De los descuentos generales

Se aplica la siguiente deducción de manera transversal:

- Valor de la cuota moderadora o copago: al resultante del cálculo específico mencionado en el numeral **iii)** se le deducirá el valor que las entidades recobrantes hayan cobrado al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos y el valor que deba cancelar el usuario, conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto.
- Cuando se trate de recobro/cobros de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios ordenados mediante fallo de tutela, en los cuales el juez define el porcentaje a reconocer, éste será la base para aplicar los descuentos definidos en el Artículo 68 de la Resolución 1885 de 2018.

6.4.2. Definición de los criterios de auditoría de los requisitos esenciales para la presentación de recobro/cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios:

A continuación, se describen los criterios de auditoría o preguntas orientadoras que permitirán al auditor evaluar el cumplimiento de los requisitos esenciales, considerando los aspectos médicos o de salud, jurídico y financiero; el soporte o fuente de validación del criterio de auditoría o de la respuesta a la pregunta y el detalle de glosa que se aplicará cuando el auditor observe el incumplimiento del respectivo criterio.

Para la adecuada lectura y aplicación de este capítulo es necesario considerar las siguientes reglas:

- a) Por cada **requisito esencial** se definen unas **glosas**, que serán aplicadas por el auditor ante el no cumplimiento del requisito.
- b) La **descripción** de la glosa se acompaña de un **código**, en consecuencia, hay tantos códigos como glosas definidas.
- c) Las glosas tienen un **detalle** que corresponde al criterio de auditoría objeto de evaluación. La aplicación de un detalle de glosa implica necesariamente que el ítem del recobro/cobro objeto de evaluación no cumple el respectivo criterio de auditoría.
- d) En los casos que aplique, el detalle de cada glosa contendrá la **observación** que de manera obligatoria especificará el hallazgo del auditor, indicando la ausencia o falencia de una característica particular.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

6.4.2.1 REQUISITO ESENCIAL 1: 1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC existía y le asiste el derecho al momento de su prestación:

REQUISITO ESENCIAL 1 (Condición 1): Los datos del usuario no corresponden a los registrados en la BDUA

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (30)** y **DESCRIPCIÓN** "Los datos del usuario no corresponden a los registrados en la BDUA" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACION	DETALLE DE LA GLOSA
¿El nombre del usuario corresponde al registrado en la BDUA?	BDUA	3001 El nombre del usuario no corresponde al registrado en la BDUA.
¿El usuario se encuentra registrado en la Base de Datos de Régimen de Excepción o Especial?	BDEX	3002 El usuario se encuentra reportado en Régimen de Excepción

REQUISITO ESENCIAL 1 (Condición 2): El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (31)** y **DESCRIPCIÓN** "El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACION	DETALLE DE LA GLOSA
¿La fecha de prestación de servicio es posterior a la fecha de fallecido en la RNEC?	RNEC	3101 El usuario se encuentra reportado fallecido ²³ en la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil para la fecha de prestación del servicio

6.4.2.2 REQUISITO ESENCIAL 2: La tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la fecha de su prescripción:

REQUISITO ESENCIAL 2: El servicio o tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para su fecha de prestación

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (32)** y **DESCRIPCIÓN** "El servicio o tecnología en salud prescrita, facturada y entregada se encuentra cubierta por el Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

²³ Cuando el servicio se haya prestado respecto de un beneficiario cuyo cotizante figure como fallecido para la fecha de la atención en salud, la entidad recobrante podrá allegar copia del documento donde conste que la novedad del fallecimiento fue recibida en fecha posterior a la prestación del servicio.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACION	DETALLE DE LA GLOSA
¿El servicio o tecnología en salud prescrita, facturada y entregada se encuentra cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio?	Una vez se establece la fecha de prestación del servicio en el aplicativo se valida contra la norma vigente de cobertura del Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC.	3201 La tecnología en salud recobrada se encuentra cubierta por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio.
¿Los insumos, materiales o dispositivos médicos prescritos, facturados y entregados hacen parte de alguna aclaración ²⁴ específica del Plan de Beneficios?		3202 Los insumos, materiales o dispositivos médicos recobrados se encuentran cubiertos por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio.
¿El valor solicitado de la tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC es menor o igual al costo por evento o per cápita de lo cubierto en el Plan? ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Prescripción • Factura de venta o documento equivalente • Historia clínica • Epicrisis • Resumen de atención • Valor recobrado registrado por la entidad recobrante en el archivo .txt (campo denominado vr_ recobro/cobro). 	3203 Los valores recobrados son menores o iguales al costo por evento o per cápita de lo cubierto por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC y por lo tanto están a cargo de la Unidad de Pago por Capitación.
¿Una o más de las tecnologías en salud que componen o complementan la tecnología principal están cubiertas por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio?	Una vez se establece la fecha de prestación del servicio se valida contra la norma vigente de cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC.	3204 una o más de las tecnologías que componen o complementan la tecnología principal están cubiertas por el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio.

6.4.2.3 REQUISITO ESENCIAL 3: El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela.

REQUISITO ESENCIAL 3 (Condición No. 1): El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue prescrita por un profesional de la salud

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (43)** y **DESCRIPCIÓN** "No hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada en el aplicativo MIPRES o la misma no contiene la información requerida por la normatividad vigente" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿Existe el número de prescripción de la tecnología en salud recobrada en	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por 	4301 El número de prescripción de la tecnología recobrada, aportado por la

²⁴ El recobro de un insumo es posible cuando en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos expedidos por el Ministerio, se indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.

²⁵ De conformidad con el Artículo 128º Reconocimiento de tecnologías no descritas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" de la Resolución 5269 de 2017.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
el reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES?	la ADRES y formatos establecidos para la radicación del recobro/cobro.	entidad recobrante no existe en el reporte del consolidado de prescripciones.
¿El número de prescripción de las tecnologías en salud recobrada, se encuentra activo en el reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES?		4302 El número de prescripción de la tecnología recobrada existe, sin embargo, su estado es ANULADO o MODIFICADO en el reporte del consolidado de prescripciones.
Durante la validación descrita en los siguientes requisitos: Requisito 2: Definición de cobertura de medicamentos condicionados. Requisito 3: Tercer paso del numeral 3.1 Verifique si: ¿La prescripción tiene la justificación médica y la misma es comprensible y legible? ²⁶	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES y formatos establecidos para la radicación del recobro/cobro 	4303 no tiene justificación, o la misma tiene textos incomprensibles o caracteres ilegibles.
¿La fecha de prescripción en MIPRES es anterior a la fecha de suministro de la tecnología en salud? ²⁷	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES y formatos establecidos para la radicación del recobro/cobro. 	4305 La fecha de prescripción en MIPRES es posterior a la fecha de entrega de la tecnología en salud y no se trata de una prescripción efectuada en el ámbito hospitalario, no es una urgencia manifiesta, no es un usuario víctima de acuerdo con lo establecido en el Artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, no es una prescripción de estudio pre-trasplante de donante no efectivo, ni corresponde a una prescripción efectuada en el módulo de tutelas.
<u>Cuando el servicio o tecnología en salud recobrada requiere concepto de la junta de profesionales de la salud:</u> ²⁸		

²⁶ Aplica únicamente para recobros/cobros de medicamentos.

²⁷ No procede el reconocimiento de prescripciones con fecha posterior al suministro, excepto en los casos de: i) urgencia vital, ii) hospitalización, iii) cuando corresponda a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, iv) estudios pre-trasplante de donantes no efectivos, y v) las prescripciones efectuadas en el módulo de tutelas. .

²⁸ Para aquellas prescripciones efectuadas hasta el 10 de mayo de 2018 se verificará teniendo en cuenta lo establecido en Artículo 8 de la Resolución 532 de 2017, que modifica el artículo 20 de la Resolución 3951 de 2016, que prevé:

“Artículo 8. Modifíquese el artículo 20 de la Resolución 3951 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 20. Juntas de Profesionales de la Salud. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren habilitadas de conformidad con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que presten servicios o tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios o tecnologías complementarias, de soporte nutricional prescritas en el ámbito

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿El número de la prescripción objeto del recobro tiene concepto de aprobación de la junta de profesionales de la salud en el consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES?	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado del aplicativo MIPRES dispuesto por la ADRES. RETHUS Acta de la junta de profesionales de la salud 	4306 el número de prescripción objeto de recobro NO tiene concepto de la Junta de Profesionales de la salud o el mismo es NO APROBADO.
¿La entidad recobrante aportó el acta de la junta de profesionales de la salud?		4307 No aporta acta de junta de profesionales de la salud.
¿El acta de la junta de profesionales de la salud es legible?		4308 El acta de la junta de profesionales de la salud No () no es legible

ambulatorio, de medicamentos de la lista de Medicamentos de Usos No Incluidos en Registros Sanitarios - UNIRS o del listado conformado a partir de los reportes presentados por las Sociedades Científicas a este Ministerio validados por la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de la Entidad.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá determinar otros servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para que sean evaluados y analizados por la Junta de Profesionales de la Salud, de que trata la presente resolución, bajo criterios médicos y técnicos de conformidad con los protocolos establecidos por cada Institución Prestadora de Servicios de Salud”.

Para las prescripciones efectuadas posterior al 10 de mayo de 2018, se deberá validar teniendo en cuenta el artículo 19 de la Resolución 1885 de 2018, que indica:

“Artículo 19. Juntas de Profesionales de la Salud. Las IPS que se encuentren habilitadas de acuerdo con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que los profesionales de la salud de su planta de personal prescriban o presten tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios complementarios, productos de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio o medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario del que trata los artículos 95 y 96 de la presente Resolución.”

Excepto los siguientes casos:

- Numeral 5 del artículo 12 de la Resolución 1885 de 2018, que prevé: “Cuando se trate de prescripciones de productos de soporte nutricional ambulatorio para pacientes con: i) enfermedades huérfanas, enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas, ii) VIH, iii) cáncer en cuidado paliativo y iv) enfermedad renal crónica estadio V cuyos diagnósticos se encuentran confirmados, no requerirán Junta de Profesionales de la Salud.”
- Parágrafo 2 del artículo 19 de la Resolución 1885 de 2018, que establece: “Cuando se trate de prescripción de pañales y la cantidad requerida para un mes de tratamiento sea igual o menor a 120 unidades contabilizados por usuario, no se requerirá del análisis por parte de la Junta de Profesionales de la Salud. La entidad responsable del asegurado deberá controlar el suministro de dichas cantidades de forma mensual, independiente del número de prescripciones por usuario que se hayan registrado en la herramienta tecnológica. Lo anterior hasta tanto se establezca un protocolo para tal fin.”

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento			
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios			
	Código	VALR-MA02	Versión	02	

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿El acta de la junta de profesionales de la salud contiene como mínimo lo descrito en el artículo 25 de la Resolución 1885 de 2018, excepto los numeral 2 y 6? ²⁹		4309 El acta de la junta de profesionales de la salud no contiene el requisito No. (), que corresponde a los requisitos mínimos establecidos en el artículo 25 de la Resolución 1885 de 2018.
¿La junta de profesionales de la salud sesionó mediante <u>mecanismos virtuales, electrónicos, informáticos, telefónicos, audiovisuales</u> o cualquier otro medio que permita el <u>intercambio de información entre los miembros</u> y el acta aportada está debidamente firmada?		4318 El acta de la junta de profesionales de salud aportada no contiene la firma de los integrantes y/o en su defecto la firma del representante legal de la IPS y su secretario técnico.
¿Si la tecnología en salud o servicio complementario recobrado corresponde a un medicamento del listado temporal UNIRS, el acta de junta de profesionales de la salud se encuentra suscrita en su totalidad por médicos? ³⁰		4310 El acta de junta de profesionales de la salud no fue suscrita en su totalidad por médicos, en caso de medicamentos del listado temporal UNIRS.
¿Si la tecnología en salud recobrada corresponde a un medicamento del listado UNIRS o Sociedades Científicas, la entidad recobrante aportó el consentimiento informado firmado por el profesional de la	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte del consolidado del aplicativo MIPRES dispuesto por la ADRES. • Listado temporal UNIRS • Consentimiento informado 	4311 La tecnología en salud recobrada corresponde a un medicamento del listado temporal UNIRS, sin embargo la entidad recobrante no aporta el consentimiento informado debidamente firmado por el

²⁹ Artículo 25. *Contenidos del acta de las Juntas de profesionales de la salud. Las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud se registrarán en un acta que deberá contener como mínimo:*

1. *Fecha de elaboración*
2. *Número de acta. El consecutivo de las mismas lo determina la IPS que realiza la Junta.*
3. *Nombre, tipo y número de identificación del usuario.*
4. *Diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades – CIE 10.*
5. *Nombre o descripción del servicio complementario, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario, prescrita por el profesional de la salud.*
6. *Si se trata de un servicio complementario o soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario, indicar si es una prestación única o sucesiva.*
7. *La justificación médica, técnica y de pertinencia emitida por la Junta acerca del uso del servicio prescrito.*
8. *La decisión de la Junta, es decir: i) aprobación o ii) negación.*
9. *Nombre, firma autógrafa y profesión de todos los integrantes de la Junta.”.*

³⁰ *Deberá ser validada en el Registro de talento Humano en Salud – RETHUS y la información reportada en el Acta de la Junta Profesionales de la Salud.*

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
salud que prescribió y el paciente o su representante?		profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante.
¿El medicamento prescrito tiene la indicación registrada ante el INVIMA o quien haga sus veces? ³¹	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado del aplicativo MIPRES dispuesto por la ADRES. Listado UNIRS Listado de Vitales no disponibles INVIMA 	4312 La indicación del medicamento prescrito no está registrada ante el INVIMA y el mismo no hace parte del listado temporal UNIRS.
¿La tecnología en salud o servicio complementario recobrado tiene alertas de seguridad, efectividad y calidad emitidas por INVIMA o no se encuentra habilitada en las normas del Sistema de Garantía de la Calidad del SGSSS?	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado del aplicativo MIPRES dispuesto por la ADRES. 	4313 La tecnología en salud o servicio complementario recobrado presenta alertas de seguridad, efectividad y calidad emitidas por INVIMA o no se encuentra habilitada en las normas del Sistema de Garantía de la Calidad del SGSSS
¿La prescripción objeto de recobro identifica el comparador administrativo del medicamento recobrado?	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES y formatos establecidos para la radicación del recobro/cobro. Dato registrado por la entidad recobrante en el campo del TXT destinado para tal fin. 	4314 la prescripción No. () no identifica el comparador administrativo del medicamento recobrado
¿La prescripción objeto de recobro identifica el o los medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se reemplazan o sustituyen por el autorizado?	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES y formatos establecidos para la radicación del recobro/cobro. Dato registrado por la entidad recobrante en el campo del TXT destinado para tal fin. 	4315 la prescripción No. () no identifica el o los medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se reemplazan o sustituyen por el autorizado.
¿La prescripción objeto de recobro identifica el comparador administrativo del procedimiento recobrado? (si aplica)	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES y formatos establecidos para la radicación del recobro/cobro. Dato registrado por la entidad recobrante en el campo del TXT destinado para tal fin. 	4316 la prescripción No. () no identifica el comparador administrativo del procedimiento recobrado
¿La prescripción objeto de recobro identifica el o los procedimientos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (si aplica)	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES y formatos establecidos para la radicación del recobro/cobro. 	4317 la prescripción No. () no identifica el o los procedimientos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (si aplica) equivalentes a los

³¹ Tener en cuenta: El Numeral 3, 8, y 9 del artículo 10 de la Resolución 1885 de 2018 y los pasos descritos en el presente manual.

 ADRES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
equivalentes a los autorizados o negados con el CUPS (si aplica)?	<ul style="list-style-type: none"> Dato registrado por la entidad recobrante en el campo del TXT destinado para tal fin. 	autorizados o negados con el CUPS (si aplica)

REQUISITO ESENCIAL 3 (Condición No. 2): El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue originada en un fallo de tutela

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (35)** y **DESCRIPCIÓN "El fallo de tutela y/o sus anexos no se aporta(n), o no contiene(n) la información requerida y no hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada en el aplicativo MIPRES"** cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿La tecnología en salud fue ordenada mediante fallo de tutela y este existe?	Fallo de tutela	3501 No aporta fallo y/o el mismo no se evidencia en el histórico.
¿El fallo de tutela y/o sus anexos aportados está(n) completo(s)? ³²	Fallo de tutela	3502 El fallo de tutela aportado está incompleto
¿El fallo de tutela aportado es legible?	Fallo de tutela	3503 El fallo aportado no es legible en el folio No. () o en su totalidad
¿El fallo de tutela identifica la entidad recobrante?	<ul style="list-style-type: none"> Fallo de tutela Otras providencias judiciales, notificaciones o requerimiento suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial. 	3504 El fallo de tutela no identifica la entidad recobrante
¿La tecnología en salud recobrada se encuentra ordenada en el fallo de tutela?	<ul style="list-style-type: none"> Fallo de tutela Otras providencias judiciales, notificaciones o requerimiento suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial 	3505 La tecnología en salud recobrada no se encuentra ordenada en el fallo de tutela y no se trata de un fallo de tutela no expreso o integral.
¿La prescripción efectuada en MIPRES de las tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela con o sin comparador administrativo identifica el comparador administrativo del medicamento recobrado? (solo en los casos que aplique)	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES y formatos establecidos para la radicación del recobro/cobro. Fallo de tutela Dato registrado por la entidad recobrante en el campo del TXT destinado para tal fin. 	3509 La prescripción efectuada en MIPRES de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que sean expresos o que ordenen tratamiento integral no identifica el comparador administrativo del medicamento recobrado. (si aplica)
¿Existe el número de prescripción de la tecnología en salud recobrada en el reporte del consolidado de	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES y formatos establecidos 	3510 El número de prescripción la tecnología recobrada no existe en el

³² El fallo de tutela completo corresponde a aquel que tenga la totalidad de los folios expedidos por la autoridad judicial, la fecha, el nombre de la autoridad judicial y el número del proceso.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
prescripciones dispuesto por la ADRES?	para la radicación del recobro/cobro.	reporte del consolidado de prescripciones.
¿El número de prescripción de la tecnología en salud recobrada se encuentra con estado activo en el reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES		3511 El número de prescripción de la tecnología recobrada existe, sin embargo, su estado es ANULADO o MIDIFICADO en el reporte del consolidado de prescripciones.
¿La Información de la tutela se encuentra diligenciada en el aplicativo MIPRES y la misma es consistente con el fallo aportado?		3512 No se encuentra diligenciada la información del fallo de tutela en el módulo de tutelas del aplicativo o la misma es inconsistente en cuanto al fallo aportado.
En caso de no aportar el fallo de tutela o este se encuentre ilegible o incompleto. La entidad Recobrante adjunto otras providencias judiciales, notificaciones o requerimiento suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial y certificación del representante legal, donde manifiesto las circunstancias que le impidieron aportar el fallo completo o legible.	<ul style="list-style-type: none"> Fallo de tutela Otras providencias judiciales, notificaciones o requerimiento suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial. Certificación del representante legal. 	3513 El fallo de tutela no se anexó, y no se aportó otras providencias judiciales, notificaciones o requerimiento suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial. 3514 No se aportó la certificación del representante legal, donde manifiesto las circunstancias que le impidieron aportar el fallo completo o legible.
¿El fallo de tutela registra el nombre o identificación del usuario?	<ul style="list-style-type: none"> Fallo de tutela Otras providencias judiciales, notificaciones o requerimiento suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial 	3515 El fallo de tutela no registra el nombre o identificación del usuario
¿La prescripción efectuada en MIPRES de las tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela con o sin comparador administrativo, contiene la justificación médica de la decisión adoptada, corresponde con el (los) diagnóstico(s), la tecnología autorizada y el resto de su contenido se ajusta a los criterios definidos? ³³	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES y formatos establecidos para la radicación del recobro/cobro. Fallo de tutela 	3516 La prescripción efectuada en MIPRES de las tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela con o sin comparador administrativo no contiene la justificación médica de la decisión adoptada y/o no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente, de acuerdo con la tecnología autorizada.
Si el servicio o tecnología en salud objeto de recobro, corresponde a servicio de cuidador, verificar lo siguiente:	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES y formatos 	

³³ En los casos en que el diagnóstico inicial que motivó el fallo de tutela ha cambiado, debe remitirse una justificación que permita la correlación entre el diagnóstico consignado en el fallo, el diagnóstico actual y lo recobrado, soportado por la firma de un auditor de la entidad.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿El usuario objeto de recobro fue reportado por la entidad recobrante a la ADRES? ³⁴	establecidos para la radicación del recobro/cobro. <ul style="list-style-type: none"> Fallo de tutela Reporte de los afiliados del Régimen Contributivo a los que se les preste el servicio de cuidador, por parte de las entidades recobrantes a la ADRES. Soportes del Recobro 	3517. El usuario objeto de recobro no fue reportado por la entidad recobrante a la ADRES.
¿La entidad recobrante anexó la certificación del Representante legal en la cual se da cuenta que el servicio de cuidador prestado no implica sustitución de la atención paliativa ni la atención domiciliaria a cargo de la EPS o EOC incluidas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC?		3518 la entidad Recobrante no aportó la certificación en la cual se dé cuenta que el servicio de cuidador prestado no implica sustitución de la atención paliativa ni la atención domiciliaria a cargo de la EPS o EOC incluidas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.
En caso de tutelas que no ordena expresamente el servicio de cuidador ni determine el tiempo durante el cual la EPS o EOC debe garantizar el mismo ¿La entidad recobrante anexó la certificación expedida por el médico tratante en la cual se determine la dependencia funcional del afiliado objeto del recobro y que recibe el servicio de cuidador?		3519 El fallo de tutela no ordena expresamente el servicio de cuidador y la entidad recobrante no aportó la certificación expedida por el médico tratante en la cual se determine la dependencia funcional del afiliado objeto del recobro y que recibe el servicio de cuidador.

6.4.2.4 REQUISITO ESENCIAL 4: El servicio o la tecnología en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC fue efectivamente suministrada al usuario

REQUISITO ESENCIAL 4 (Condición 1): El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue efectivamente suministrada al usuario

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (36)** y **DESCRIPCIÓN** "No se evidencia la entrega del servicio o la tecnología no financiada con recursos de la UPC al usuario, objeto de recobro/cobro" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿Existe evidencia de entrega al usuario del servicio o la tecnología en salud no	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente o, 	3601 La entidad recobrante no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega del servicio o la tecnología

³⁴ Literal a del numeral 8 del artículo 39 de la Resolución 1885 de 2018, que indica: "Reporte de los afiliados del Régimen Contributivo a los que se les preste el servicio de cuidador, en cumplimiento de un fallo de tutela, el cual deberá actualizarse cada (2) dos meses, el segundo día hábil de cada mes, de conformidad con lo que establezca la ADRES"

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
financiada con recursos de la UPC objeto del recobro/cobro? ³⁵	<ul style="list-style-type: none"> Fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción o, Certificación del prestador o, Formato diseñado por la entidad o, Copia de Epicrisis o, Copia del Resumen de atención o, Historia Clínica 	en salud no financiada con recursos de la UPC.
Si corresponde a una <u>atención ambulatoria</u> ¿Existe uno de los documentos como constancia de recibido de la lista ³⁶ firmado y con número de identificación por el usuario, su acudiente, responsable, representante, o de quien recibe la tecnología como constancia de recibido?	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente Fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción Certificación del proveedor Formato diseñado por la entidad 	3602 La entidad recobrante no aporta el documento con la firma y el número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, fórmula médica, orden, reporte de prescripción, certificación del proveedor o formato diseñado para tal fin.
Si corresponde a una <u>atención inicial de urgencias</u> ³⁷ ¿Existe copia del informe de atención inicial de urgencias?	Informe de atención inicial de urgencias	3603 La entidad recobrante no aporta copia del informe de atención inicial de urgencias como evidencia de entrega de la tecnología recobrada
Si corresponde a una <u>Atención de urgencias</u> ³⁸ con <u>observación, servicios de internación</u> ³⁹ , <u>cirugía hospitalaria o</u>	<ul style="list-style-type: none"> Copia de Epicrisis Copia del Resumen de atención 	3604 La entidad recobrante no aporta copia de la epicrisis, resumen de atención o historia

³⁵La evidencia de la entrega de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario al usuario se verificará con la firma o documento de quien lo recibe, entendiéndose que corresponde a la persona responsable del paciente. Tenga en cuenta que no siempre el paciente puede ser el firmante incluso por su misma condición de salud, el requisito se mantiene ante la importancia de tener evidencia de que el servicio fue recibido.

³⁶ La firma y el número de identificación como constancia de recibido, debe estar presente en cualquiera de los siguientes soportes del recobro: en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula u orden médica. Si no se encuentra en ninguna de las anteriores, valide que en el recobro se adjunte una certificación del prestador que indique si el servicio fue efectivamente entregado o verifique si trae un formato diseñado por la entidad que dé cuenta de la entrega del servicio.

³⁷Ver glosario que define el término atención inicial de urgencias.

³⁸Ver glosario que define el término atención de urgencias.

³⁹ Referido a las atenciones donde la estadía del paciente sea superior a 24 horas dentro de la Institución Prestadora de Servicios de Salud. En este caso, se admitirá como evidencia de suministro en caso de tratarse de medicamentos, las órdenes médicas y hojas de aplicación de medicamentos o notas de enfermería, solo si es posible establecer que dicho soporte pertenece a la historia clínica del usuario en mención y que la misma corresponde a la Institución que prestó el servicio.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
ambulatoria. ⁴⁰ ¿Existe copia de la epicrisis, resumen de atención o historia clínica?	<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica 	clínica como evidencia de entrega de la tecnología recobrada.
¿La evidencia de entrega es legible?	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente o, Fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, Certificación del prestador o, Formato diseñado por la entidad o, Copia de Epicrisis o, Copia del Resumen de atención o, Historia Clínica 	3605 La evidencia de entrega no es legible
Si el usuario a quien se le prestó o suministró el servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, ha sido diagnosticado con <u>enfermedad huérfana</u> : ¿La entidad recobrante registro al usuario en el sistema de información establecido por el Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya?	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de información establecido por el decreto 1954 de 2012 o la norma que modifique, adicione o sustituya 	3606 La entidad recobrante no registró al usuario diagnosticado con enfermedad huérfana en el sistema de información establecido por el decreto Título 4 de la parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

REQUISITO ESENCIAL 4 (Condición 2): La factura de venta o documento equivalente se aporta o contiene la información requerida

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (37)** y **DESCRIPCIÓN** "La factura de venta o documento equivalente no se aporta o no contiene la información requerida" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿Existe factura o documento equivalente?	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente Certificación del proveedor Certificación del representante legal de la EPS 	3701 La entidad recobrante no aporta factura o documento equivalente de la tecnología en salud recobrada
¿La factura o documento equivalente es legible?		3702 La factura de venta o documento equivalente no es legible

⁴⁰Para el caso de tecnologías en salud no pos usadas en salas de cirugía se admitirá como evidencia de suministro la hoja de descripción quirúrgica o la hoja de gastos de la cirugía, en caso de tratarse de medicamentos, se admitirá como soporte el récord de anestesia. Lo anterior, solo si es posible establecer que dicho soporte pertenece a la historia clínica del usuario en mención y que la misma corresponde a la Institución que prestó el servicio.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿La factura o documento equivalente describe de forma completa ^{41,42,43} la tecnología en salud facturada?		3703 La factura de venta del proveedor del servicio o documento equivalente no está completa.
¿La factura incluye el detalle de cargos ⁴⁴ para las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicio complementario o aporta la certificación del representante legal de la entidad?		3704 La factura No. () no incluye el detalle de cargos la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario, expedido por el proveedor y no se anexa una certificación del representante legal de la entidad que suscribe dicho detalle.
En caso de factura que incluye el tratamiento de más de un usuario ¿Se anexa a la factura de forma adicional la certificación del proveedor?	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente Certificación del proveedor 	3705 La factura No. () incluye el tratamiento de más de un usuario y no se anexa certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario por cada usuario, fecha de prestación y factura de venta o documento equivalente al cual se imputa la certificación.
En caso de factura por compras al por mayor en la cual no se describe al paciente(s) que recibió el servicio ¿Se anexa la certificación del representante legal en la que indica a que factura le imputa la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario?	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente Certificación del representante legal de la entidad recobrante 	3706 La factura No. () incluye compras al por mayor en las que el proveedor no identifica al usuario(s) que recibió(eron) la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario y no se anexa certificación del representante legal en la que se indique a quien(es) fue suministrada la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario y la factura a la cual se imputa la tecnología en

⁴¹ Se entiende por factura completa aquella que cumple las siguientes condiciones: Nombre e identificación del afiliado al cual se le suministra la tecnología no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios, descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario y fecha de radicación de la factura ante el pagador.

⁴² Si el servicio prestado es unitario no se requiere la cantidad.

⁴³ Si la factura contiene cantidades claras y el valor total por cada servicio prestado que permita determinar el valor unitario, no se exigirá que esté descrito el mismo.

⁴⁴ Siempre y en cualquier caso la factura debe aportar el detalle de cargos, en ausencia de éste la certificación del representante legal de la entidad.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
		salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario.
En caso de medicamentos importados ⁴⁵ ¿Existe copia de la declaración de importación?	Declaración de Importación	3707 La entidad recobrante no anexa la copia de la declaración de importación
En caso de medicamentos importados ¿Existe copia de la declaración andina de valor? ⁴⁶	Declaración Andina de Valor	3708 La entidad recobrante no anexa la copia de la declaración andina de valor
En caso de medicamentos importados ¿Existe copia de la factura del agente aduanero? ⁴⁷	Factura del agente aduanero	3709 La entidad recobrante no anexa la copia de la factura del agente aduanero
En caso de medicamentos importados ¿Existe certificación firmada por el representante legal de la entidad que indique el número de la declaración de importación respecto de la solicitud de recobro/cobro, el afiliado y la cantidad recobrada? ⁴⁸	Certificación del Representante Legal de la entidad recobrante	3710 No aporta la certificación firmada por el representante legal de la entidad en la que indique el número de la declaración de importación respecto de la solicitud de recobro/cobro, el afiliado y la cantidad recobrada
En caso de medicamentos importados ¿Existe certificación firmada por el representante legal de la entidad que indique número de la declaración de importación, el afiliado y la cantidad recobrada, cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante que se suministren a otros usuarios verificando prescripción médica y las causas que originaron las disponibilidades? ⁴⁹	Certificación del Representante Legal de la entidad recobrante	3711 No aporta certificación del representante legal indicando el número de la declaración de importación, el afiliado y la cantidad recobrada, cuando se generen disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante que se suministren a otros usuarios verificando prescripción médica y las causas que originaron las disponibilidades.
¿La factura de la Caja de Compensación Familiar contiene el nombre o razón social y el tipo de identificación?	Factura de venta o documento equivalente	3712 La factura No. () no contiene el nombre o razón social y el tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación Familiar cuando se suministra la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario a su programa de EPS.
¿La factura de venta o documento equivalente contiene un CUM que corresponde de acuerdo con la actualización mensual del INVIMA a una muestra médica?	Factura de venta o documento equivalente	3713 La factura de venta o documento equivalente contiene un CUM que corresponde de acuerdo con la actualización mensual del INVIMA a una muestra médica

⁴⁵ Aplica únicamente cuando la entidad recobrante es quien importa el medicamento

⁴⁶ Ibidem

⁴⁷ Ibidem

⁴⁸ Ibidem

⁴⁹ Ibidem

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

REQUISITO ESENCIAL 4 (Condición 3): La información de garantía de suministro se reporta y contiene la información requerida.

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (44)** y **DESCRIPCIÓN** "La información de garantía de suministro no se reporta o no contiene la información requerida" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿El ítem de la prescripción objeto de auditoría tiene información reportada por la entidad recobrante en el anexo de garantía del suministro? ⁵⁰	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES. Reporte garantía del suministro dispuesto por la ADRES 	4401 La entidad recobrante no reporta la información en el anexo de la garantía de suministro del ítem de la prescripción objeto de auditoría.
¿La información reportada en el anexo de garantía del suministro, de la prescripción objeto de la auditoría está completa y consistente? ⁵¹	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES. Reporte garantía del suministro dispuesto la ADRES 	4402 La (s) variable(s) No. () del anexo de garantía del suministro que corresponde a la prescripción No. () no tiene información, está incompleta o inconsistente.
¿La tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario recobrado, es consistente entre lo prescrito, lo reportado en el anexo de la garantía del suministro, lo descrito en la evidencia de entrega y lo facturado.?	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto ADRES. Reporte garantía del suministro dispuesto por la ADRES Factura de venta o documento equivalente o, Fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, Certificación del prestador o, Formato diseñado por la entidad o, Copia de Epicrisis o, Copia del Resumen de atención o, Historia Clínica 	4403 El servicio o tecnología prescrita no es consistente entre lo prescrito, lo reportado en el anexo de la garantía del suministro, lo descrito en la evidencia de entrega y lo facturado.

6.4.2.5 REQUISITO ESENCIAL 5: El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponde a la ADRES y se presenta por una única vez

⁵⁰ La validación se efectuará automáticamente en la etapa de Preradicación, sin embargo teniendo en cuenta que una prescripción puede tener varios ítems se verificará que el ítem de la prescripción objeto de recobro tenga la información reportada en el anexo de suministro, en caso de no tener dicha información será objeto de la glosa pertinente.

⁵¹ Se deberá validar teniendo en cuenta lo establecido en el Anexo Técnico para Reporte de Información – Suministros y en el Anexo Técnico para Reporte de Información – Suministros Causa de No Entrega del Ministerio de Salud y Protección social.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

REQUISITO ESENCIAL 5 (Condición 1): El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada corresponde a la ADRES

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (38)** y **DESCRIPCIÓN** "El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada no le corresponde a la ADRES " cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿El fallo de tutela que ordena prestaciones económicas ⁵² otorga de manera expresa el recobro/cobro a la ADRES o quien haga sus veces?	Fallo de tutela	3801 El fallo no otorga de manera expresa el recobro/cobro a la ADRES, por prestaciones económicas y además éstas se reconocen de acuerdo con el procedimiento descrito en Nota Externa 201433210469851 del 7 de abril de 2014.
Si el paciente corresponde al régimen subsidiado, especial o excepcional ¿El fallo de tutela otorga el recobro/cobro a la ADRES de manera expresa?	Fallo de tutela	3802 El fallo de tutela a favor de usuario del régimen subsidiado, especial o excepcional no otorga de manera expresa recobro/cobro a la ADRES.
Si el paciente corresponde al régimen subsidiado, especial o excepcional ¿La entidad recobrante adjuntó el formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral, en donde el médico de la entidad justifica la conexidad de la tecnología recobrada con el fallo de tutela? ⁵³	<ul style="list-style-type: none"> Fallo de tutela Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral, en donde el médico de la entidad justifica la conexidad de la tecnología recobrada con el fallo de tutela 	3806 El paciente corresponde al régimen subsidiado, especial o excepcional y la Entidad Recobrante no adjuntó el formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral, en donde el médico de la entidad justifica la conexidad de la tecnología recobrada con el fallo de tutela.
¿La tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario es consecuencia de un accidente de tránsito y no se ha agotado la cobertura SOAT ⁵⁴ ?	<ul style="list-style-type: none"> Fallo de tutela Reporte del consolidado de prescripciones por fallos de tutela dispuesto por la ADRES. Certificado de agotamiento de cobertura ECAT y de la aseguradora del vehículo 	3803 La tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario es consecuencia de un accidente de tránsito y aún no se ha agotado la cobertura SOAT.
¿ La tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario es consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad de origen laboral?	<ul style="list-style-type: none"> Fallo de tutela Reporte del consolidado de prescripciones por fallos de tutela dispuesto por la ADRES. 	3804 La tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario es consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad de origen laboral.
¿ La tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio	<ul style="list-style-type: none"> Fallo de tutela 	3805 La tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC

⁵² Prestaciones Económicas corresponden a: licencia de maternidad, paternidad o incapacidad por enfermedad general.

⁵³ Documento requerido para los recobros/cobros presentados a la ADRES hasta el mes de septiembre de 2018.

⁵⁴ Debe validar el agotamiento de la cobertura del SOAT

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
complementario recobrado corresponde a una prestación no financiada con recursos del SGSSS?	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del consolidado de prescripciones por fallos de tutela dispuesto por la ADRES. Reporte del consolidado de prescripciones por fallos de tutela dispuesto por ADRES 	o servicio complementario objeto de la solicitud corresponde a una prestación no financiada con recursos del SGSSS y no se encuentra ordenada de manera expresa en el fallo de tutela, y tratándose de fallos de tutela integrales no se evidencia la justificación médica en el aplicativo MIPRES en el módulo de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo.

REQUISITO ESENCIAL 5 (Condición 2): La tecnología en salud objeto de recobro/cobro NO ha sido presentada o pagada con anterioridad por la ADRES.

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (39)** y **DESCRIPCIÓN** "La tecnología en salud objeto de recobro/cobro ha sido presentada o pagada con anterioridad por la ADRES" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿El recobro/cobro ya fue radicado en el mismo paquete?	<ul style="list-style-type: none"> Validación interna de la ADRES 	3901 La tecnología en salud objeto de recobro/cobro fue radicado dos veces en el mismo paquete. Se anulan los recobros/cobros radicados No. ()
¿El recobro/cobro ya fue radicado en otro paquete del mismo periodo?	<ul style="list-style-type: none"> Validación interna de la ADRES 	3902 La tecnología en salud objeto de recobro/cobro fue radicado en paquetes simultáneos del mismo periodo con radicado No. ()
¿El recobro/cobro fue aprobado en otro paquete?	<ul style="list-style-type: none"> Validación interna de la ADRES 	3903 La tecnología en salud objeto de recobro/cobro ha sido pagada con anterioridad por la ADRES, en el recobro/cobro No.() correspondiente al paquete ()

6.4.2.6. REQUISITO ESENCIAL 6: La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC se realiza ante la ADRES en el término establecido

REQUISITO ESENCIAL 6: La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC se realiza ante la ADRES en el término establecido

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (40)** y **DESCRIPCIÓN** "El recobro/cobro, la objeción o subsanación se presenta fuera de los términos establecidos" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿La solicitud de recobro/cobro se presentó oportunamente por primera vez de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente? ⁵⁵	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente o, Fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción o, Certificación del prestador o, Formato diseñado por la entidad o, Copia de Epicrisis o, Copia del Resumen de atención o, Historia Clínica 	4001 El recobro fue presentado con posterioridad al año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento.
¿La solicitud de recobro/cobro se presentó oportunamente por primera vez de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente? ⁵⁶	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente o, Fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción o, Certificación del prestador o, Formato diseñado por la entidad o, Copia de Epicrisis o, Copia del Resumen de atención o, Historia Clínica 	4002 El recobro no fue presentado en el periodo de radicación inmediatamente posterior a aquel en el que se cumplía el año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento.
¿La objeción a la glosa se presentó oportunamente de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente? ⁵⁷	<ul style="list-style-type: none"> La comunicación del resultado de auditoría 	4005 La objeción al resultado de auditoría no fue presentada en el plazo establecido
¿La objeción a la glosa se presentó oportunamente de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente?	<ul style="list-style-type: none"> La comunicación del resultado de auditoría 	4006 La objeción al resultado de auditoría no fue presentada en el periodo de radicación inmediatamente posterior al plazo establecido

⁵⁵El tiempo oportuno previsto por la normativa vigente para la presentación de un recobro se establece en el Artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 y corresponde a la presentación del recobro dentro del año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento.

⁵⁶ Cuando el recobro supere el año entre la fecha de radicación y la fecha de generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, se entenderá radicado oportunamente siempre y cuando se presente en el periodo de radicación inmediatamente siguiente.

⁵⁷ El tiempo oportuno previsto por el Artículo 56 de la Resolución 1885 de 2018 para la presentación de una objeción a los resultados de auditoría es de 2 meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de auditoría.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿La subsanación a la glosa se presentó oportunamente de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente? ⁵⁸	<ul style="list-style-type: none"> La comunicación del resultado de auditoría 	4007 La subsanación al resultado de auditoría no fue presentada en el plazo establecido
¿La subsanación a la glosa se presentó oportunamente de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente?	<ul style="list-style-type: none"> La comunicación del resultado de auditoría 	4008 La subsanación al resultado de auditoría no fue presentada en el periodo de radicación inmediatamente posterior al plazo establecido
¿La subsanación de la glosa presentada corresponde a las glosas definidas en el manual como subsanables?	<ul style="list-style-type: none"> La comunicación del resultado de auditoría Manual de auditoría 	4009 La subsanación al resultado de la auditoría no corresponde a las glosas definidas en el manual como subsanables
¿La solicitud de recobro/cobro se presentó oportunamente por primera vez de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente? ⁵⁹	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente o, Fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción o, Certificación del prestador o, Formato diseñado por la entidad o, Copia de Epicrisis o, Copia del Resumen de atención o, Historia Clínica 	4010 El recobro/cobro fue presentado con posterioridad a los tres años siguientes a fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente.
La solicitud de recobro/cobro se presentó oportunamente por primera vez de acuerdo con el tiempo previsto por la normativa vigente. ⁶⁰	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente o, Fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción o, Certificación del prestador o, Formato diseñado por la entidad o, Copia de Epicrisis o, Copia del Resumen de atención o, Historia Clínica 	4011 El recobro/cobro no fue presentado en el periodo de radicación inmediatamente posterior a aquel en el que se cumplían los tres (3) años siguientes a fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente

⁵⁸ El tiempo oportuno previsto por el Artículo 57 de la Resolución 1885 de 2018 para la presentación de una objeción a los resultados de auditoría es de 2 meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de auditoría

⁵⁹ El tiempo oportuno previsto por la normativa vigente para la presentación de un recobro se establece en el Artículo 73 de la ley 1753 de 2015 y corresponde a la presentación del recobro dentro de los tres (3) años a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente. Finalizado dicho plazo, sin haberse presentado la reclamación o recobro, prescribirá el derecho a recibir el pago y se extingue la obligación para la ADRES

⁶⁰ Cuando el recobro supere los tres años entre la fecha de radicación y la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente se entenderá radicado oportunamente siempre y cuando se presente en el periodo de radicación inmediatamente siguiente.

 ADRES <small>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</small>	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

6.4.2.7. REQUISITO ESENCIAL 7: Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos

REQUISITO ESENCIAL 7: Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (41)** y **DESCRIPCIÓN** "La tecnología recobrada o el usuario no es consistente en los diferentes soportes del recobro/cobro, prescripción del aplicativo MIPRES y medios magnéticos de radicación" cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **NO APROBADO**.

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿La descripción de la tecnología en salud es consistente en los diferentes soportes del recobro/cobro? ⁶¹	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los soportes del recobro/cobro • Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES. • Formatos establecidos para la radicación del recobro/cobro. 	4107 La tecnología en salud prescrita en el aplicativo MIPRES por el profesional de la salud, por la entidad recobrante, u ordenada por fallo de tutela, con o sin comparador administrativo no corresponde con la facturada.
		4108 La tecnología en salud prescrita en el aplicativo MIPRES por el profesional de la salud, por la entidad recobrante u ordenada por fallo de tutela, con o sin comparador administrativo no corresponde con la suministrada.
		4109 La tecnología en salud aprobada por la junta de profesionales de la salud, no corresponde con la prescrita por el profesional de la salud tratante.
		4110 La tecnología en salud aprobada por la junta de profesionales de la salud, no corresponde con la facturada.
		4111 La tecnología en salud aprobada por la junta de profesionales de la salud, no corresponde con la suministrada.
¿El usuario por el cual se recobra la tecnología en salud es el mismo en los diferentes soportes del recobro/cobro?	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los soportes del recobro/cobro • Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES. 	4112 El usuario contenido en la prescripción del aplicativo MIPRES o fallo de tutela con o sin comparador administrativo, no corresponde al contenido en la factura de venta o documento equivalente.

⁶¹ El auditor deberá utilizar como criterio para establecer la consistencia de la información, la verificación que el medicamento facturado, independiente de su forma de comercialización (genérico o de marca), corresponde al mismo principio activo, forma farmacéutica y concentración registrada en la prescripción del aplicativo MIPRES y Fallo de Tutela.

 ADRES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

CRITERIO DE AUDITORIA - PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
	<ul style="list-style-type: none"> • Formatos establecidos para la radicación del recobro/cobro. 	<p>4113 El usuario contenido en la prescripción del aplicativo MIPRES, no corresponde con el registrado en la Junta de Profesionales de la Salud.</p> <p>4114 El usuario contenido en la prescripción del aplicativo MIPRES o fallo de tutela con o sin comparador administrativo, no corresponde al contenido en los soportes de evidencia de entrega.</p> <p>4115 El usuario contenido en el fallo de tutela, no corresponde con el registrado en la prescripción médica de MIPRES realizada por el profesional de la salud o efectuada por la entidad recobrante.</p>
¿Las fechas de prescripción, suministro y facturación de la tecnología en salud son consistente en los diferentes soportes del recobro/cobro? ⁶²	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los soportes del recobro/cobro • Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES. 	4116 La fecha de prescripción y/o, suministro y/o facturación no son consistentes en los diferentes soportes del recobro/cobro.

6.4.2.8. REQUISITO ESENCIAL 8: El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente

REQUISITO ESENCIAL 8: El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente

El auditor impondrá la glosa identificada con **CÓDIGO (42)** y **DESCRIPCIÓN "El monto a reconocer presenta diferencias respecto al valor recobrado"** cuando se dictamine que no se cumplieron en su totalidad los criterios definidos a continuación, el resultado de la aplicación de la glosa descrita será el de **APROBADO CON RELIQUIDACIÓN**.

CRITERIO DE AUDITORIA PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE / FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
Se verifica que el valor recobrado reportado por la entidad incluya los descuentos relacionados en el Artículo 68 de la Resolución 1885 de 2018 y posteriormente	<ul style="list-style-type: none"> • Valor recobrado registrado por la entidad recobrante en el archivo .txt (campo denominado <i>vr_recobro/cobro</i>). • Factura de venta o documento equivalente. 	4201 El valor recobrado es mayor al valor liquidado conforme a lo establecido en el Artículo 68 de la Resolución 1885 de 2018, por lo tanto, se reliquida y se glosa la diferencia.

⁶² El auditor deberá utilizar como criterio para establecer la consistencia de la información, la verificación de la fecha de prescripción en MIPRES con relación a la fecha de suministro y facturación, la cual debe ser consistente cronológicamente y no debe ser posterior, salvo los casos de urgencia vital, hospitalización, cuando corresponda a las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, compra realizada al por mayor, estudios pre-trasplante de donantes no efectivos, y las prescripciones efectuadas en el módulo de tutelas.

CRITERIO DE AUDITORÍA PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE /FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
se debe resolver, ¿el valor recobrado supera al valor liquidado? ⁶³		
¿La cantidad facturada corresponde a lo efectivamente suministrado al usuario?	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente Soporte de evidencia de entrega (Factura de venta o documento equivalente o, Fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción o, Certificación del prestador o, Formato diseñado por la entidad o, Copia de Epicrisis o, Copia del Resumen de atención o, Historia Clínica) 	4212 Se reconoce () unidades correspondientes a la cantidad efectivamente suministrada al usuario, se glosa la diferencia.
¿La cantidad facturada y efectivamente suministrada no excede las cantidades prescritas por el profesional de la salud o entidad recobrante en el aplicativo MIPRES?	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente Soporte de evidencia de entrega (Factura de venta o documento equivalente o, Fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción o, Certificación del prestador o, Formato diseñado por la entidad o, Copia de Epicrisis o, Copia del Resumen de atención o, Historia Clínica) Reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES. 	4213 Se reconoce () unidades correspondientes a la cantidad prescrita al usuario, dado que lo suministrado y facturado excede dicha cantidad, se glosa la diferencia

⁶³No se reconocerán variaciones posteriores del precio de las tecnologías en salud, ni ajustes por inflación o cambio de anualidad. El valor objeto de aprobación no podrá superar el monto registrado en el medio magnético en el campo denominado "Valor Recobro".

CRITERIO DE AUDITORÍA PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE /FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
¿La cantidad facturada de la tecnología corresponde a la cantidad establecida en el plan de beneficios?	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente Actos administrativos que definen los contenidos del Plan de beneficios en salud con cargo a la UPC 	4203 Se reconoce () unidades correspondientes al servicio o tecnología en salud no cubierta por el plan de beneficios con cargo a la UPC, las demás unidades recobradas se glosan dado que están incluidas en el Plan de beneficios.
¿El valor del medicamento dispositivo médico recobrado por la entidad recobrante, se encuentra regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos? ⁶⁴	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente Medio magnético del recobro/cobro 	4204 El valor del medicamento o dispositivo médico recobrado es superior al valor establecido en la Circular No. (), por lo tanto, se glosa la diferencia.
¿El valor de la tecnología en salud recobrada (excepto medicamentos) es superior al valor máximo establecido?	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente Medio magnético del recobro/cobro 	4205 El valor de la tecnología en salud recobrada, es mayor al valor máximo establecido, por lo tanto, se glosa la diferencia.
En caso de medicamentos con comparador administrativo ¿la operación matemática para establecer el valor del comparador administrativo, es correcta?	<ul style="list-style-type: none"> Valor recobrado registrado por la entidad recobrante en el archivo .txt (campo denominado <i>vr_ recobro/cobro</i>). 	4206 El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del medicamento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
En caso de procedimientos con comparador administrativo ¿la operación matemática para establecer el valor del comparador administrativo, es correcta?		4207 El resultado de la operación matemática del cálculo del comparador administrativo del procedimiento recobrado presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
En caso de medicamentos sin comparador administrativo, ¿la operación matemática para establecer el valor del medicamento que reemplaza o sustituye, es correcta? ⁶⁵	<ul style="list-style-type: none"> Prescripción MIPRES Valor recobrado registrado por la entidad recobrante en el archivo .txt (campo denominado <i>vr_ recobro/cobro</i>). 	4208 El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del medicamento que reemplaza o sustituye, presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.
En caso de procedimientos realizados bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica ¿la operación matemática para establecer el valor del procedimiento que reemplaza o sustituye, es correcta? ⁶⁶	<ul style="list-style-type: none"> Prescripción MIPRES Factura de venta o documento equivalente Historia clínica 	4209 El resultado de la operación matemática del cálculo del valor del procedimiento realizado bajo diferente tecnología y/o vía quirúrgica que reemplaza o sustituye,

⁶⁴ Para la reliquidación debe tener en cuenta la fecha de prestación de servicio y la normativa aplicable para esa fecha, relacionada con regulación de precios, en los casos en que aplique.

⁶⁵ En cuanto a los procedimientos de salud solicitados por el profesional de la salud u ordenados por Fallo de Tutela que no tengan un procedimiento que lo reemplaza o sustituye en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, y así mismo esté justificado en los respectivos documentos del recobro, se reconocerá el valor facturado por el proveedor del servicio de conformidad con el numeral 2 del Artículo 68 de la Resolución 1885 de 2017.

⁶⁶ En cuanto a los procedimientos de salud solicitados por el profesional de la salud u ordenados por Fallo de Tutela realizados con diferente tecnología o vía quirúrgica, y así mismo esté justificado en los respectivos documentos del recobro,

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

CRITERIO DE AUDITORÍA PREGUNTA ORIENTADORA	SOPORTE /FUENTE DE VALIDACIÓN	DETALLE DE LA GLOSA
	<ul style="list-style-type: none"> • Epicrisis • Resumen de atención • Valor recobrado registrado por la entidad recobrante en el archivo .txt (campo denominado vr_ recobro/cobro). 	presenta errores y por lo tanto se glosa la diferencia.

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA AUDITORIA INTEGRAL DE RECOBRO/COBROS ORIGINADOS EN LA PRESCRIPCIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD U ORDENADAS POR FALLO DE TUTELA

El sistema de verificación y control del pago de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, define los elementos esenciales que originan la solicitud del recobro/cobro, se establece un procedimiento claro, preciso, transparente, seguro, ágil, eficaz y con suficiencia, que unifica términos y fechas de pago, elimina requisitos inocuos y suprime glosas infundadas para garantizar el adecuado, efectivo y oportuno flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el mencionado procedimiento la normativa vigente establece los requisitos generales y específicos que deben cumplir las entidades recobrantes para presentar las solicitudes de recobro/cobro originadas en la prescripción de los profesionales de la salud u ordenadas por fallos de tutela en el aplicativo MIPRES, y las actividades para llevar a cabo la verificación de dichos requisitos y su coherencia, los términos y plazos, el pago de las solicitudes cuando haya lugar a ordenar el gasto y autorizar el giro, así como otras disposiciones.

Las solicitudes de recobro/cobro surten las siguientes etapas de validación:

- Pre-radicación: se valida la información registrada por la entidad recobrante con bases de datos, con el fin de establecer la existencia del usuario, la consistencia de códigos, la procedencia o no del reconocimiento del recobro/cobro y las investigaciones administrativas o judiciales.
- Radicación: se presenta ante la ADRES, el formato MYT-R, junto con los soportes en medio impreso o magnético, según corresponda. A partir del 01 de mayo de 2017, el recobro se presenta en medio magnético, conforme al procedimiento establecido por la ADRES.
- Pre-auditoría: se verifica que el recobro/cobro contenga los soportes mínimos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para su pago.

se reconocerá el valor facturado por el proveedor del servicio de conformidad con el numeral 2 del Artículo 68 de la Resolución 1885 de 2018.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02
				

- Auditoría Integral: se verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros, conforme a lo descrito en el presente manual

Una vez se han concluido las etapas de pre-radicación, radicación y pre-auditoria descritas, inicia el proceso de Auditoría Integral con las solicitudes a auditar, es decir que se encuentran disponibles los soportes del recobro/cobro con su respectivo medio magnético e imagen.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

8. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO RELACIONADO CON EL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL Y COMUNICACIÓN A LAS ENTIDADES RECOBRANTES

Una vez realizadas las actividades del proceso de auditoría integral de recobro/cobros originados en la prescripción de los profesionales de la salud u ordenadas por fallos de tutela en el aplicativo MIPRES, se obtienen los resultados de dicho proceso, los cuales son comunicados a la entidad recobrante, quien tiene 2 meses de acuerdo con la normativa vigente para objetar dicho resultado.

Los resultados de Auditoría Integral pueden ser los siguientes:

8.1. Aprobado: Cuando alguno o algunos de los ítems del recobro/cobro cumple(n) con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría.

- Aprobado total: cuando todos los ítem(s) del recobro/cobro cumple(n) con los requisitos de la normativa vigente y el presente manual de auditoría.
- Aprobado con reliquidación: Cuando se aprueban todos los ítems del recobro/cobro, sin embargo, el valor a pagar es menor al valor recobrado, debido a la presencia de errores en el cálculo del valor recobrado por la entidad recobrante.
- Aprobado parcial: cuando se aprobaron para pago parte de los ítem(s) del recobro/cobro

8.2. No aprobado: Cuando todos los ítems del recobro/cobro no cumplen con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el manual de auditoría.

El resultado de la auditoría integral de los recobro/cobros se comunica al representante legal de la entidad recobrante, al domicilio y a la dirección electrónica informados, con el detalle del estado de cada solicitud de recobro/cobro y las causales de glosa que se hayan aplicado en medio magnético con la misma estructura presentada para la radicación, dentro de los tres (3) días siguientes al cierre efectivo del proceso de verificación.

La comunicación contendrá la siguiente información:

- Fecha de expedición de la comunicación.
- Número de radicación de cada recobro/cobro.
- Resultado de la auditoría integral por recobro/cobro: aprobado total, aprobado con reliquidación, aprobado parcial o no aprobado.
- Causales de aprobación con reliquidación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.
- La relación de los ítems que no fueron aprobados para pago, cuando exista aprobación parcial.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02



- Causales de no aprobación, cuando fuere el caso, en forma individual por cada ítem del recobro/cobro presentado, conforme al manual de auditoría.
- La comunicación impresa se acompañará de medio magnético con información bajo la misma estructura presentada para la radicación, que contendrá en detalle el estado de cada solicitud de recobro/cobro y las causales de glosa si hubo lugar a ello, conforme el capítulo de glosas del presente manual.

Una vez recibida la comunicación de los resultados de la auditoría integral, la entidad recobrante tiene las siguientes opciones:

1. Si la entidad recobrante está de acuerdo con el resultado de la auditoría: Cuando el estado del ítem del recobro/cobro sea no aprobado y no presente objeción al resultado, se entenderán aceptadas las glosas y concluido el procedimiento de recobro/cobro ante la ADRES, señalado en la normativa vigente.
2. Si la entidad recobrante no está de acuerdo con el resultado de la auditoría: Cuando la entidad recobrante no esté de acuerdo con el resultado, puede realizar dentro de los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, el proceso de "Objeción al resultado de auditoría". Ver capítulo 8. "Definición de los criterios que se aplican en el proceso de objeción al resultado de la auditoría integral".
3. Si la entidad recobrante acepta las glosas aplicadas como resultado del incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral realizada a los recobros/cobros: La entidad recobrante puede realizar dentro de dos meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado el proceso de "Subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría". Ver capítulo 9. "Definición de los criterios que se aplican en el proceso de subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría".

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

9. DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS QUE SE APLICAN EN EL PROCESO DE OBJECCIÓN AL RESULTADO DE LA AUDITORÍA INTEGRAL

Cuando la entidad recobrante no esté de acuerdo con el resultado del proceso de auditoría integral puede realizar dentro los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, el proceso de "Objeción al resultado de auditoría", argumentando las razones por las cuales se presenta dicha objeción, por cada ítem en cada uno de los recobros/cobros glosados, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 56 de la Resolución 1885 de 2018, ya citado en el presente Manual.⁶⁷

9.1. Criterios de Auditoría – Lineamientos Generales

- a. **Término establecido:** en cualquier caso, se debe cumplir el término previsto para objetar los resultados de auditoría informados por la ADRES.⁶⁸
- b. **Radicación:**
 - El período habilitado para la radicación de las objeciones son los días 16, 17, 18, 19 y 20 de cada mes.
 - Las objeciones que cumplan los dos meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación de objeciones inmediatamente siguiente.
 - La objeción a los resultados de auditoría integral debe presentarse en medio magnético ante la firma auditora o la entidad que designe la ADRES, en el "Formato de objeción a los resultados de auditoría integral" (Formato 1 previsto en la Nota Externa No. 201733200117033)"
- c. **Condiciones para objetar las glosas aplicadas:**
 - Múltiples glosas a un mismo recobro/cobro: radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las objeciones.
 - La objeción no puede versar sobre nuevos hechos, ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada.
 - Cuando la entidad recobrante considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se puede(n) desvirtuar con la información contenida en los soportes del recobro/cobro: indicar siempre el folio en el cual se encuentra el documento o la información.
 - Cuando los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del recobro/cobro: podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas de acuerdo con lo establecido en el presente manual.

⁶⁷ Ver descripción del requisito esencial No. 6 "La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC se realiza ante la ADRES en el término establecido "

⁶⁸ La fecha a tener en cuenta corresponde a la fecha de recibido por la entidad recobrante, registrada en la comunicación mediante la cual la firma auditora informó de los resultados de auditoría de MYT01 y MYT02.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

- La objeción de la glosa debe efectuarse solamente por este mecanismo, y deberá incluir el número único de recobro/cobro asignado inicialmente, sin que resulte posible realizar una nueva radicación.
 - Las glosas no objetadas y no subsanadas dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de auditoría se entenderán en firme y por lo tanto no procederá reclamación alguna.
- d. **Resultado de la objeción:** se dará dentro de los dos (2) meses siguientes a la radicación de la solicitud. El pronunciamiento que se efectúe se considera definitivo.

9.2. Criterios de Auditoría – Lineamientos específicos:

A continuación, se presentan los requisitos esenciales que una vez finalizada la "Etapa de Auditoría Integral", como resultado del proceso se declaran incumplidos, con el respectivo criterio de auditoría que debe acreditarse para validar su cumplimiento, así como el resultado de la objeción.

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
Requisito Esencial 1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC existía y le asiste el derecho al momento de su prestación		
1. El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio	<ul style="list-style-type: none"> • Resumen de atención, epicrisis o historia clínica en donde se pueda evidenciar que el usuario estaba vivo cuando se suministró el servicio o tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario. • Cuando el servicio se haya prestado a un beneficiario cuyo cotizante figure como fallecido para la fecha de la atención en salud, la entidad recobrante podrá allegar copia del documento donde conste que la novedad del fallecimiento fue recibida en fecha posterior a la prestación del servicio. 	Se levanta la glosa con CÓDIGO (31) cuando se demuestra que el usuario reportado fallecido en RNEC estaba vivo para la fecha de prestación del servicio
Requisito Esencial 2. El servicio o tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para su fecha de prestación		
	Se demuestra que una tecnología en salud o servicio no es cobertura del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC cuando se comprueba que:	Se levanta la glosa con CÓDIGO (32) cuando se demuestra que la tecnología en salud o servicio complementario suministrado no estaba incluida en el Plan de

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> • El medicamento con su principio activo, concentración, forma farmacéutica y aclaración, no hace parte de los listados explícitos de cobertura. • El procedimiento no hace parte de los listados explícitos de cobertura. • El insumo suministrado excede o no cumple con la condición clínica establecida por los límites de cobertura establecidos en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y aporta el soporte que comprueba que su uso corresponde a otra condición clínica o a dichos excedentes. 	Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
<p>Requisito Esencial 3: El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela</p>		
<p><u>Condición i) No hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada en el aplicativo MIPRES o la misma no contiene la información requerida por la normatividad vigente.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aporta el número de la prescripción efectuada en MIPRES, y al verificarla se encuentra activa y contiene la información requerida por la normatividad vigente. • Aporta el acta de la junta de profesionales de la salud cuando la prescripción corresponde a servicios que requiere concepto de esta y al verificarla contiene la información requerida por la normatividad vigente. • Aporta el consentimiento informado debidamente firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante, cuando este aplica. 	Se levanta la glosa con CÓDIGO (43) cuando se demuestra que la tecnología en salud no financiado con recursos de la UPC o servicio complementario fue prescrito por un profesional de la salud y la misma contiene la información requerida por la normatividad vigente.
<p><u>Condición ii) El fallo de tutela y/o sus anexos no se aporta(n), o no contiene(n) la información requerida y no hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada en el aplicativo MIPRES</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fallo de tutela • Aporta fallo de tutela que contenga la información requerida por la normatividad vigente. • Aporta el número de la prescripción efectuada en MIPRES, y al verificarla se encuentra activa y contiene la información requerida por la normatividad vigente. 	Se levanta la glosa con CÓDIGO (35) cuando se demuestra que la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario fue ordenado por el fallo de tutela y el mismo se encuentra registrado en MIPRES.

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
Requisito Esencial 4. El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue efectivamente suministrada al usuario.		
<p>1. No se evidencia la entrega del servicio o la tecnología no financiada con recursos de la UPC al usuario, objeto de recobro/cobro</p>	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente, fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de prescripción, certificación del prestador, formato diseñado por la entidad para tal fin. Epicrisis, historia clínica, resumen de atención, descripción quirúrgica, nota operatoria, hoja de gastos de la cirugía, récord de anestesia, notas de enfermería, hojas de aplicación de medicamentos o informe de atención inicial de urgencias. 	<p>Se levanta la glosa con CÓDIGO (36) cuando aporta evidencia de la entrega de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario objeto del recobro/cobro.</p>
<p>2. La factura de venta o documento equivalente no se aporta o no contiene la información requerida</p>	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente que contenga la información requerida. Detalle de cargos expedido por el proveedor o certificación de representante legal de la entidad que suscribe dicho detalle. Certificación del proveedor en caso de que la factura contenga más de un usuario que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario por cada usuario, fecha de prestación y factura de venta o documento equivalente al cual se imputa la certificación. Certificación de representante legal en caso de facturas por compras al por mayor en las que el proveedor identifica el usuario(s) que recibió(eron) la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario y la factura a la cual se imputa la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario Declaración de Importación, Declaración Andina de Valor o Factura del agente aduanero, en caso de medicamentos importados. 	<p>Se levanta la glosa con CÓDIGO (37) cuando aporta la factura de venta o documento equivalente y está contiene la información requerida.</p>

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> Certificación del representante legal en la que indique el número de la Declaración de Importación respecto de la solicitud del recobro/cobro, el afiliado, y la cantidad recobrada, en caso de que se generen disponibilidades de medicamentos importados y se suministren a otros usuarios por parte de la entidad recobrante. 	
3. La información de garantía de suministro no se reporta o no contiene la información requerida.	<ul style="list-style-type: none"> Reporte garantía del suministro dispuesto por la ADRES. 	Se levanta la glosa con CÓDIGO (44) cuando la entidad recobrante genera el reporte de la garantía del suministro conforme a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y contiene la información requerida.
Requisito Esencial 5. 5. El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponde a la ADRES y se presenta por una única vez		
1. El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada no le corresponde a la ADRES.	<ul style="list-style-type: none"> Fallo de tutela que otorga de manera expresa recobro/cobro a la ADRES. Fallo de tutela que otorga de manera expresa recobro/cobro a la ADRES, a favor de usuario del régimen subsidiado, especial o excepcional. Certificación de agotamiento de topes suscrita por la respectiva aseguradora - SOAT. Fallo de tutela expreso que ordene una prestación no financiada con recursos del SGSSS. 	Se levanta la glosa con CÓDIGO (38) cuando se demuestra que el reconocimiento de la tecnología en salud recobrada corresponde el recobro/cobro a la ADRES.
2. La tecnología en salud objeto de recobro/cobro NO ha sido presentada o pagada con anterioridad por el cobro a la ADRES.	No es subsanable	No es subsanable
Requisito Esencial 6. La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC se realiza ante la ADRES en el término establecido		
	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente con sello de radicación inicial en la entidad recobrante. Comunicación de resultado de auditoría con fecha de recibido. 	Se levanta la glosa con CÓDIGO (40) cuando soporta documentalmete que: <ul style="list-style-type: none"> ✓ No se ha superado el término oportuno previsto en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> Constancia de radicación anterior de la solicitud de recobro/cobro dentro del término de ley. 	✓ No se ha superado el término oportuno previsto en el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012
Requisito Esencial 7. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos		
	No es subsanable	No es subsanable
Requisito Esencial 8. El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente		
	No es subsanable	Se modifica el cálculo de la liquidación cuando existen errores aritméticos

10. DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS QUE SE APLICAN EN EL PROCESO DE SUBSANACIÓN A LA APLICACIÓN DE GLOSAS COMO RESULTADO DE LA AUDITORÍA

Quando la entidad recobrante no esté de acuerdo con el resultado del proceso de auditoría integral puede realizar dentro los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, el proceso de "subsanación a la aplicación de glosas como resultado de la auditoría", argumentando las razones por las cuales se presenta dicha subsanación, por cada ítem en cada uno de los recobro/cobros glosados, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 57 de la Resolución 1885 de 2018, ya citado en el presente Manual.⁶⁹

10.1. Criterios de Auditoría – Lineamientos Generales

- a. **Término establecido:** en cualquier caso, se debe cumplir el término previsto para subsanar los resultados de auditoría informados por la firma auditora o la entidad que designe la ADRES.
- b. **Radicación:**
 - El período habilitado para la radicación de las objeciones son los días 16, 17, 18, 19 y 20 de cada mes.

⁶⁹ Ver descripción del requisito esencial No. 6 "La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC se realiza ante la ADRES en el término establecido"

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

- Las subsanaciones que cumplan los dos meses para su presentación en días posteriores al día 20 del mes, se entenderán radicados en tiempo, siempre y cuando se presenten en el período de radicación de objeciones inmediatamente siguiente.
- La subsanación a los resultados de auditoría integral debe presentarse en medio magnético ante la firma auditora o la entidad que designe la ADRES, en el "Formato de subsanación a los resultados de auditoría integral" (Formato 1 previsto en la Nota Externa No. 201433200190093)"

c. Condiciones para objetar las glosas aplicadas:

- Cuando la entidad recobrante acepte glosas aplicadas como el resultado al incumplimiento de alguno de los requisitos previstos en la auditoría integral de los recobros/cobros.
- Múltiples glosas a un mismo recobro/cobro: radicar y sustentar por una única vez la totalidad de las correcciones.
- La subsanación no puede versar sobre nuevos hechos, ni debatir asuntos diferentes a los contenidos en la comunicación enviada.
- Cuando la entidad recobrante considera que alguna(s) glosa(s) aplicada(s) se puede(n) desvirtuar con la información contenida en los soportes del recobro/cobro: indicar siempre el folio en el cual se encuentra el documento o la información.
- Cuando los documentos que subsanan las glosas no están dentro de los soportes del recobro/cobro: podrá anexar soportes adicionales a fin de subsanar dichas glosas de acuerdo con lo establecido en el presente manual.
- La subsanación de la glosa debe efectuarse solamente por este mecanismo, y deberá incluir el número único de recobro/ cobro asignado inicialmente, sin que resulte posible realizar una nueva radicación.
- Las glosas no subsanadas dentro de los dos (2) meses siguientes al recibo de la comunicación del resultado de auditoría se entenderán en firme y por lo tanto no procederá reclamación alguna.

- d. Resultado de la subsanación:** se dará dentro de los dos (2) meses siguientes a la radicación de la solicitud. El pronunciamiento que se efectúe se considera definitivo.

10.2. Criterios de Auditoria – Lineamientos específicos:

A continuación, se presentan los requisitos esenciales que una vez finalizada la "Etapa de Auditoría Integral", como resultado del proceso se declaran incumplidos, con el respectivo criterio de auditoría que debe acreditarse para validar su cumplimiento, así como el resultado de la subsanación.

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
Requisito Esencial 1. El usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC existía y le asiste el derecho al momento de su prestación		
2. El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio	<ul style="list-style-type: none"> Resumen de atención, epicrisis o historia clínica en donde se pueda evidenciar que el usuario estaba vivo cuando se suministró el servicio o tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario. Cuando el servicio se haya prestado a un beneficiario cuyo cotizante figure como fallecido para la fecha de la atención en salud, la entidad recobrante podrá allegar copia del documento donde conste que la novedad del fallecimiento fue recibida en fecha posterior a la prestación del servicio. 	Se levanta la glosa con CÓDIGO (31) cuando se demuestra que el usuario reportado fallecido en RNEC estaba vivo para la fecha de prestación del servicio
Requisito Esencial 2. El servicio o tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para su fecha de prestación		
	<p>Se demuestra que una tecnología en salud o servicio no es cobertura del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC cuando se comprueba que:</p> <ul style="list-style-type: none"> El medicamento con su principio activo, concentración, forma farmacéutica y aclaración, no hace parte de los listados explícitos de cobertura. El procedimiento no hace parte de los listados explícitos de cobertura. El insumo suministrado excede o no cumple con la condición clínica establecida por los límites de cobertura establecidos en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y aporta el soporte que comprueba que su uso corresponde a otra condición clínica o a dichos excedentes. 	Se levanta la glosa con CÓDIGO (32) cuando se demuestra que la tecnología en salud o servicio complementario suministrado no estaba incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
Requisito Esencial 3: El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue prescrita por un profesional de la salud u ordenada mediante un fallo de tutela		
Condición i) No hay evidencia de la prescripción de la tecnología en		

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
<p><u>salud recobrada en el aplicativo MIPRES o la misma no contiene la información requerida por la normatividad vigente.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aporta el número de la prescripción efectuada en MIPRES, y al verificarla se encuentra activa y contiene la información requerida por la normatividad vigente. • Aporta el acta de la junta de profesionales de la salud cuando la prescripción corresponde a servicios que requiere concepto de esta y al verificarla contiene la información requerida por la normatividad vigente. • Aporta el consentimiento informado debidamente firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante, cuando este aplica. 	<p>Se levanta la glosa con CÓDIGO (43) cuando se demuestra que la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario fue prescrito por un profesional de la salud y la misma contiene la información requerida por la normatividad vigente.</p>
<p><u>Condición ii) El fallo de tutela y/o sus anexos no se aporta(n), o no contiene(n) la información requerida y no hay evidencia de la prescripción de la tecnología en salud recobrada en el aplicativo MIPRES</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fallo de tutela • Aporta fallo de tutela que contenga la información requerida por la normatividad vigente. • Aporta el número de la prescripción efectuada en MIPRES, y al verificarla se encuentra activa y contiene la información requerida por la normatividad vigente. 	<p>Se levanta la glosa con CÓDIGO (35) cuando se demuestra que la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario fue ordenado por el fallo de tutela y el mismo se encuentra registrado en MIPRES.</p>
<p>Requisito Esencial 4. El servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC fue efectivamente suministrada al usuario.</p>		
<p>4. No se evidencia la entrega del servicio o la tecnología no financiada con recursos de la UPC al usuario, objeto de recobro/cobro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factura de venta o documento equivalente, fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de prescripción, certificación del prestador, formato diseñado por la entidad para tal fin. • Epicrisis, historia clínica, resumen de atención, descripción quirúrgica, nota operatoria, hoja de gastos de la cirugía, récord de anestesia, notas de enfermería, hojas de aplicación de medicamentos o informe de atención inicial de urgencias. 	<p>Se levanta la glosa con CÓDIGO (36) cuando aporta evidencia de la entrega de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario objeto del recobro/cobro.</p>
<p>5. La factura de venta o documento equivalente no se aporta o no contiene la información requerida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Factura de venta o documento equivalente que contenga la información requerida. 	<p>Se levanta la glosa con CÓDIGO (37) cuando aporta la factura de venta o documento equivalente</p>

 <p>ADRES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</p>	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> Detalle de cargos expedido por el proveedor o certificación de representante legal de la entidad que suscribe dicho detalle. Certificación del proveedor en caso de que la factura contenga más de un usuario que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario por cada usuario, fecha de prestación y factura de venta o documento equivalente al cual se imputa la certificación. Certificación de representante legal en caso de facturas por compras al por mayor en las que el proveedor identifica el usuario(s) que recibió(eron) la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario y la factura a la cual se imputa la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario Declaración de Importación, Declaración Andina de Valor o Factura del agente aduanero, en caso de medicamentos importados. Certificación del representante legal en la que indique el número de la Declaración de Importación respecto de la solicitud del recobro/cobro, el afiliado, y la cantidad recobrada, en caso de que se generen disponibilidades de medicamentos importados y se suministren a otros usuarios por parte de la entidad recobrante. 	y está contiene la información requerida.
6. La información de garantía de suministro no se reporta o no contiene la información requerida.	<ul style="list-style-type: none"> Reporte garantía del suministro dispuesto por la ADRES. 	Se levanta la glosa con CÓDIGO (44) cuando la entidad recobrante genera el reporte de la garantía del suministro conforme a lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y contiene la información requerida.
<p>Requisito Esencial 5. 5. El reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponde a la ADRES y se presenta por una única vez</p>		

REQUISITO ESENCIAL Y CONDICIÓN INCUMPLIDA	CRITERIO DE AUDITORÍA Y SOPORTE DE VALIDACIÓN	RESULTADO DE LA OBJECCIÓN
3. El reconocimiento de la tecnología en salud recobrada no le corresponde a la ADRES.	<ul style="list-style-type: none"> Fallo de tutela que otorga de manera expresa recobro/cobro a la ADRES. Fallo de tutela que otorga de manera expresa recobro/cobro a la ADRES, a favor de usuario del régimen subsidiado, especial o excepcional. Certificación de agotamiento de topes suscrita por la respectiva aseguradora - SOAT. Fallo de tutela expreso que ordene una prestación no financiada con recursos del SGSSS. 	Se levanta la glosa con CÓDIGO (38) cuando se demuestra que el reconocimiento de la tecnología en salud recobrada corresponde el recobro/cobro a la ADRES.
4. La tecnología en salud objeto de recobro/cobro NO ha sido presentada o pagada con anterioridad por el cobro a la ADRES.	No es subsanable	No es subsanable
Requisito Esencial 6. La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC se realiza ante la ADRES en el término establecido		
	<ul style="list-style-type: none"> Factura de venta o documento equivalente con sello de radicación inicial en la entidad recobrante. Comunicación de resultado de auditoría con fecha de recibido. Constancia de radicación anterior de la solicitud de recobro/cobro dentro del término de ley. 	Se levanta la glosa con CÓDIGO (40) cuando soporta documentalmente que: <ul style="list-style-type: none"> ✓ No se ha superado el término oportuno previsto en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 ✓ No se ha superado el término oportuno previsto en el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012
Requisito Esencial 7. Los datos registrados en los documentos que soportan el recobro/cobro son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas, tanto en los soportes como en los medios magnéticos		
	No es subsanable	No es subsanable
Requisito Esencial 8. El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente		
	No es subsanable	Se modifica el cálculo de la liquidación cuando existen errores aritméticos

	PROCESO	Validación, Liquidación y Reconocimiento		
	MANUAL	Manual de Auditoría Integral de Recobros/Cobros por tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios		
	Código	VALR-MA02	Versión	02
				

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Nombre y Cargo: Mayra Alejandra Pérez Bejarano, Gestor de Operaciones de la Dirección de Otras Prestaciones Fecha: 19 de julio de 2018	Nombre y Cargo: Lorena Amezcua Becerra, Gestor de Operaciones de la Dirección de Otras Prestaciones. Fecha: 19 de julio de 2018	Nombre y Cargo: Laura Melissa Beltrán, Directora de Otras Prestaciones Fecha: 31 de julio de 2018