

MANUAL OPERATIVO Y DE AUDITORÍA A LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC

Contenido

CONTROL DE CAMBIOS DEL DOCUMENTO	5
PROPÓSITO	6
1. ALCANCE	7
2. DOCUMENTOS ASOCIADOS AL MANUAL.....	7
3. NORMATIVA Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS	7
LEYES.....	7
DECRETOS.....	8
RESOLUCIONES	8
CIRCULARES	11
ACUERDOS.....	13
NOTAS EXTERNAS.....	13
4. DEFINICIONES	14
5. GENERALIDADES	26
5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN.....	26
5.2. SOBRE EL MODELO OPERATIVO	27
6. PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO PARA LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CORRESPONDIENTES AL SANEAMIENTO DEFINITIVO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 237 DE LA LEY 1955.....	28
6.1. CUENTAS SUSCEPTIBLES DE SER PRESENTADAS AL PROCESO DE SANEAMIENTO	28
6.2. DIAGRAMA DEL MODELO OPERATIVO	29
6.3. ETAPAS DEL PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO	30
6.3.1. <i>Etapa 1. Habilitación</i>	30
6.3.2. <i>Etapa 2. Presentación</i>	36
6.3.3. <i>Etapa 3. Auditoría Fase 1</i>	40
6.3.4. <i>Etapa 4. Contrato de Transacción</i>	49
6.3.5. <i>Etapa 5. Auditoría – Fase 2</i>	54
6.3.5.1 Componente Consistencia de la Información.....	56
6.3.5.2 Componente Jurídico	59
6.3.5.2.1 Subcomponente Fallos de Tutela	59
6.3.5.2.2 Subcomponente Prescripción jurídica.....	64

6.3.5.3	Componente Cobertura.....	66
6.3.5.3.1	Subcomponente Exclusiones.....	69
6.3.5.4	Componente Prescripción médica.....	70
6.3.5.5	Componente Suministro.....	79
6.3.5.6	Componente Facturación	83
6.3.5.7	Componente Reliquidación	87
6.3.6.	<i>Etapa 6. Proceso de Calidad</i>	91
6.3.6.1	Componente Selección muestra, validación de resultados de la auditoría integral y conciliación de los mismos.....	92
6.3.6.2	Componente 2. Certificación de resultados	92
6.3.7.	<i>Etapa 7. Giro de recursos</i>	94
6.3.7.1	Componente Aplicación de descuentos y compensaciones.....	95
6.3.7.2	Componente Ordenación del gasto.....	98
6.3.7.3	Componente Registro de la deuda en los Estados Financieros de la ADRES	98
6.3.7.4	Componente Disposición de recursos MHCP	99
6.3.7.5	Componente Cargue de información aplicativo MSPS	99
6.3.7.6	Giro de recursos a Entidades Recobrantes	100
7.	PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO PARA LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD PRESTADOS HASTA LA ENTRADA EN OPERACIÓN DEL MECANISMO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 240 DE LA LEY 1955 DE 2019 Y QUE NO HAGAN PARTE DEL MECANISMO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 237 DE LA CITADA LEY.	101
7.1	CUENTAS SUSCEPTIBLES A SER PRESENTADAS	101
7.2	DIAGRAMA DEL MODELO OPERATIVO	102
7.3	ASPECTOS GENERALES.....	103
7.3.1	<i>Sobre la validación a la información</i>	103
7.3.2	<i>El Sistema de Auditoría por Alertas (SAA)</i>	103
7.4	ETAPAS DEL PROCESO DE VERIFICACIÓN, CONTROL Y PAGO	105
7.4.1	<i>Etapa 1. Habilitación</i>	105
7.4.2	<i>Etapa 2. Presentación</i>	107
7.4.3	<i>Etapa 3. Auditoría Fase 1</i>	109
7.4.4	<i>Etapa 4. Auditoría – Fase 2</i>	117
7.4.4.1	Componente Consistencia de la Información.....	119
7.4.4.2	Componente Cobertura.....	121
7.4.4.2.1	Subcomponente Exclusiones.....	127
7.4.4.3	Componente Prescripción médica.....	129
7.4.4.4	Componente Jurídico	132
7.4.4.4.1	Subcomponente Fallos de Tutela	132
7.4.4.5	Componente Suministro.....	136
7.4.4.6	Componente Facturación	139

7.4.4.7	Componente Reliquidación	143
7.4.5	<i>Etapa 6. Proceso de Calidad</i>	147
7.4.4.1	Componente Selección muestra, validación de resultados de la auditoría integral y conciliación de los mismos	148
8.4.4.1	7.4.4.2 Componente 2. Certificación de resultados	149
7.4.6	<i>Etapa 5. Giro de recursos</i>	150
7.4.6.1	Giro de recursos por concepto de las cuentas por los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC prestados/suministrados del 25 de mayo al 31 de diciembre de 2019. Recursos que serán financiados con cargo a la deuda pública, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1333 de 2019, modificado por el Decreto 481 de 2020.	150
7.6.4.1.1	<i>Componente Aplicación de descuentos y compensaciones</i>	151
7.6.4.1.2	<i>Elaboración, suscripción de los acuerdos de pago con las EPS y consolidación de los acuerdos de pago en un acto administrativo.</i>	152
7.6.4.1.3	<i>Componente Envío de la cuenta de cobro al Ministerio de Hacienda y crédito Público y registro de la deuda en los Estados Financieros de la ADRES.</i>	153
7.6.4.1.4	<i>Componente Ordenación del gasto</i>	153
7.6.4.1.5	<i>Giro de recurso</i>	154
7.4.6.2	Giro de recursos por concepto de las cuentas por los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC prestados/suministrados del 01 de enero al 29 de febrero de 2020. Recursos que serán financiados con los recursos corrientes de la ADRES.	155
7.4.6.2.1	<i>Componente Aplicación de descuentos y compensaciones</i>	155
7.4.6.2.2	<i>Componente Ordenación del gasto</i>	157
7.4.6.2.3	<i>Giro de recurso</i>	157

Control de cambios del documento

Versión	Fecha	Descripción
1	xx de abril de 2020	Creación del documento

Propósito

La ADRES describe en este documento las etapas y pasos que deberán efectuarse para organizar, presentar, revisar y verificar, validar, reconocer y pagar las facturas o documentos equivalentes relacionadas con los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC que pertenezcan a los siguientes grupos:

1. Los correspondientes al saneamiento definitivo previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y la normas que lo reglamentan;
2. Los que se hayan prestado hasta la entrada en operación del mecanismo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, y que no hagan parte del mecanismo previsto en el artículo 237 de la citada Ley.

Para los efectos del presente manual las etapas de presentar, revisar y verificar, validar y reconocer conforman el proceso de auditoría el cual es estructurado directamente por la ADRES en los aspectos conceptuales y técnicos. La ejecución de dicho proceso se efectuará con el apoyo de terceros, en particular en las etapas de revisión y verificación en lo que conforme el Segundo Segmento que trata el presente documento.

La descripción de cada etapa y paso se realiza de manera detallada para que las entidades recobrantas, la ADRES y los demás actores que participen en el proceso conozcan los alcances, la secuencia de las acciones, las responsabilidades de cada actor, los criterios de la auditoría, las evidencias, los soportes que deben allegar las entidades, las características de dichos soportes, así como las glosas que se impondrán en el evento de no acreditar los requisitos y reglas definidas. Adicionalmente, se describen los formatos, medios de prueba y tablas de referencia, según corresponda, que se utilizarán en las diferentes etapas, ya sea por las entidades recobrantas o por la ADRES, con el propósito que los intervinientes conozcan las estructuras y contenidos y los diligencien, presenten o utilicen oportunamente, con características definidas.

El proceso de revisión y verificación de los requisitos que deben cumplir los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la, corresponde a la etapa del proceso en la cual se revisan las solicitudes presentadas por las entidades recobrantas, considerando tres aspectos a saber: salud, jurídico y financiero. Lo anterior, con el fin de verificar la acreditación de los requisitos previstos para los grupos antes mencionados y de esta forma obtener un resultado que da lugar al reconocimiento y pago de los referidos servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC. Por el contrario, el incumplimiento en alguno de los requisitos previstos da como resultado la aplicación de una glosa.

Es importante precisar, que el éxito del proceso que se describe en este documento se encuentra ligado de manera directa a: i) la responsabilidad que les asiste a las entidades recobrantas, en relación a la veracidad, claridad, consistencia, completitud, legibilidad y precisión de la información que presentan en las solicitudes respecto a lo registrado en los medios magnéticos y los soportes que se requieran y ii) a que se realice en los términos y condiciones que se indican en las normas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES, para obtener los mejores resultados en el proceso de reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC.

1. Alcance

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

- A las 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, 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.
- A la ADRES o las firmas que esta contrate para desarrollar las actividades relacionadas con la revisión y verificación de los requisitos que deben cumplir los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC, presentados por las entidades recobrantes a la ADRES en el marco del proceso de verificación, reconocimiento y giro que adelanta la Entidad. Y al supervisor y/o interventor de los contratos.
- A quien efectúe el proceso de revisión de la calidad de los resultados de revisión y verificación.

2. Documentos asociados al manual

- Procedimientos asociados al proceso de organización, presentación, revisión y verificación, validación, reconocimiento y pago de las facturas o documentos equivalentes relacionadas con los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC.
- Documento controles frente a actividades tercerizadas

3. 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 1437 de 2011	Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.
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 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"
Ley 1797 de 2016	Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1955 de 2019	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad"
Ley 1966 de 2019	Por medio del cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

Decretos

No. Decreto	Asunto
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
Decreto 1865 de 2012	Por el cual se reglamenta el artículo 122 del Decreto-ley 019 de 2012
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 1429 de 2016	Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES- y se dictan otras disposiciones.
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
Decreto 521 de 2020	Por el cual se establecen los criterios para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de los recobros por concepto de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo.

Resoluciones

No. Resolución	Asunto
Resolución 5229 de 2010	Por la cual se establecen unos valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía-Fosyga
Resolución 005 de 2011	Por la cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5229 de 2010
Resolución 1020 de 2011	Por la cual se modifica el artículo 1º de la Resolución 5229 de 2010, modificado por el artículo 1º de la Resolución 0005 de 2011
Resolución 1697 de 2011	Por la cual se modifica parcialmente la tabla contenida en el artículo 1º de la Resolución 5229 de 2010 modificada por el artículo 1º de la Resolución 005 de 2011 y el artículo 1º de la Resolución 1020 de 2011

No. Resolución	Asunto
Resolución 3470 de 2011	Por la cual se establecen valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga
Resolución 4316 de 2011	Por la cual se establecen valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)
Resolución 2569 de 2012	Por la cual se establecen valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)
Resolución 5521 de 2013	Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud
Resolución 5926 de 2014	Por el cual se ajusta el anexo 1 de la Resolución 5521 de 2013
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
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 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 5161 de 2015	Por la cual se modifican los artículos 8 y 17 de la Resolución 3166 de 2015
Resolución 5592 de 2015	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones
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 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)
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

No. Resolución	Asunto
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 046 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 483 de 2018	Por la cual se modifica la Resolución 5171 de 2017 que establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS
Resolución 718 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
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.
Resolución 2438 de 2018	Por el cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones
Resolución 5857 de 2018	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 243 de 2019	Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no afiliados con la Unidad de pago por capitación
Resolución 738 de 2019	Por la cual se modifica la Resolución 243 de 2019, en relación con los criterios para calcular el Valor Máximo de Recobro - VMR
Resolución 1019 de 2019	Por la cual se define el listado de grupos relevantes con sus Valores Máximos de Recobro/cobro para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación
Resolución 1343 de 2019	Por la cual se modifica el artículo 12 de la Resolución 1885 y 2438 de 2018 en relación con la prescripción de productos de soporte nutricional a menores de 5 años
Resolución 2966 de 2019	Por la cual se modifica el Artículo 97 de la Resolución 1885 de 2018
Resolución 3078 de 2019	Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 1019 de 2019, en relación con el listado de grupos relevantes con sus Valores Máximos de Recobro/cobro -- VMR

No. Resolución	Asunto
Resolución 3512 de 2019	Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 3514 de 2019	Por la cual se adoptan los valores máximos de recobro/cobro, aplicables al reconocimiento y pago de servicios y tecnologías de salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC, a partir del 1 de enero de 2020 y el criterio para su actualización
Resolución 41656 de 2019	Por la cual se establecen alternativas técnicas para adelantar el proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)
Resolución 618 de 2020	Por la cual se establecen los medios de prueba para demostrar el cumplimiento de los requisitos previstos en el literal d del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019
Resolución xx de 2020	Resolución que expida ADRES

Circulares

No. Circular	Asunto
Circular 4 de 2010	Por la cual se establecen los valores máximos de recobro a unos medicamentos
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 2° 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

No. Circular	Asunto
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 máximo de venta, se modifica la Circular 07 de 2013 y se dictan otras disposiciones.
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 01 de 2016	Por la cual se autoriza el ajuste por IPC para los precios regulados de medicamentos en la Resolución 0718 de 2015 del Ministerio de Salud y la Protección Social
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.
Circular 01 de 2017	Por la cual se autoriza el ajuste por la variación del índice de Precios al Consumidor -IPC para los precios de los medicamentos regulados en la Circular 01 de 2016 de la Comisión Nacional de Precios y Medicamentos y se dictan otras disposiciones
Circular 03 de 2017	Por la cual se incorporan unos 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, se fija su Precio Máximo de Venta y se dictan otras disposiciones
Circular 04 de 2018	Por la cual se modifica la Circular 03 de 2017
Circular 7 de 2018	Por la cual se incorporan unos 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, se fija su Precio Máximo de Venta y se dictan otras disposiciones
Circular 08 de 2018	Por la cual se modifica parcialmente la Circular 07 de 2018". (Diario Oficial No. 50.820 del 28 de diciembre de 2018). Se recibieron comentarios entre el viernes 21 y el miércoles 26 de diciembre de 2018.
Circular 9 de 2019	Por la cual se modifica la Circular 07 de 2018, en el sentido de incorporar unos medicamentos al régimen de control directo, fijar su Precio Máximo de Venta e incluir un submercado relevante
Circular 017 de 2019	Difusión de modificaciones y ajustes al Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (PBSUPC), actualizado integralmente mediante Resolución 5857 de 2018

No. Circular	Asunto
Circular 10 de 2020	Por la cual se unifica y se adiciona el listado de los medicamentos sujetos a régimen de control directo de precios, se fija su Precio Máximo de Venta, se actualiza el precio de algunos medicamentos conforme al Índice de Precios al Consumidor - IPC y se dictan otras disposiciones
Circular XXX de 2020	DILIGENCIAMIENTO MYT

Acuerdos

No. Acuerdo	Asunto
Acuerdo 08 de 2009	Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 029 de 2011	Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud

Notas Externas

No. Nota Externa	ASUNTO
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.
201433200179423	Formato de justificación medica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo
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

4. Definiciones

- **Acta del Comité Técnico Científico (CTC):** Formato definido por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social en el cual, se registra la decisión justificada de aprobar o desaprobar el suministro de una tecnología en salud NO POS, suscrita por los miembros que integran el Comité y que participan en la sesión, foliada y con los soportes utilizados como base de la decisión.

Las autorizaciones emitidas por los CTC a partir del 1º de mayo de 2014, se deben registrar en el formato adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social. Las autorizaciones aprobadas por CTC antes del 1º de mayo de 2014, se validan en el formato diseñado e implementado por cada entidad recobrante.

El Acta de CTC puede autorizar varias Tecnologías en Salud siempre y cuando se cumplan todas las siguientes condiciones: i) correspondan a un mismo usuario, ii) esté aprobando en la misma fecha los servicios solicitados, iii) correspondan a solicitudes del mismo médico tratante y iv) la justificación médica y el diagnóstico apliquen en todos los casos de igual forma y cumplan con todos los requisitos establecidos en la Resolución 5395 de 2013.

- **Acta Aclaratoria del Comité Técnico Científico (CTC):** es un documento que la entidad recobrante puede presentar en caso que el Comité Técnico Científico requiera aclarar las actas aprobadas en una sesión anterior, siempre y cuando: i) no se afecte la situación o el derecho creado en favor del respectivo usuario, ii) no se modifique la tecnología en salud inicialmente autorizada, iii) exista congruencia entre lo solicitado por el médico tratante, lo deliberado por el Comité, lo facturado por el prestador y lo suministrado al usuario, iv) no se modifiquen los miembros que integran el Comité y suscribieron el Acta
- **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.

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)

- **Auditoría:** comprende las etapas de presentar, revisar y verificar, validar y reconocer los servicios y tecnologías en salud no financiados con al UPC conforme a los aspectos conceptuales y técnicos estructurados directamente por la ADRES.
- **Base de Datos Única de Afiliados (BDUA):** Sigla para Base de Datos Única de Afiliados; es la base de datos en la cual se consolida la información de las afiliaciones reportadas por las entidades responsables el SGSSS, guardando la historia que afecta la liquidación de las UPC
- **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 o quien haga sus veces.
- **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.
- **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 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 presente 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 corresponden a una parte del valor del servicio de salud demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud
- **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 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 al 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.
 - ✓ 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:** Son las Entidades Promotoras de Salud -EPS y las demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC que garantizaron a sus afiliados el suministro de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC o servicios complementarios, según corresponda, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud o mediante orden judicial, y que solicitan a la ADRES el reconocimiento y pago de dichas tecnologías en salud o servicios complementarios; y demás entidades que expresamente hayan sido autorizadas mediante orden judicial para realizar el recobro.
- **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.
- **Evidencia de entrega en el ámbito ambulatorio:** Prueba que permite a la entidad recobrante demostrar que el servicio o la tecnología prescrita fue recibida por el respectivo usuario o aplicada al mismo.
- **Evidencia de entrega en atención de urgencias, internación y/o u hospitalización:** Copia del informe de atención de urgencias, epicrisis o historia clínica.
- **Evidencia de entrega en la atención inicial de urgencias:** Corresponde a la copia del informe de atención inicial de urgencias.
- **Factura de venta:** Documento con valor probatorio, que constituye título valor y que debe cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 617 del Estatuto Tributario, también lo es la factura electrónica 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. Para los efectos de este manual, en esta interpuesta por un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por considerar vulnerado el derecho

a la salud que se ordena el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios a favor de un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **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 o diligenciamiento de la formulación en la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES, realizado en el que por el profesional de la salud tratante en el que se 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 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.** Es cada tecnología en salud o servicios complementarios presentada por las EPS en una misma factura o documento equivalente, para la verificación y pago por parte de la ADRES.
- **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:** 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, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte de integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.
- **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, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte de integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

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

- **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. Y que se financia con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación.
- **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.
- **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:** Solicitud presentada por una entidad recobrante ante la ADRES, a fin de obtener directamente el pago de cuentas de servicios y 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, cuya factura de venta o documento equivalente se presente con constancia de cancelación.
- **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.
- **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 los servicios y las tecnologías en salud prescritos, que no se encuentren financiados 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 deben verificarse al verificarse por el auditor para establecer permiten demostrar la existencia de la respectiva obligación y que por lo tanto procede el reconocimiento y de pago de la solicitud del recobro/cobro por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -- ADRES, conforme a las normas que le son aplicables.
- **Resultado del proceso de revisión y verificación:** 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.

- **Resultado de auditoría:** Cuando uno o más de los ítems del recobro/cobro cumplen total o parcialmente con los requisitos señalados en la normativa vigente y en el presente manual de auditoría, siendo posibles los siguientes resultados:
 - ✓ 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 este manual de auditoría.
- **Registro Único de Talento Humano en Salud (RETHUS):** Es el Sistema de Información en donde se encuentra registrado del personal de salud que cumple 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 certificado para el ejercicio de la profesión u ocupación, por el período que la reglamentación así lo determine. En este registro además contiene 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.
-
- **Servicio:** Organización y personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público o de alguna entidad oficial o privada.
 - **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:** Corresponde a la información que da cuenta de las operaciones efectuadas en los procesos de prescripción, direccionamiento, prestación, suministro, facturación y pago de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, independientemente del medio en el cual se registre, bien sea físico, digital o en sistemas de información o bases de datos.
 - **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 las glosas 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, .Comprende una 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. Esta condición aplica para lo que no se allegue por saneamiento definitivo.
 - **Tablas de referencia de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC:** Son los listados de los servicios y tecnologías no financiados con otros mecanismos de financiación (recursos de la UPC, salud pública, entre otros) autorizados en el país por la autoridad competente y no excluidos expresamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, para cada vigencia. Para los servicios y tecnologías en salud prestados con anterioridad a la vigencia 2011, aplica la tabla de referencia del año 2011.
 - **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.

- **Valor máximo de Recobro.** Es el valor resultante de la aplicación de la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social. El valor resultante de dicha aplicación se entenderá como el valor máximo que la ADRES deberá reconocer y pagar por los servicios y tecnologías no financiados con la Unidad de Pago por Capitación a las entidades recobrantes.

5. Generalidades

La auditoría son las etapas de presentar, revisar y verificar, validar y reconocer los servicios y tecnologías en salud no financiados con al UPC conforme a los aspectos conceptuales y técnicos estructurados directamente por la ADRES y la normatividad vigente sobre la materia. Los tres aspectos a revisar y verificar se analizan de forma conjunta y completa para obtener un resultado que da lugar al reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, o, por el contrario, da lugar a la aplicación de una glosa por el incumplimiento en alguno de los requisitos que exige la normativa.

En el desarrollo del presente apartado deben observarse las notas al pie de página como parte integral del cumplimiento del requisito que se evaluará de acuerdo a los siguientes grupos de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC:

1. Los correspondientes al saneamiento definitivo previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 y la normas que lo reglamentan;
2. Los que se hayan prestado hasta la entrada en operación del mecanismo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, y que no hagan parte del mecanismo previsto en el artículo 237 de la citada Ley.

5.1. Características de la información

Para efectos de adelantar la auditoría integral de los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC, las entidades recobrantes deberán cumplir con las siguientes actividades:

- a. La información debe presentarse por cada uno de los servicios y tecnologías en salud de manera individual, esto es sin agrupamiento.
- b. Reportar en los términos y condiciones establecidas por la ADRES la información correspondiente a la prestación de los servicios y tecnologías a sus afiliados.
- c. Certificar ante la ADRES la calidad, cobertura, oportunidad, veracidad, confiabilidad y transparencia de la información reportada, así como garantizar la integridad e identidad de dicha información con los soportes y transacciones,
- d. Cumplir con los requisitos, especificaciones técnicas y operativas y procedimientos definidos para reportar la información ante la ADRES
- e. Disponer de la infraestructura tecnológica y de las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de la información ante la ADRES funcione oportuna y eficientemente
- f. Custodiar y poner a disposición de la ADRES o cualquier organismo de inspección, vigilancia, control e investigación cuando se requiera, los soportes y transacciones de la prescripción, direccionamiento, prestación, suministro, facturación y pago correspondientes a las solicitudes de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC que sean presentadas ante la ADRES para el proceso de verificación, control y pago de conformidad con las disposiciones que regulen la materia
- g. Las demás que se prevean en el marco del proceso de auditoría integral

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.”

5.2. Sobre el Modelo operativo

El Modelo Operativo es la secuencia de etapas y pasos que la entidad recobrante deberá realizar para organizar, presentar y revisar, con la oportunidad y calidad requeridas, las cuentas relacionadas con los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC del Régimen Contributivo que serán presentadas a la ADRES⁵.

De igual manera, el Modelo Operativo es la secuencia de etapas y pasos que la ADRES deberá realizar para auditar, revisar, verificar y pagar, conforme a los criterios y condiciones establecidos por el Gobierno Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social y las demás normas que se definan para tal fin.

¿Qué son los formatos del Modelo Operativo?

Los formatos del Modelo Operativo son los documentos diseñados por las ADRES, que deberán ser diligenciados y presentados por las entidades recobrantes, en los términos y condiciones que se presentan en este documento, con la información que se requiere para realizar la auditoría y el contrato de transacción⁶.

⁵ Para el caso de los Servicios y tecnologías en salud no financiadas en salud correspondientes al saneamiento definitivo previsto en el artículo 237 de la Ley 1955, las entidades recobrantes deberán realizar el análisis jurídico correspondiente para determinar los servicios y tecnologías que son viables de presentar a dicho mecanismo.

⁶ El contrato de transacción corresponderá exclusivamente a los servicios y tecnologías en salud que se presenten al saneamiento definitivo previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y el Decreto 521 de 2020

6. Proceso de verificación, control y pago para los servicios y tecnologías en salud no financiadas correspondientes al saneamiento definitivo previsto en el artículo 237 de la Ley 1955.

6.1. Cuentas susceptibles de ser presentadas al proceso de saneamiento

Conforme con el artículo 4 del Decreto 521 de 2020, corresponden a las facturas o documento equivalente y sus anexos por concepto de servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo prestados con anterioridad al 25 de mayo de 2019; que no han sido pagadas total o parcialmente por la ADRES y que se encuentren registradas en sus estados financieros, conforme a lo establecido en artículo 4 del Decreto 521 de 2020 y que pueden ser clasificadas de la siguiente manera:

1. Las facturas que se encuentren radicadas ante la ADRES, frente a la cuales no se les ha dado a conocer el resultado de la auditoría.
2. Las facturas que fueron radicadas ante la ADRES y cuentan con resultado de auditoría donde se aplicó glosa total o parcial.
3. Las facturas que no han sido radicadas ante la ADRES.
4. Las facturas cuyos ítems hagan parte de las pretensiones en las demandas judiciales. instauradas contra la ADRES. En este caso es necesario que la entidad recobrante, en adelante ER, someta al proceso de saneamiento todos los ítems objeto de la misma demanda.

6.2. Diagrama del Modelo Operativo

6.3. Etapas del proceso de verificación, control y pago

6.3.1. Etapa 1. Habilitación

Etapa 1. Habilitación	¿En qué consiste?	Inicio y fin
	<p>En el alistamiento de las condiciones técnicas, operativas y jurídicas para hacer viable este proceso. La etapa de habilitación busca generar dichas condiciones mediante la organización de la información, la elaboración de los documentos administrativos y la habilitación del sistema de información en donde las entidades recobrantes reportan la información.</p> <p>Esta etapa es determinante para el éxito del proceso de saneamiento, por lo que se involucra la responsabilidad de las entidades recobrantes quienes deben presentar sus facturas en los términos y condiciones definido para esta etapa.</p>	<p>La etapa inicia con la organización de la información de las cuentas que serán presentadas por las entidades recobrantes a la ADRES y termina con la habilitación por parte de la ADRES del sistema de información para que las entidades recobrantes presenten la información. al proceso de saneamiento.</p>
Pasos	Descripción	Evidencia
<p>1. Organización de la información por la ER</p>	<p>Considerando que para el mecanismo de saneamiento previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 las entidades recobrantes del régimen contributivo pueden presentar los servicios y tecnologías en salud prestados con anterioridad a la entrada en vigencia de dicha ley, es decir hasta el 24 de mayo de 2019, dichas entidades deberán organizar la información de acuerdo con los siguientes universos y grupos:</p> <p>I. Primer universo: correspondiente a los servicios y tecnologías en salud previamente presentados ante el FOSYGA/ADRES, que fueron glosados y sobre las cuales la entidad recobrante considera que jurídicamente es viable volverlas a presentar.</p> <p>II. Segundo universo: incluye los servicios y tecnologías en salud no presentadas con anterioridad ante el FOSYGA/ADRES y que fueron prestados con anterioridad al 25 de mayo de 2019.</p>	<p>I. Primer universo: para los dos segmentos de este universo las entidades recobrantes deberán estructurar la información en un medio magnético "TXT" de acuerdo con la estructura definida por la ADRES (Formato 1). En el TXT el valor que se presente para cada servicio o tecnología en salud no podrá ser superior al valor glosado nominal y deberá presentarse re-liquidado.</p> <p>II. Segundo universo: para los dos segmentos de este universo las entidades recobrantes deberán estructurar la información en un medio</p>

Etapa 1. Habilitación	¿En qué consiste?	Inicio y fin
	<p>En el alistamiento de las condiciones técnicas, operativas y jurídicas para hacer viable este proceso. La etapa de habilitación busca generar dichas condiciones mediante la organización de la información, la elaboración de los documentos administrativos y la habilitación del sistema de información en donde las entidades recobrantes reportan la información.</p> <p>Esta etapa es determinante para el éxito del proceso de saneamiento, por lo que se involucra la responsabilidad de las entidades recobrantes quienes deben presentar sus facturas en los términos y condiciones definido para esta etapa.</p>	<p>La etapa inicia con la organización de la información de las cuentas que serán presentadas por las entidades recobrantes a la ADRES y termina con la habilitación por parte de la ADRES del sistema de información para que las entidades recobrantes presenten la información. al proceso de saneamiento.</p>
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>Para cada uno de los universos descritos anteriormente las entidades recobrantes deben identificar los siguientes segmentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Primer segmento: incluye los servicios o tecnologías prescritos o registrados en MIPRES en el ámbito ambulatorio y ambulatorio priorizado, los cuales no requirieron junta de profesionales de la salud, no corresponden a medicamentos incluidos en el listado oficial de medicamentos con usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS) y no tienen condicionamiento respecto a su cobertura en el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Segundo segmento: incluye los servicios o tecnologías que no hacen parte del primer segmento, los que se originen en autorizaciones de los Comité Técnico-Científicos (CTC) y en los fallos de tutela u órdenes judiciales. <p>La información deberá organizarse por servicio o tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC.</p>	<p>magnético "TXT" de acuerdo con la estructura definida por la ADRES (Formato 1).</p>

Etapa 1. Habilitación	¿En qué consiste?	Inicio y fin
	<p>En el alistamiento de las condiciones técnicas, operativas y jurídicas para hacer viable este proceso. La etapa de habilitación busca generar dichas condiciones mediante la organización de la información, la elaboración de los documentos administrativos y la habilitación del sistema de información en donde las entidades recobrantes reportan la información.</p> <p>Esta etapa es determinante para el éxito del proceso de saneamiento, por lo que se involucra la responsabilidad de las entidades recobrantes quienes deben presentar sus facturas en los términos y condiciones definido para esta etapa.</p>	<p>La etapa inicia con la organización de la información de las cuentas que serán presentadas por las entidades recobrantes a la ADRES y termina con la habilitación por parte de la ADRES del sistema de información para que las entidades recobrantes presenten la información. al proceso de saneamiento.</p>
Pasos	Descripción	Evidencia
<p>2. Manifestación de interés por parte de la ER</p>	<p>Las entidades recobrantes que se encuentren interesadas en someter sus cuentas al proceso de saneamiento deberán aportar, antes de la presentación de las facturas, una carta de interés en la que manifiesten su voluntad de presentarse al proceso, indicando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El número de facturas o documentos equivalentes a presentar. • Cantidad de facturas o documentos equivalentes que se encuentran inmersas en procesos judiciales. • El valor sobre el que se pretende el reconocimiento y pago. 	<p>Carta de manifestación de interés presentada por la entidad recobrante (Formato 2)</p>
<p>3. Elaboración de documentos administrativos por las entidades recobrantes y presentación ante la ADRES</p>	<p>Conforme lo establece el artículo 8 del Decreto 521 de 2020, en este paso del proceso las entidades recobrantes deberán aportar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Certificación suscrita por el representante legal de la entidad recobrante en la que se acredite que: <ol style="list-style-type: none"> a) La información suministrada tanto en la carta de intención como en la estructura definida por la ADRES para la presentación de las facturas o documentos equivalentes, es veraz, precisa y cumple las condiciones definidas para el proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Certificación suscrita por el representante legal en los términos del numeral 9.1 del artículo 9 del Decreto 521 de 2020 • Certificación suscrita por el contador o revisor fiscal en los términos del numeral 9.3 del artículo 9 del Decreto 521 de 2020 • Detalle de los ítems en los términos del numeral 9.2 del artículo 9 del Decreto 521 de 2020

Etapa 1. Habilitación	¿En qué consiste?	Inicio y fin
	<p>En el alistamiento de las condiciones técnicas, operativas y jurídicas para hacer viable este proceso. La etapa de habilitación busca generar dichas condiciones mediante la organización de la información, la elaboración de los documentos administrativos y la habilitación del sistema de información en donde las entidades recobrantes reportan la información.</p> <p>Esta etapa es determinante para el éxito del proceso de saneamiento, por lo que se involucra la responsabilidad de las entidades recobrantes quienes deben presentar sus facturas en los términos y condiciones definido para esta etapa.</p>	<p>La etapa inicia con la organización de la información de las cuentas que serán presentadas por las entidades recobrantes a la ADRES y termina con la habilitación por parte de la ADRES del sistema de información para que las entidades recobrantes presenten la información. al proceso de saneamiento.</p>
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>b) Las facturas o documentos equivalentes presentados al proceso de saneamiento no han sido objeto de procesos judiciales con fallo definitivo.</p> <p>c) Los ítems presentados al proceso de saneamiento no han sido pagados previamente o no han sido objeto de reintegro.</p> <p>d) No tiene conocimiento de investigaciones adelantadas por la Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación y/o la Superintendencia Nacional de Salud en la que se involucren las facturas o documentos equivalentes presentados al proceso de saneamiento, o que las mismas hagan parte de un fallo condenatorio proferido dentro de estos procesos.</p> <p>e) Se compromete a asumir los costos derivados de la auditoría que se adelante para el proceso de saneamiento definitivo y autoriza el descuento sobre los valores que le resulten aprobados.</p> <p>2. El detalle de todos los ítems que hacen parte de las pretensiones, cuando se trate de facturas cuyos ítems son objeto de una demanda en la jurisdicción ordinaria, en la jurisdicción contenciosa administrativa o en la Superintendencia Nacional de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de compromiso suscrita con la IPS o proveedor de servicios en los términos del numeral 9.4 del artículo 9 del Decreto 521 de 2020 •

Etapa 1. Habilitación	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>En el alistamiento de las condiciones técnicas, operativas y jurídicas para hacer viable este proceso. La etapa de habilitación busca generar dichas condiciones mediante la organización de la información, la elaboración de los documentos administrativos y la habilitación del sistema de información en donde las entidades recobrantes reportan la información.</p> <p>Esta etapa es determinante para el éxito del proceso de saneamiento, por lo que se involucra la responsabilidad de las entidades recobrantes quienes deben presentar sus facturas en los términos y condiciones definido para esta etapa.</p> <p>Salud, indicando el número de proceso según el Código Único Nacional de Radicación de Procesos, el juzgado, el estado, el valor demandado por ítem y el valor total pretendido. Cuando el proceso se esté adelantando en la Superintendencia Nacional de Salud deberá indicarse el número de identificación del proceso jurisdiccional asignado, el estado, el valor demandado por ítem y el valor pretendido.</p> <ol style="list-style-type: none"> Una certificación suscrita por su contador o revisor fiscal, según aplique, en la que manifieste que las cuentas presentadas al proceso de saneamiento se encuentran registrada en los estados financieros. Un acta de compromiso suscrita con la IPS o proveedor de servicios y tecnologías en salud, en la que se establezca que esta acepta el resultado de la auditoría y se compromete a no realizar futuras reclamaciones judiciales o administrativas frente a los ítems objeto de saneamiento, cuando estos se encuentren pendientes de pago por parte de la entidad recobrante, o de otros que se paguen con recursos de este mecanismo. Lo anterior sin perjuicio de la obligación de pago en cabeza de las EPS frente a 	<p>La etapa inicia con la organización de la información de las cuentas que serán presentadas por las entidades recobrantes a la ADRES y termina con la habilitación por parte de la ADRES del sistema de información para que las entidades recobrantes presenten la información. al proceso de saneamiento.</p>

Etapa 1. Habilitación	¿En qué consiste?	Inicio y fin
	<p>En el alistamiento de las condiciones técnicas, operativas y jurídicas para hacer viable este proceso. La etapa de habilitación busca generar dichas condiciones mediante la organización de la información, la elaboración de los documentos administrativos y la habilitación del sistema de información en donde las entidades recobrantes reportan la información.</p> <p>Esta etapa es determinante para el éxito del proceso de saneamiento, por lo que se involucra la responsabilidad de las entidades recobrantes quienes deben presentar sus facturas en los términos y condiciones definido para esta etapa.</p>	<p>La etapa inicia con la organización de la información de las cuentas que serán presentadas por las entidades recobrantes a la ADRES y termina con la habilitación por parte de la ADRES del sistema de información para que las entidades recobrantes presenten la información. al proceso de saneamiento.</p>
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>los ítems que resulten glosados atendiendo el criterio establecido en el numeral 9.4 del artículo 9 del Decreto 521 de 2020.</p> <p>Las certificaciones a que alusión este paso podrán ser presentadas conjunto de facturas o documentos equivalentes radicados.</p>	
<p>4. Definición de cronograma para la presentación de facturas ante la ADRES</p>	<p>La ADRES determinará el cronograma en el cual las entidades recobrantes deberán presentar la información. El cronograma se definirá con base en las características definidas en el parágrafo 3º del artículo 9 del Decreto 521 de 2020.</p>	<p>Publicación en la página Web de ADRES donde se informe el cronograma para la presentación de la información.</p>

6.3.2. Etapa 2. Presentación

	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Etapa 2. Presentación	La presentación por parte de la entidad recobrante de los documentos y soportes descritos en la Etapa 1	La etapa inicia con la habilitación del sistema y finaliza con la comunicación de resultados a las entidades recobrantes.
Pasos	Descripción	Evidencia
1. Habilidadación del Sistema por parte de la ADRES	<p>La ADRES con el fin de proceder con la habilitación de la entidad recobrante en el aplicativo que se disponga, verificará:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que la entidad recobrante efectúe el cargue en el aplicativo a través de la opción de requisitos generales del “Formato 2” 2. Que el representante legal que haya suscrito la certificación de que trata el numeral anterior se encuentre registrado en el Certificado de existencia y representación legal, para lo cual la ADRES realizará la verificación a través de la consulta del certificado de existencia y representación legal de la sociedad en el Registro Único Empresarial (RUES). Cuando no sea posible obtener la información necesaria del RUES, la entidad recobrante deberá allegar el respectivo documento. 	<p>Calendario habilitado para la entidad recobrante en el aplicativo que disponga la ADRES.</p>
2. Presentación por parte de la entidad recobrante de la información en el sistema habilitado por la ADRES	<p>Una vez habilitado el sistema la entidad recobrante deberá efectuar la presentación de los medios magnéticos (TXT) “Formato 1”, así como de los soportes que se relacionan como evidencia de este paso.</p> <p>A continuación, se presenta el detalle requerido con el que deben ser allegados los medios magnéticos y los soportes. Se debe tener en cuenta que los medios magnéticos (TXT) “Formato 1”, se deben nombrar de acuerdo con el origen del servicio o la tecnología no financiada objeto del saneamiento definitivo, así:</p> <p><u>Respecto a los medios magnéticos (TXT):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Universo de servicios y tecnologías previamente presentados y glosados en cualquiera de los mecanismos de recobros 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Universo de servicios y tecnologías previamente presentados y glosados en cualquiera de los mecanismos de recobros: para este universo, las entidades recobrantes deberán presentar el el Formato 1 conforme lo establecido en el paso 1 de la Fase 1 del presente documento y disponer los siguientes soportes: <ol style="list-style-type: none"> a. Primer segmento: los registros en MIPRES y sus módulos y la información contenida en la factura o su documento equivalente en

Etapa 2. Presentación	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>¿En qué consiste?</p> <p>La presentación por parte de la entidad recobrante de los documentos y soportes descritos en la Etapa 1</p> <p>a) Originados en un CTC o MIPRES</p> <p>MYT140ME14AAAAMMDDNIXXXXXXXXXXXXXCXXXXXXXXXXXXX.DAT</p> <p>Se debe incluir por la entidad recobrante el ID Suministro (si aplica) y el TIPO DE AUDITORIA en los campos 64 y 65. En el tipo de auditoría se debe considerar que se debe marcar 0 o 1, según corresponda, así: 0: MIPRES ambulatorio o 1: MIPRES hospitalario, 1: MIPRES urgencias, 1: MIPRES fallos de tutela, 1: MIPRES requiere JPS, 1: MIPRES requiere CI, 1: CTC, 1: Fallos de tutela.</p> <p>b) Originados en un Fallo de tutela</p> <p>MYT140TU14AAAAMMDDNIXXXXXXXXXXXXXCXXXXXXXXXXXXX.DAT</p> <p>Se debe incluir por la entidad recobrante el ID Suministro (si aplica) y el TIPO DE AUDITORIA en los campos 67 y 68. En el tipo de auditoría se debe considerar que se debe marcar 0 o 1, según corresponda, así: 0: MIPRES ambulatorio o 1: MIPRES hospitalario, 1: MIPRES urgencias, 1: MIPRES fallos de tutela, 1: MIPRES requiere JPS, 1: MIPRES requiere CI, 1: CTC, 1: Fallos de tutela.</p> <p>2. Universo de servicios y tecnologías no presentadas con anterioridad por cualquier mecanismo de recobro</p> <p>a) Originados en un CTC o MIPRES</p>	<p>formato digital o electrónico, cuando así se disponga.</p> <p>b. Segundo segmento: fórmula u orden médica (para las prescripciones efectuadas previo a la entrada en operación de MIPRES) o los registros de MIPRES y sus módulos; el fallo de tutela o de la acción judicial correspondiente, la factura o su documento equivalente en formato digital o electrónico, cuando así se disponga, el soporte donde se evidencie la entrega de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC para los casos de servicios autorizados por Comité Técnico Científico.</p> <p>II. Universo de servicios y tecnologías no presentadas con anterioridad por cualquier mecanismo de recobro: para este universo, las entidades recobrantes deberán presentar el el Formato 1 conforme lo establecido en el paso 1 de la Fase 1 del presente documento y disponer los siguientes soportes:</p>

Etapa 2. Presentación	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>MYT140ME15AAAAMMDDNIXXXXXXXXXXXXXCXXXXXXXXXXXXX.DAT</p> <p>Se debe incluir por la entidad recobrante el ID ENTREGA (si aplica) y el TIPO DE AUDITORIA en los campos XXXX y XXXX. En el tipo de auditoría se debe considerar que se debe marcar 0 o 1, según corresponda, así: 0: MIPRES ambulatorio o 1: MIPRES hospitalario, 1: MIPRES urgencias, 1: MIPRES fallos de tutela, 1: MIPRES requiere JPS, 1: MIPRES requiere CI, 1: CTC, 1: Fallos de tutela.</p> <p>b) Originados en un Fallo de tutela</p> <p>MYT140TU15AAAAMMDDNIXXXXXXXXXXXXXCXXXXXXXXXXXXX.DAT</p> <p>Se debe incluir por parte de la entidad recobrante el ID ENTREGA (si aplica) y el TIPO DE AUDITORIA en los campos XXXX y XXXX. En el tipo de auditoría se debe considerar que se debe marcar 0 o 1, según corresponda, así: 0: MIPRES ambulatorio o 1: MIPRES hospitalario, 1: MIPRES urgencias, 1: MIPRES fallos de tutela, 1: MIPRES requiere JPS, 1: MIPRES requiere CI, 1: CTC, 1: Fallos de tutela.</p> <p><u>Respecto a los soportes:</u></p> <p>El nombramiento de las imágenes se debe realizar conforme se describe a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Archivo compilado (comprimido) de imágenes: 	<p>La etapa inicia con la habilitación del sistema y finaliza con la comunicación de resultados a las entidades recobrantes.</p> <p>a. Primer segmento: los registros en MIPRES y sus módulos y la información contenida en la factura o su documento equivalente en formato digital o electrónico, cuando así se disponga.</p> <p>b. Segundo segmento: fórmula u orden médica (para las prescripciones efectuadas previo a la entrada en operación de MIPRES) o los registros de MIPRES y sus módulos; el fallo de tutela, la acción judicial correspondiente o las providencias judiciales que se emitan en la actuación (incidentes de desacato, medidas provisionales, aclaraciones o modificaciones del fallo); la factura o su documento equivalente en formato digital o electrónico, cuando así se disponga, el soporte donde se evidencie la entrega de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC para los casos de servicios autorizados por Comité Técnico Científico.</p>

6.3.3. Etapa 3. Auditoría Fase 1

Etapa 3. Auditoría Fase I	¿En qué consiste?	Inicio y fin
	<p>En la verificación del cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y conforme a lo establecido en el Decreto 521 de 2020, la Resolución XX de la ADRES, el presente documento y demás instrucciones impartidas por la ADRES.</p>	<p>La etapa inicia con la segmentación de la información presentada por la entidad recobrante en el Formato 1 y termina con la notificación a la entidad recobrante del resultado de la aplicación de validaciones correspondientes a la Fase 1 de Auditoría.</p>
Pasos	Descripción	Evidencia
1. Segmentación	<p>La ADRES conforme a la información presentada por las entidades recobrantes en los medios magnéticos (Formato 1), efectuará la segmentación de los universos de los recobros así:</p> <p>0: Primer segmento 1: Segundo segmento</p>	Medios magnéticos (Formato 1)
2. Ejecución de validaciones por parte de ADRES	<p>Con soporte en el Formato 1 que presenten las entidades recobrantes, la ADRES validará la información de los servicios y tecnologías en salud presentados para el proceso de verificación, control y pago.</p> <p>En general, todas las cuentas presentadas por las entidades recobrantes serán objeto de validación con las reglas definidas por la ADRES, de tal manera, que un subconjunto podrá superar esta etapa y otro no; en este último evento, las entidades recobrantes podrán volver a presentar las cuentas con la información ajustada, a este proceso de saneamiento y de acuerdo a los cronogramas definidos por la ADRES.</p> <p>La ADRES efectuará las siguientes validaciones generales (para los dos universos y sus segmentos) a cada uno de los ítems, es decir, cada uno de los servicios o tecnologías en salud presentadas por la entidad recobrante. No obstante, la ADRES definirá y aplicará las validaciones que considere pertinentes para la verificación de los</p>	Resultado de las validaciones.

Etapa 3. Auditoría Fase I	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>requisitos que deben cumplir los servicios y tecnologías en salud objeto del saneamiento.</p> <p>El ítem generará rechazo o alerta cuando para la fecha de suministro el tipo y número de documento del afiliado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se encuentre en estado activo, protección laboral o suspendido. ▪ No se encuentre asociado a la entidad recobrante que presenta la información. ▪ Se encontraba en estado fallecido o en estado cancelado, hasta veinticuatro (24) horas después de la fecha de prestación del servicio de acuerdo a la consulta en la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC) o RUAF ND. ▪ Se encuentre en estado activo en la Base de los Regímenes Exceptuados y Especiales (BDEX). ▪ Haya sido marcado con enfermedad huérfana en la prescripción y no se encuentre reportado en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). <p>Específicamente respecto a los requisitos previstos en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 se efectuarán las siguientes validaciones:</p> <p>1. Sobre la prescripción en MIPRES: el ítem se rechazará cuando la prescripción efectuada en MIPRES se encuentre:</p>	<p>La etapa inicia con la segmentación de la información presentada por la entidad recobrante en el Formato 1 y termina con la notificación a la entidad recobrante del resultado de la aplicación de validaciones correspondientes a la Fase 1 de Auditoría.</p>

Etapa 3. Auditoría Fase I	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>En la verificación del cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y conforme a lo establecido en el Decreto 521 de 2020, la Resolución XX de la ADRES, el presente documento y demás instrucciones impartidas por la ADRES.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En estado anulado. ▪ En estado modificado. ▪ No exista. ▪ Requiera junta de profesionales, pero su estado es "pendiente" o "no aprobado": aplica para medicamentos incluidos en el listado UNIRS, productos nutricionales y servicios complementarios. ▪ Corresponde a MIPRES, pero es recobrada como tutela MIPRES. <p>2. Sobre el suministro registrado en MIPRES:</p> <p>a) El ítem se rechazará cuando la tecnología:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esté financiada con la UPC para la fecha de prestación conforme a las tablas de referencia. ▪ Corresponda a una exclusión del SGSSS, salvo que se trate de orden expresa de un fallo de tutela. conforme a las tablas de referencia. <p>b) El ítem se rechazará cuando el ID entrega de MIPRES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se identifique. ▪ Se encuentre en estado anulado ▪ No corresponda a la EPS que realiza el recobro para el tipo y número de documento del afiliado. ▪ No corresponda al régimen de la EPS que realiza el recobro. ▪ Tenga una causal de no entrega asociada. 	<p>La etapa inicia con la segmentación de la información presentada por la entidad recobrante en el Formato 1 y termina con la notificación a la entidad recobrante del resultado de la aplicación de validaciones correspondientes a la Fase 1 de Auditoría.</p>

Etapa 3. Auditoría Fase I	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>En la verificación del cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y conforme a lo establecido en el Decreto 521 de 2020, la Resolución XX de la ADRES, el presente documento y demás instrucciones impartidas por la ADRES.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La fecha de suministro asociada es posterior a la fecha de la última entrega. ▪ Exista para un suministro activo y la prescripción no sea sucesiva. ▪ No especifique la cantidad total de la tecnología entregada. ▪ No especifique el valor de la tecnología suministrada. ▪ El valor suministrado > (Cantidad * Valor unitario) ▪ El valor recobrado > valor total reportado en el suministro. ▪ La factura cobrada se marque como "sin sello de cancelado" y el proveedor no se encuentre incluido en el listado definido por la ADRES para el giro directo. ▪ Se encuentre marcado como "prestación única" y exista más de un reporte en el suministro en estado activo para la tecnología. <p>3. Verificación de condiciones de temporalidad:</p> <p>a) El ítem se rechazará conforme a las siguientes reglas, según aplique:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ a) Si el servicio y tecnología en salud fue prestado antes del 09 de junio de 2015, se observará la siguiente regla: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando el ítem cuente con resultado de auditoría por cualquier mecanismo de recobro y hayan transcurrido más de tres (3) años entre la fecha del último resultado de auditoría y la fecha de presentación al saneamiento 	<p>La etapa inicia con la segmentación de la información presentada por la entidad recobrante en el Formato 1 y termina con la notificación a la entidad recobrante del resultado de la aplicación de validaciones correspondientes a la Fase 1 de Auditoría.</p>

Etapa 3. Auditoría Fase I	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>definitivo. Para este caso la entidad recobrante deberá registrar la fecha de comunicación de resultados en el campo definido por la ADRES en el Formato 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando el ítem no cuente con resultado de auditoría y hayan transcurrido más de diez (10) años entre la fecha de prestación del servicio, entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente y la fecha de presentación al saneamiento definitivo. ▪ Si el servicio y tecnología en salud fue prestado después del 09 de junio de 2015, se observará la siguiente regla y: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando el ítem cuente con resultado de auditoría por cualquier mecanismo de recobro y hayan transcurrido más de tres (3) años entre la fecha del último resultado de auditoría y la fecha de presentación al saneamiento definitivo. Para este caso la entidad recobrante deberá registrar la fecha de comunicación de resultados en el campo definido por la ADRES en el Formato 1. ✓ . ✓ Cuando el ítem no cuente con resultado de auditoría y hayan transcurrido más de tres (03) años entre la fecha de entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente y la fecha de presentación al saneamiento. ✓ ▪ Cuando el ítem haya sido aprobado con anterioridad. 	<p>La etapa inicia con la segmentación de la información presentada por la entidad recobrante en el Formato 1 y termina con la notificación a la entidad recobrante del resultado de la aplicación de validaciones correspondientes a la Fase 1 de Auditoría.</p>

Etapa 3. Auditoría Fase I	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>En la verificación del cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y conforme a lo establecido en el Decreto 521 de 2020, la Resolución XX de la ADRES, el presente documento y demás instrucciones impartidas por la ADRES.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando el ítem se encuentre duplicado en la misma presentación y no existe una anulación previa de los mismos. <p>4. Suministro de medicamentos: para el primer segmento, se tendrá que:</p> <p>a) El ítem se rechazará cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El código CUM o IUM asociado al DCI prescrito no existe. ▪ El código CUM asociado al DCI prescrito: i) no cuenta con registro sanitario vigente; ii) se encuentra vencido. ▪ El código CUM suministrado corresponde a una muestra médica en el INVIMA. ▪ El campo código del medicamento no contiene información y la tecnología no corresponde a una preparación magistral. ▪ El medicamento se encuentra incluido en la compra centralizada para la Hepatitis C. ▪ El código IUM de un medicamento Vital No Disponible no existe <p>b) El ítem se marcará con alerta cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El CUM del medicamento es objeto de regulación y el valor recobrado es mayor al establecido en la normatividad para la fecha de prestación del servicio. 	<p>La etapa inicia con la segmentación de la información presentada por la entidad recobrante en el Formato 1 y termina con la notificación a la entidad recobrante del resultado de la aplicación de validaciones correspondientes a la Fase 1 de Auditoría.</p>

Etapa 3. Auditoría Fase I	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>En la verificación del cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y conforme a lo establecido en el Decreto 521 de 2020, la Resolución XX de la ADRES, el presente documento y demás instrucciones impartidas por la ADRES.</p> <p>5. Suministro de procedimientos, dispositivos, productos nutricionales y servicios complementarios registrados en MIPRES. Para el primer segmento, el ítem se rechazará cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El código CUPS registrado en el suministro no existe. ▪ El código CUPS registrado en el suministro no coincide con el prescrito por el profesional de la salud. ▪ El código de MIPRES (producto nutricional, servicio complementario y dispositivos) registrado en el suministro no existe. ▪ El código de MIPRES (producto nutricional, servicio complementario y dispositivos) no coincide con el prescrito por el profesional de la salud. <p>Las validaciones que ejecute la ADRES respecto a cada uno de los servicios y tecnologías en salud que las entidades recobrantes presenten podrán tener uno de los siguientes resultados:</p> <p>a) Radicado: cuando la información del servicio o tecnología en salud reportada cumpla la totalidad de las reglas de las validaciones; evento en el cual el sistema de información que disponga la ADRES le asignará un número de radicado.</p> <p>b) Radicado con alerta: cuando la información del servicio o tecnología en salud reportada por la entidad recobrante cumpla con la totalidad de las reglas de las validaciones, pero su aplicación genere alertas. En este caso, el sistema de información que disponga la ADRES le asignará un número de</p>	<p>La etapa inicia con la segmentación de la información presentada por la entidad recobrante en el Formato 1 y termina con la notificación a la entidad recobrante del resultado de la aplicación de validaciones correspondientes a la Fase 1 de Auditoría.</p>

Etapa 3. Auditoría Fase I	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>radicado pero el servicio o tecnología deberá surtir el proceso de verificación, dispuesto para el segundo segmento.</p> <p>c) No radicado: cuando la información del servicio o tecnología en salud reportada por la entidad recobrante no cumpla las reglas de las validaciones. Para este caso, la ADRES informará a la respectiva EPS las causales del rechazo.</p> <p>Los ítems que correspondan al segundo segmento y cuyos requisitos no puedan ser validados a través de esta epata deberán surtir el proceso de verificación documental que se detalla en la Etapa 5 – Fase 2 de auditoria.</p> <p>En todo caso, los ítems con resultado “radicado” y “radicado con alerta” deberán surtir el proceso de calidad que se describe en la Etapa 6 del presente documento.</p>	<p>La etapa inicia con la segmentación de la información presentada por la entidad recobrante en el Formato 1 y termina con la notificación a la entidad recobrante del resultado de la aplicación de validaciones correspondientes a la Fase 1 de Auditoría.</p>
6. Comunicación de resultados a entidades recobrantes	<p>La ADRES comunicará a las entidades recobrantes el resultado de la aplicación de las validaciones.</p> <p>Los servicios y tecnologías que resulten con el estado “No radicado” podrán ser objeto de análisis por parte de la entidad recobrante a fin de subsanar las causales del rechazo y determinar si procede la corrección de las causales para una nueva presentación ante la ADRES.</p>	<p>Notificación de resultado de las validaciones efectuadas por la ADRES.</p>

Etapa 3. Auditoría Fase I	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
	Respecto a los ítems que resulten con estado “radicado” o “radicado con alerta”, se continuará con la Etapa 4 – Contrato de transacción.	

6.3.4. Etapa 4. Contrato de Transacción

Etapa 4. Contrato de Transacción	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
1. Comité de Conciliación	<p>Es la suscripción de un contrato entre las entidades recobrantes y la ADRES en la que se transa el reconocimiento y pago de las cuentas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del régimen contributivo que serán sometidas a condición de resultado de la auditoría que se surtirá en el marco de lo dispuesto en la normatividad (Etapa 5 – Auditoría Fase II y Etapa 6 – Proceso de calidad).</p> <p>La Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, una vez consolidada la información resultante de la Auditoría Fase 1, descrita en la etapa 3 del presente documento, presentará a consideración del Comité de Conciliación de la Entidad el informe de resultados de auditoría obtenidos, así como aquellas situaciones especiales que ameriten ser puestas en conocimiento y consideración de los integrantes del Comité.</p> <p>En virtud de lo anterior, los integrantes del Comité, siguiendo las reglas establecidas para el funcionamiento de dicha instancia y atendiendo las reglas establecidas para este proceso de saneamiento, deben recomendar o no al representante Legal de la ADRES suscribir el Contrato de Transacción con los representantes legales de las entidades recobrantes.</p> <p>El contrato de transacción cobijará aquellos ítems que en la Etapa 3 – Auditoría Fase 1 descrita con anterioridad resultaron con estado “<i>radicado</i>” y “<i>radicado con alerta</i>”.</p> <p>En caso de que el Comité recomiende la suscripción, se continuará con el paso 2 de la presente etapa. En caso contrario, se realizará la devolución a la entidad recobrante de la totalidad de los ítems</p>	<p>La etapa inicia con la realización del Comité de Conciliación de la ADRES y finaliza con la suscripción del contrato de transacción.</p> <p>1. Informe(s) presentado(s) al Comité de Conciliación ADRES</p> <p>2. Acta(s) del Comité de Conciliación de la ADRES debidamente suscritas.</p> <p>Nota: Los informes y actas con sus respectivos anexos deberán hacer parte de la documentación soporte del proceso de ordenación del gasto.</p>

Etapa 4. Contrato de Transacción	¿En qué consiste?	Inicio y fin
	<p>Es la suscripción de un contrato entre las entidades recobrantes y la ADRES en la que se transa el reconocimiento y pago de las cuentas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del régimen contributivo que serán sometidas a condición de resultado de la auditoría que se surtirá en el marco de lo dispuesto en la normatividad (Etapa 5 – Auditoría Fase II y Etapa 6 – Proceso de calidad).</p>	<p>La etapa inicia con la realización del Comité de Conciliación de la ADRES y finaliza con la suscripción del contrato de transacción.</p>
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>presentados al mecanismo de saneamiento definitivo señalando las causales de la no aprobación.</p>	
<p>2. Suscripción del Contrato de Transacción</p>	<p>El contrato de transacción de que trata el numeral 1 del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 se suscribirá una vez se conozcan los resultados definitivos de las validaciones aplicadas en la Auditoría Fase 1, descrita en la etapa 3 del presente documento, y se cuente con la recomendación por parte del Comité de Conciliación de la ADRES. Esto se realizará previo a que los servicios y tecnologías surtan la Auditoría Fase 2 que se describe en la etapa 5 del presente manual y/o el proceso de calidad previsto en la Etapa 6, según el segmento al que correspondan.</p> <p>El contrato tiene por objeto transar el reconocimiento y pago de las cuentas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del régimen contributivo presentadas por las entidades recobrantes en el marco del saneamiento definitivo y que hayan resultado con estado “radicado” y “radicado con alerta” en el proceso de Auditoría Fase 1.</p> <p>Vale la pena precisar que si los ítems objeto las validaciones efectuadas en la Etapa 3 – Auditoría Fase 1 hacen parte de las pretensiones una demanda, la entidad recobrante decidirá si suscribe el contrato de transacción por la totalidad ítems incluidos en ellas. Si la entidad recobrante no acepta suscribir el contrato de transacción</p>	<p>Contrato de transacción suscrito entre la ADRES y la entidad recobrante.</p>

Etapa 4. Contrato de Transacción	¿En qué consiste?	Inicio y fin
	<p>Es la suscripción de un contrato entre las entidades recobrantes y la ADRES en la que se transa el reconocimiento y pago de las cuentas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del régimen contributivo que serán sometidas a condición de resultado de la auditoría que se surtirá en el marco de lo dispuesto en la normatividad (Etapa 5 – Auditoría Fase II y Etapa 6 – Proceso de calidad).</p>	<p>La etapa inicia con la realización del Comité de Conciliación de la ADRES y finaliza con la suscripción del contrato de transacción.</p>
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>por la totalidad de los ítems se dará por terminado el proceso de saneamiento sin lugar a pago alguno. En todo caso, la entidad recobrante que presente ítems contenidos en demandas judiciales, antes de conocer el resultado de la autoría fase 1 acepta que los resultados arrojados en la primera etapa de este proceso son únicos para el saneamiento previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2018, bajo las reglas y condiciones definidas en él, reconociendo el carácter reservado de su contenido por lo que no serán utilizados como prueba en los procesos judiciales que estén cursando estos.</p> <p>Con la suscripción del contrato las partes se obligarán como mínimo a:</p> <p>Por parte de la ADRES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptar los resultados producto de la auditoría. 2. Aceptar los resultados de la aplicación de la metodología verificación de la calidad. 3. Suscribir el memorial de desistimiento de las pretensiones de la demanda, junto con la entidad recobrante. 4. Pagar los que resulten a favor de la entidad recobrante producto proceso de auditoría, previa aplicación los descuentos y 	

Etapa 4. Contrato de Transacción	¿En qué consiste?	Inicio y fin
	<p>Es la suscripción de un contrato entre las entidades recobrantes y la ADRES en la que se transa el reconocimiento y pago de las cuentas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del régimen contributivo que serán sometidas a condición de resultado de la auditoría que se surtirá en el marco de lo dispuesto en la normatividad (Etapa 5 – Auditoría Fase II y Etapa 6 – Proceso de calidad).</p>	<p>La etapa inicia con la realización del Comité de Conciliación de la ADRES y finaliza con la suscripción del contrato de transacción.</p>
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>compensaciones que correspondan y, una vez el Ministerio Hacienda y Crédito Público ponga a disposición los recursos para tal efecto.</p> <p>5. Revelar, depurar y registrar en sus estados financieros el resultado del proceso de auditoría.</p> <p>Por parte de la entidad recobrante:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptar los resultados producto de la auditoría adelantada por la ADRES. 2. Aceptar los resultados de la aplicación de la metodología de verificación de la calidad de la auditoría. 3. Renunciar a instaurar cualquier acción judicial o administrativa relacionada con la solicitud de pago de las cuentas fueron radicadas dentro del proceso de saneamiento objeto del contrato. 4. Desistir totalmente de las pretensiones de la demanda, mediante memorial suscrito en conjunto con la ADRES, renunciando a la condena en costas procesales. 	

Etapa 4. Contrato de Transacción	¿En qué consiste?	Inicio y fin
	<p>Es la suscripción de un contrato entre las entidades recobrantes y la ADRES en la que se transa el reconocimiento y pago de las cuentas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del régimen contributivo que serán sometidas a condición de resultado de la auditoría que se surtirá en el marco de lo dispuesto en la normatividad (Etapa 5 – Auditoría Fase II y Etapa 6 – Proceso de calidad).</p>	<p>La etapa inicia con la realización del Comité de Conciliación de la ADRES y finaliza con la suscripción del contrato de transacción.</p>
Pasos	Descripción	Evidencia
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Renunciar expresamente al cobro de cualquier tipo de interés y otros gastos, independientemente de su denominación, sobre los ítems presentados al proceso de saneamiento definitivo. 6. No celebrar negocio jurídico alguno, asociado a los valores que se reconozcan como resultado del proceso de saneamiento, sin perjuicio de las excepciones que establezca la ley. Cuando las facturas o documento equivalente hagan parte de obligaciones generadas con anterioridad a la expedición de la Ley 1955 de 2019, se respetará el acto jurídico correspondiente. 7. Revelar, depurar y registrar en sus estados financieros el resultado del proceso de auditoría. 8. Asumir los costos de la auditoría y autorizar que se descuente dicho valor de lo aprobado en el procedimiento de saneamiento definitivo. <p>Nota 1: Cuando el representante legal de la entidad recobrante tenga restricciones o limitaciones relacionadas con el objeto o cuantía para la suscripción del contrato de transacción deberá aportar las autorizaciones estatutarias correspondientes que lo habiliten.</p> <p>Nota 2: El contrato de transacción deberá identificar plenamente las facturas y/o cuentas sujetas al saneamiento definitivo.</p>	

6.3.5. Etapa 5. Auditoría – Fase 2

Etapa 5. Auditoría – Fase 2	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
1. Verificación de la suscripción del contrato de transacción	<p>Se verificará el cumplimiento de la suscripción del contrato de transacción entre la entidad recobrante y la ADRES como requisito previo a iniciar el proceso de auditoría correspondiente a esta etapa.</p> <p>Así mismo, la ADRES verificará que dentro del expediente del contrato de transacción se cuente con los documentos previstos como evidencia en el paso 3 de la Etapa 1 de auditoría del presente documento</p>	Lista de chequeo documental
2. Auditoría Fase 2	<p>Esta fase de auditoría consiste en:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Verificación de soportes: para los ítems que en la Fase 1 de auditoría hayan obtenido como resultado el estado “<i>radicado con alerta</i>” y aquellos que hagan parte del Segundo Segmento establecido en el paso 1 Etapa 1 del presente documento, el cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y las normas que lo reglamentan se verificará, con la información aportada por las entidades recobrantes, utilizando lo registrado en MIPRES y sus módulos (cuando aplique), el Formato 1 y los soportes previstos en el paso 2 de la Fase 2 del presente documento. <p>La verificación se desarrollará a través de los siguientes componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consistencia de la información 	

Etapa 5. Auditoría – Fase 2	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>En la continuación de la verificación del cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, conforme a la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jurídico <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Subcomponente fallos de tutela 2.2. Prescripción 3. Cobertura 4. Exclusiones 5. Prescripción médica 6. Suministro 7. Facturación 8. Liquidación y consolidación 	<p>Con la verificación de la suscripción del contrato de transacción previsto en la Etapa 4 del presente documento y termina con la generación de los resultados definitivos de la auditoría.</p>

6.3.5.1 Componente Consistencia de la Información

Con el propósito de verificar que los datos registrados en los soportes son consistentes, con la información registrada en los medios magnéticos, la ADRES o el tercero que se contrate verificará la información, y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas respecto a la información registrada en los medios magnéticos, es decir: de prestación y radicación, de la siguiente manera:

1. Al realizar la lectura transversal de la prescripción efectuada en la orden médica, CTC, MIPRES o fallo de tutela, según corresponda, 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 y el nombre, tipo y número de identificación del usuario es consistente.
2. Al realizar la lectura transversal de la prescripción efectuada en la orden médica, CTC, MIPRES o fallo de tutela, según corresponda, 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/suministro y facturación se desarrolló de manera cronológica, excepto en los siguientes eventos:
 - a. **Previo a la operación de MIPRES, es decir, con anterioridad al 01 de abril de 2017:**
 - **Cuando la prestación del servicio se realizó en urgencia manifiesta o en un servicio de hospitalización:** en estos dos casos, la prescripción puede ser posterior a la prestación del servicio. Como criterio de auditoría se tendrá que la fecha de egreso del paciente.
 - **Cuando la compra de la tecnología en salud NO PBS UPC 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 PBS UPC.
 - b. **Con la operación de MIPRES, es decir, a partir del 01 de abril de 2017:**
 - **Cuando la prestación del servicio se realizó en una 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.

Requisitos a verificar	Soportes	Glosas que deben imponer
¿La descripción de la tecnología en salud es consistente en los diferentes soportes del recobro/cobro? ⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los soportes del recobro/cobro • Orden médica, CTC o Acta aclaratoria de CTC, MIPRES o fallo de tutela, según corresponda • Formato 1 	El servicio o tecnología en salud prescrita por el profesional de la salud, por la entidad recobrante, u ordenada por fallo de tutela no corresponde con la facturada.
		El servicio o tecnología en salud prescrita por el profesional de la salud, por la entidad recobrante u ordenada por fallo de tutela, no corresponde con la suministrada.
		El servicio o tecnología en salud registrada en el Formato 1 no corresponde con los soportes allegados por la entidad recobrante
¿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. • Formatos establecidos para la radicación del recobro/cobro. 	El usuario contenido en la prescripción, CTC o Acta aclaratoria de CTC, o fallo de tutela, no corresponde al contenido en la factura de venta o documento equivalente.
		El usuario contenido en la prescripción, CTC o Acta aclaratoria de CTC, o fallo de tutela, no corresponde al contenido en los soportes de evidencia de suministro.
		El usuario registrado en el Formato 1 no corresponde con los soportes allegados por la entidad recobrante

⁷ 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.

Requisitos a verificar	Soportes	Glosas que deben imponer
¿Las fechas de prescripción, suministro y facturación de la tecnología en salud son consistente en los diferentes soportes del recobro/cobro? ⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los soportes del recobro/cobro • Formato 1 	La fecha de prescripción y/o, suministro y/o facturación no son consistentes en los diferentes soportes del recobro/cobro.

⁸ 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.

6.3.5.2 Componente Jurídico

En este componente se determina que el servicio o tecnología en salud:

- a) Que la presentación del servicio o tecnología al saneamiento definitivo se haya efectuado conforme a los términos establecidos en el artículo 12 del Decreto 521 de 2020, lo anterior para verificar que no se encuentren afectados por prescripción
- b) Que haya sido ordenado mediante un fallo de tutela.

6.3.5.2.1 Subcomponente Fallos de Tutela

Objetivo	Este subcomponente tiene como propósito verificar que el fallo de tutela ordena el suministro de un servicio o tecnología no financiada con recursos de la UPC.
Generalidades	<p>En el subcomponente de fallos de tutela se debe considerar la fecha en la cual fue ordenado el servicio o tecnología no financiada en salud con el propósito de determinar el soporte que debe aportar la entidad recobrante adicional al fallo de tutela o las providencias judiciales, así:</p> <p>Previo a la entrada en operación de MIPRES. Para los servicios y tecnologías en salud prestados con anterioridad al 1 de diciembre de 2016:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Allegar copia completa y legible del fallo de tutela o acción judicial que dio origen a la prestación del servicio o tecnología en salud. 2. Para aquellos fallos de tutela que ordenen tratamiento integral, adicional a lo definido en el numeral anterior, se deberá aportar el Formato de integralidad “Formato 3” generado en vigencia de la Nota Externa 201433200179423 del 24 de julio de 2014 o, en su defecto, el que defina la ADRES. <p>Posterior a la entrada de MIPRES. Para los servicios y tecnologías en salud prestados a partir del 1 de diciembre de 2016, la ADRES tendrá en cuenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Número de MIPRES que dé cuenta de la existencia de la transcripción del profesional de la salud en la herramienta de prescripción dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, en donde se prescribe el fallo de tutela y se ordenan los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC que considere pertinentes. 2. Existencia del formato de integralidad en la herramienta de prescripción, para aquellos fallos de tutela que ordenen tratamiento integral, cuando aplique, de manera adicional al definido en el numeral anterior. <p>Para la efectuar la auditoría integral de los recobros derivados de <u>fallo de tutela que ordenan el servicio de cuidador</u>, se precisa lo siguiente:</p>

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 cuando el recobro corresponda a un servicio de cuidador, la firma 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 abril de 2017.
 - ✓ La dependencia es total de acuerdo con lo reportado por la entidad recobrante en el anexo destinado para tal fin.
 - ✓ 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.
- 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.

En todo caso, 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 salud⁹, estos serán objeto de reconocimiento y pago siempre y cuando sean ordenados por un fallo de tutela de manera explícita.

Criterio de auditoría	Soporte	Glosa que deben imponer
¿La tecnología en salud fue ordenada mediante fallo de tutela y este existe?	<ul style="list-style-type: none"> • Fallo de tutela 	No aporta fallo o alguno de los documentos definidos en el parágrafo 2º del artículo 5 de la

⁹ 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"

Criterio de auditoría	Soporte	Glosa que deben imponer
	<ul style="list-style-type: none"> Fallo de tutela o documentos que soporten las decisiones judiciales que se hayan emitido en la acción constitucional. 	Resolución 618 de 2020 y/o el la orden judicial mismo no se evidencia en el histórico de recobros.
¿El fallo de tutela y/o sus anexos aportados está(n) completo(s)? ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> Otras providencias judiciales, notificaciones o requerimientos suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial 	El fallo de tutela aportado está incompleto
¿El fallo de tutela aportado es legible?		El fallo aportado no es legible en el folio No. () o en su totalidad
¿El fallo de tutela o documento soporte de la acción constitucional identifica la entidad recobrante?	<ul style="list-style-type: none"> “Formato 3” Certificación del representante legal 	El fallo de tutela o documento soporte de la acción constitucional no identifica la entidad recobrante
¿El fallo de tutela o documento soporte de la acción constitucional registra el nombre o identificación del usuario?		El fallo de tutela o documento soporte de la acción constitucional no registra el nombre o identificación del usuario
¿La tecnología en salud recobrada se encuentra ordenada en el fallo de tutela o se evidencia esto en el documento soporte de la acción constitucional?		La tecnología en salud recobrada no se encuentra ordenada en el fallo de tutela o en el documento soporte de la acción constitucional y no se trata de un fallo de tutela no expreso o tutela integral.
En caso de fallo de tutela integral ¿La tecnología en salud recobrada se encuentra identificada en el fallo de tutela o en el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo? (1)		La tecnología en salud recobrada no se encuentra identificada en el fallo de tutela y no adjunta el Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin comparador administrativo.
¿El Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen tratamiento integral con o sin		El Formato de justificación médica de tecnologías en salud ordenadas por fallos de tutela que no sean expresos o que ordenen

¹⁰ 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 auditoría	Soporte	Glosa que deben imponer
comparador administrativo debidamente firmado, 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? (1)		tratamiento integral 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 y/o no se encuentra debidamente firmado.
¿Existe el número de prescripción de la tecnología en salud recobrada en el reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES y se encuentra en estado activo? (2)		El número de prescripción la tecnología recobrada no existe en el reporte del consolidado de prescripciones.
¿La información de la tutela se encuentra diligenciada en el aplicativo MIPRES? (2)		No se encuentra diligenciada la información del fallo de tutela en el módulo de tutelas del aplicativo
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. (1)		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. No se aportó la certificación del representante legal, donde manifiesto las circunstancias que le impidieron aportar el fallo completo o legible
¿El fallo o documento soporte de la acción constitucional cumple con las condiciones establecidas en el parágrafo 2º del artículo 5 de la Resolución 618 de 2020?		El fallo documento soporte de la acción constitucional no evidencia una o alguna de las siguientes condiciones: (i) la parte resolutive; (ii) la autoridad judicial que lo profirió; y (iii) el número del proceso y/o (iv) no se aportó certificación del representante legal o el profesional de derecho que este delegue, en la que manifieste las circunstancias que le impiden aportar el fallo de tutela completo o legible, según el caso.

Criterio de auditoría	Soporte	Glosa que deben imponer
¿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? (2)		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 <u>servicio de cuidador</u> , verificar lo siguiente: ¿El usuario objeto de recobro fue reportado por la entidad recobrante a la ADRES? ¹¹	<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 	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?		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?		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.

(1) Aplica a las cuentas que hagan parte del grupo denominado "Previo a la puesta en operación de MIPRES"

(2) Aplica a las cuentas que hagan parte del grupo denominado "Posterior a la puesta en operación de MIPRES"

¹¹ 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"

6.3.5.2.2 Subcomponente Prescripción jurídica

Objetivo	Este subcomponente tiene como propósito verificar que la cuenta presentada por la entidad recobrante no se encuentre prescrita
Generalidades	<p>Con el propósito de verificar la condición establecida en literal c) del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, se aplicarán los siguientes criterios conforme lo establece el artículo 12 del Decreto 521 de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si el servicio y tecnología en salud fue prestado antes del 09 de junio de 2015 y: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando el ítem cuente con resultado de auditoría por cualquier mecanismo de recobro y hayan transcurrido más de tres (3) años entre la fecha del último resultado de auditoría y la fecha de presentación al saneamiento definitivo. Para este caso la entidad recobrante deberá registrar la fecha de comunicación de resultados en el campo definido por la ADRES en el Formato 1. ✓ Cuando el ítem no cuente con resultado de auditoría y hayan transcurrido más de diez (10) años entre la fecha de prestación del servicio, entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente y la fecha de presentación al saneamiento definitivo. ▪ Si el servicio y tecnología en salud fue prestado después del 09 de junio de 2015 y: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando el ítem cuente con resultado de auditoría por cualquier mecanismo de recobro y hayan transcurrido más de tres (3) años entre la fecha del último resultado de auditoría y la fecha de presentación al saneamiento definitivo. Para este caso la entidad recobrante deberá registrar la fecha de comunicación de resultados en el campo definido por la ADRES en el Formato 1 ✓ . ✓ Cuando el ítem no cuente con resultado de auditoría y hayan transcurrido más de tres (03) años entre la fecha de entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente y la fecha de presentación al saneamiento. <p>Los términos de prescripción aquí señalados se entienden interrumpidos de acuerdo con lo establecido en el artículo 94 de la Ley 1564 de 2012, para las cuentas por concepto de servicios y tecnologías en salud que se encuentren incursos en procesos judiciales, en los que haga parte la entidad responsable de pago en el régimen contributivo.</p> <p>Los términos de prescripción de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC radicadas ante la ADRES por el trámite administrativo especial del recobro, que se encuentren pendientes por resolver o que no tienen resultado definitivo se entienden suspendidos desde la fecha de su radicación y podrán presentarse al saneamiento definitivo. La presentación de peticiones o reclamaciones administrativas que recaigan sobre recobros que ya tengan un resultado de auditoría a través del trámite administrativo especial no darán lugar a reiniciar ni suspender los tiempos de prescripción.</p>

La caducidad de los recobros que se encuentren incluidas en las pretensiones de demandadas en curso ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo, se contará a partir de la fecha el último resultado de auditoría o, en su defecto, a partir de la prestación del servicio.

Los criterios aquí previstos aplican para el proceso de saneamiento definitivo, sin perjuicio de la prescripción o la caducidad que pueda alegar la ADRES o las entidades recobrantes en los procesos judiciales en los que sean demandas.

Criterio de auditoría	Soporte	Glosa que deben imponer
¿La solicitud de recobro/cobro se presentó oportunamente de conformidad con lo establecido en el artículo 12 del Decreto 521 de 2020?	<ul style="list-style-type: none"> Comunicación de resultados cuando aplique Soporte de prestación del servicio cuando aplique 	El recobro/cobro se encuentra prescrito de acuerdo con (la comunicación de resultados/ soporte de prestación del servicio)

6.3.5.3 Componente Cobertura

Tiene como objetivo verificar que, para la fecha de prestación, el servicio o tecnología en salud no se encontraba financiada con la UPC del régimen contributivo.

Servicio o tecnología	Requisitos a verificar	Soportes	Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
Medicamentos	El medicamento objeto de recobro no es financiado con la UPC	<p>Tabla de referencia 1</p> <p>Ambulatorio: Fecha de prestación del servicio registrada en el soporte de evidencia de entrega que puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescripción de MIPRES • Orden o fórmula médica • Evidencia de entrega (Formato de la entidad) • Factura de venta o documento equivalente <p>Hospitalario/Urgencias/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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se utiliza la tabla de referencia 1. 2. Que se haya prescrito y suministrado de acuerdo a las indicaciones del INVIMA. 3. La cobertura de los medicamentos se define con: <ul style="list-style-type: none"> • El principio activo • La concentración • La forma farmacéutica • La aclaración del PBS-UPC <p>Con el objetivo de efectuar la validación de la cobertura de los medicamentos condicionados, se deberá tener en cuenta las siguientes situaciones:</p> <p>a. 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-UPC se procederá a imponer la glosa pertinente.</p>	<p>El medicamento objeto de recobro se encuentra financiado para la fecha de prestación del servicio con la UPC.</p> <p>El uso o la indicación del medicamento prescrito y autorizado no está registrada ante el INVIMA y si es un medicamento no se encuentra registrado en el listado UNIRS.</p>

Servicio o tecnología	Requisitos a verificar	Soportes	Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
			<p>b. 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.</p> <p>c. 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.</p>	
Procedimientos	El procedimiento objeto de	Tabla de referencia 2.	<ol style="list-style-type: none"> Se utiliza la tabla de referencia 2. Observar el principio de integralidad. 	El procedimiento objeto de recobro se encuentra financiado

Servicio o tecnología	Requisitos a verificar	Soportes	Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
	recobro no es financiado con la UPC	<p>Ambulatorio: Fecha de prestación del servicio registrada en el soporte de evidencia de entrega que puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescripción de MIPRES • Orden o fórmula médica • Evidencia de entrega (Formato de la entidad) • Factura de venta o documento equivalente <p>Hospitalario/Urgencias/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</p>	3. Debe estar prescrito en CUPS para definir la cobertura en el Plan de beneficios en Salud con cargo a los recursos de la UPC.	con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio
Dispositivos Médicos	El dispositivo médico objeto de recobro no es financiado con la UPC	Tabla de referencia 3.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se utiliza la tabla de referencia 3. 2. Principio de integralidad 3. Topes de cobertura definidos en el plan de beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio. 	El dispositivo medico/insumo objeto de recobro se encuentra financiado con la UPC para la fecha de prestación del servicio
Productos Nutricionales	El producto nutricional objeto de recobro no es financiado con la UPC	Tabla de referencia 4	Corresponde a un servicio definido en la tabla de referencia 4.	El producto nutricional objeto de recobro se encuentra financiado con la UPC para la fecha de prestación del servicio

6.3.5.3.1 Subcomponente Exclusiones

Tiene como objetivo verificar que, para la fecha de prestación, el servicio o tecnología suministrado no corresponda a uno de los criterios definidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, las Resoluciones 5267 y 330 de 2017, 687 de 2018 y 244 de 2019.

Requisitos a verificar	Soportes	Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
<p>Que el servicio o la tecnología objeto de recobro no tengan como finalidad propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.</p> <p>Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica</p> <p>Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica</p> <p>Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente</p> <p>Que se encuentren en fase de experimentación</p> <p>Que tengan que ser prestados en el exterior.</p> <p>Que el servicio o la tecnología objeto de recobro no se encuentre incluida dentro de las Resoluciones 5267 de 2017 y 244 de 2019.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orden o fórmula médica • Evidencia de entrega • Factura de venta o documento equivalente • Fallo de tutela • Tabla de referencia 5 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar que el servicio o tecnología objeto de recobro no se encuentre en el listado de los servicios y tecnologías en salud excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud. 2. En caso de que el servicio o tecnología objeto de recobro se encuentre dentro del listado de los servicios y tecnologías en salud excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, se debe verificar que exista un fallo de tutela que de manera explícita ordene la prestación del servicio objeto de recobro 	<p>El servicio o tecnología objeto de recobro es una exclusión del SGSSS</p>

6.3.5.4 Componente Prescripción médica

El objetivo de este componente es verificar que el servicio o tecnología en salud no financiada con la UPC haya sido prescrito por un profesional de la salud.

Generalidades: El cumplimiento de este requisito se evalúa con los soportes del recobro que debe allegar la entidad recobrante así:

Ámbito ambulatorio: Previo a la entrada en operación de MIPRES, es decir el 01 de abril de 2017, la entidad recobrante deberá aportar uno de los siguientes soportes:

1. La prescripción médica conforme a lo establecido en el artículo 2.5.3.10.15 y subsiguientes del Decreto 780 de 2016.
2. El Acta del Comité Técnico Científico (CTC) que deberá estar debidamente firmada por sus integrantes. En caso de que falten una o más firmas, tal situación se validará con una certificación adjunta suscrita por el representante legal de la entidad recobrante, en la que bajo la gravedad de juramento manifiesta que el acta goza de validez, dado que corresponde a la sesión realizada por los integrantes autorizados y está conforme a la información en ella registrada. Adicionalmente, se podrán aportar las actas aclaratorias de CTC que permitan demostrar la prescripción del servicio o la tecnología no financiada con cargo a la UPC.

Ámbito Hospitalario: aportar copia de la historia clínica o epicrisis que permita evidenciar la prescripción del servicio o tecnología en salud recobrada, el usuario y el profesional de la salud que realizó la prescripción.

En todo caso para las prescripciones o fórmulas médicas de **medicamentos** se debe observar lo establecido en los Artículos 2.5.3.10.15 y 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016, así:

Artículo 2.5.3.10.15. Características de la prescripción:

1. Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia.
2. Clara y legible
3. Se hará en idioma español en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado.
4. La prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado (en el caso ambulatorio) y administrado (en el caso hospitalario) por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y del Departamento de Enfermería o la dependencia que haga sus veces.
5. La prescripción debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos con el diagnóstico.
6. La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera.
7. Cuando se trate de preparaciones magistrales, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva cantidad.
8. No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos, con la excepción de las abreviaturas aprobadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Institución

Artículo 2.5.3.10.16. Contenido de la prescripción

1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe
2. Lugar y fecha de la prescripción.
3. Nombre del paciente o documento de identificación.
4. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).
5. Concentración y forma farmacéutica.
6. Vía de administración.
7. Dosis y frecuencia de administración.
8. Período de duración del tratamiento.
9. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento.
10. Vigencia de la prescripción.
11. Nombre o firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.

Para el caso de prescripciones o fórmulas médicas de **procedimientos, dispositivos médicos, insumos o productos nutricionales (si aplica)** se debe observar:

1. Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia.
2. Clara y legible
3. Se hará en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado.
4. La prescripción debe permitir la confrontación entre el procedimiento ordenado, realizado y facturado
5. La prescripción debe permitir la correlación del procedimiento ordenado con el diagnóstico.

En atención al parágrafo 3 del artículo 4 de la Resolución 618 de 2020, se podrán presentar prescripciones con estado anulado siempre y cuando dicha anulación se haya realizado posterior al suministro de la tecnología. En este caso se deberá verificar la existencia del número de la prescripción en MIPRES y la prescripción física o la historia clínica o epicrisis, según corresponda y determinar si en efecto la anulación se realizó posterior al suministro.

Para la validación de la indicación o uso INVIMA las entidades recobrantes y la firma 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 podrán:
 1. Relacionarse de manera exacta con la indicación registrada ante el INVIMA
 2. 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 que lo descrito en los numerales 1 o 2 corresponde con la indicación INVIMA, la cuenta 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.

- 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:

1. 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 entidad recobrante 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 que lo ordenado por el profesional de la salud corresponde con lo efectivamente suministrado al usuario.
2. 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) 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 todo caso, se validará la existencia del acta de Junta de Profesionales de la Salud (JPS) registrada MIPRES o la aportada.

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	Registro en MIPRES del concepto de la junta de profesionales de la salud	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	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	Aprobar, previo cumplimiento de los demás requisitos esenciales. 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	Aprobar, previo cumplimiento de los demás requisitos esenciales.
UNIRS	El profesional indico que SI requiere JPS	Firma Auditora confirma que es medicamento del listado UNIRS	No requiere concepto	Glosa pertinente
UNIRS	El profesional indicó que SI requiere JPS	Firma Auditora confirma que es medicamento del listado UNIRS	No aprobado por la JPS	Glosa pertinente
UNIRS	El profesional indicó que SI requiere JPS	Firma Auditora confirma que es medicamento del listado UNIRS	Aprobado por la JPS	Aprobar, previo cumplimiento de los demás requisitos esenciales.

Requisitos a verificar	Soportes	Glosas que deben imponer
¿Se aportó la orden o formula médica y la misma es legible?	Fórmula u orden médicas, resumen de atención, epicrisis o historia clínica en donde se puedan establecer los requisitos definidos	No se aportó orden o formula médica o la misma se encuentra ilegible.
¿Si el ordenamiento corresponde a una prescripción de medicamentos cumple con el artículo 2.5.3.10.15 y 2.5.3.10.16 del Decreto 780 de 2016?		La prescripción de medicamentos NO PBS-UPC no cumple con los requisitos establecidos en del Decreto 780 de 2016.
¿Si el ordenamiento médico corresponde a una prescripción de procedimientos, dispositivos médicos, insumos o		La prescripción de procedimientos o insumos (el último solo en los casos que aplica) no cumple con el mínimo establecido para su verificación.

Requisitos a verificar	Soportes	Glosas que deben imponer
productos nutricionales (el último solo en los casos que aplica) cumple los requisitos previamente señalados?		
¿La prescripción evidencia el servicio o tecnología en salud recobrada?		La orden, fórmula médica, resumen de atención, epicrisis o historia clínica no describe la tecnología en salud recobrada
¿La fecha de la orden o fórmula médica es anterior a la fecha de suministro del servicio o tecnología en salud?, salvo que corresponda a un servicio de urgencia u hospitalización, caso en el cual deberá ser anterior a la fecha de egreso del paciente.		La fecha de la orden o fórmula médica es posterior a la fecha de suministro del servicio o tecnología en salud
¿Existe Acta de CTC y es legible? ¹²	Acta de CTC / Acta Aclaratoria de CTC Certificación que prevé la Resolución 618 de 2020	No se aportó acta de CTC o la misma se encuentra ilegible.
¿El Acta de CTC permite identificar nombre y tipo y número de identificación del usuario objeto de recobro, el servicio o la tecnología en salud prescrita, el diagnóstico y el profesional de la salud que ordena el servicio o tecnología?		El Acta de CTC no permite identificar nombre y tipo y número de identificación del usuario objeto de recobro, el servicio o la tecnología en salud prescrita, el diagnóstico y el profesional de la salud que ordena el servicio o tecnología.
¿La fecha de la acta de CTC es anterior a la fecha de suministro del servicio o tecnología en salud?, salvo que corresponda a un servicio de urgencia u hospitalización, caso en el cual deberá ser anterior a la fecha de egreso del paciente.		La fecha del Acta de CTC es posterior a la fecha de suministro del servicio o tecnología en salud

¹² El Acta de CTC puede contener varias tecnologías en salud siempre y cuando correspondan a un mismo usuario, se estén aprobando en la misma fecha los servicios solicitados, correspondan a solicitudes del mismo médico tratante, la justificación médica y el diagnóstico apliquen en todos los casos de igual forma y cumplan con todos los requisitos establecidos en el resto del formato.

Requisitos a verificar	Soportes	Glosas que deben imponer
¿El Acta de CTC tiene registrado el diagnóstico según listado CIE 10?		El Acta del CTC No. () no identifica el diagnóstico o no registra la codificación internacional de enfermedades CIE10.
¿En el Acta de CTC hay una justificación médica y ésta se relaciona con el diagnóstico CIE-10 que corresponde con la tecnología autorizada? ¹³		El Acta de CTC No. () no contiene la justificación médica de la decisión adoptada o no corresponde con el (los) diagnóstico(s) del paciente, de acuerdo con la tecnología autorizada.
¿El Acta de CTC describe de forma completa el medicamento ¹⁴ NO PBS UPC autorizado?		El acta de CTC No. () no describe el nombre del medicamento autorizado de forma completa.
¿El Acta de CTC describe de forma completa el procedimiento ¹⁵ autorizado?		El Acta de CTC No. () no describe el procedimiento autorizado de forma completa.
¿El Acta de CTC describe de forma completa el insumo ¹⁶ autorizado?		El Acta de CTC No. () no identifica de forma completa el insumo autorizado y/o no cumple la condición de exceder el condicionamiento definido en el PBS o su mención explícita.
¿El Acta de CTC da cuenta de la decisión adoptada por el Comité?		El Acta de CTC no permite verificar la decisión adoptada por el Comité.
¿El Acta de CTC se encuentra debidamente ¹⁷ firmada? O en su defecto se adjunta la certificación que trata la Resolución 618 de 2020		El Acta de CTC no registra firma de uno o todos los integrantes del CTC o no se aporta la certificación que prevé la Resolución 618 de 2020.

¹³ En la justificación se verifica, que sea específica para el usuario y que lo autorizado tenga una relación coherente con la patología diagnosticada.

¹⁴ Para que el Acta de CTC se considere completa en caso de autorizar medicamentos debe identificar: Principio(s) activo(s) individuales o combinados, Código ATC, Concentración, Forma farmacéutica, Número de días/tratamiento, Número de dosis/día, Cantidad autorizada.

¹⁵ El procedimiento autorizado debe identificar la totalidad de los siguientes datos: El CUPS del procedimiento autorizado (si lo tiene), Frecuencia uso, Cantidad Autorizada, Tiempo Total, Objetivo y motivo de recurrencia si aplica.

¹⁶ El insumo autorizado debe identificar la totalidad de los siguientes datos: Nombre, Objetivo, Frecuencia uso, Cantidad Autorizada y Tiempo Total.

¹⁷ El Acta de CTC debe estar firmada mínimo por 2 de los integrantes del Comité con el respectivo nombre y registro médico si aplica este último. Siempre que las firmas estén incompletas debe adjuntar de acuerdo con el Parágrafo 3 del Artículo 14 de la Resolución 5395 de 2013 la certificación del representante legal de la entidad recobrante.

Requisitos a verificar	Soportes	Glosas que deben imponer
Acta de CTC tiene acta aclaratoria ¹⁸ y su contenido se ajusta a los criterios definidos? ¹⁹		El Acta Aclaratoria de CTC No. () no se ajusta a los criterios definidos.
Aplica para prescripciones en MIPRES anuladas: ¿Existe una prescripción física o historia clínica o epicrisis, según corresponda que permite determinar si el número de MIPRES se anuló posteriormente al suministro de la tecnología?	<ul style="list-style-type: none"> • MIPRES • Evidencia de entrega 	No existe una prescripción física o historia clínica o epicrisis, según corresponda que permite determinar si el número de MIPRES se anuló posteriormente al suministro de la tecnología
¿Si la tecnología en salud o servicio complementario recobrado corresponde a un medicamento del listado temporal	<ul style="list-style-type: none"> • MIPRES 	La información del acta de junta de profesionales de la salud y/o concepto aprobado no se encuentra registrado en MIPRES o no fue aportada

¹⁸ Ver definición de Acta Aclaratoria de CTC en el glosario

¹⁹ El diligenciamiento de un Acta Aclaratoria aplica cuando se pretende clarificar o ampliar la información de uno o varios campos de los contenidos en el Acta inicial de CTC, en los siguientes casos:

- De los campos generales: la ciudad y el tipo de atención (ambulatoria, hospitalaria)
- Del diagnóstico: la aclaración aplica solo para ampliar la información clínica que justifique el uso del servicio NO POS objeto de análisis.
- Solicitud de la Tecnología en Salud No Pos: solo es posible aclarar el acta inicial para completar o adicionar los campos relacionados con el diligenciamiento del que reemplaza o sustituye y comparador administrativo si lo tiene.
- Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología No Pos: solo es posible adicionar aclaraciones cuando se trate de ampliar la información registrada inicialmente.
- Verificación de criterios de evaluación y autorización, de los criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional cuando se trate del análisis de exclusiones: se puede clarificar lo descrito en el acta inicial solo cuando se trate de completar algún (s) criterio(s) no evaluado en el Comité inicial.
- Responsables del Comité: solo es objeto de aclaración cuando se trata de adicionar los datos de uno de los representantes.

No aplica la realización de actas aclaratorias cuando se incumplen las reglas contenidas en la definición y por lo tanto se pretende aclarar campos tales como:

- Fecha de elaboración y número del acta inicial
- Datos de identificación del usuario: en cualquiera de sus campos
- Datos del médico tratante: nombres, apellidos registro médico y especialidad, fecha de la solicitud y fecha de radicación de la solicitud.
- Diagnóstico: no es viable aclarar el diagnóstico inicial
- Solicitud de la Tecnología en Salud No Pos: en ninguno de los campos relacionados con la solicitud de la tecnología no pos es posible realizar aclaraciones relacionadas con el servicio analizado en el comité inicial.
- Soporte de la evidencia y justificación del uso de la tecnología No Pos: no procede la aclaración cuando corresponde a un cambio de la justificación o del soporte de evidencia.
- Verificación de criterios de evaluación y autorización, de los criterios definidos por la Honorable Corte Constitucional cuando se trate del análisis de exclusiones: no pueden aclararse los criterios previamente evaluados por el Comité.
- Decisión del Comité: no es viable aclararla ni modificarla
- Responsables del Comité: las personas que conforman el Comité no son susceptibles de aclaración, así como sus firmas y datos personales.

Requisitos a verificar	Soportes	Glosas que deben imponer
UNIRS, la información del acta de junta de profesionales de la salud y concepto aprobado se encuentra registrado en MIPRES o fue aportada? ²⁰		
Para el caso de usuarios diagnosticados con una enfermedad huérfana ¿La entidad recobrante aportó los soportes en los que se evidencia que el paciente padecía o padece la enfermedad huérfana?	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas diagnósticas • Copia de la historia clínica • Concepto que contiene el criterio clínico 	La entidad recobrante no aportó los soportes en los que se evidencia que el paciente padecía o padece la enfermedad huérfana

²⁰ 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.

6.3.5.5 Componente Suministro

Objetivo: Verificar que el servicio o tecnología en salud prescrita por el profesional de la salud fue efectivamente suministrada al usuario.

Generalidades:

La firma auditora deberá validar que la información reportada en el **Formato 1** sea consistente en cuanto a: i) Usuario objeto del recobro, ii) servicio o tecnología en salud suministrada, iii) cantidad suministrada y iv) consistencia en las fechas. En caso de presentar alguna inconsistencia, la firma auditora impondrá la glosa pertinente.

Para verificar que el servicio o tecnología en salud se suministró al usuario, se observará lo siguiente:

1.1 Previo a la entrada en operación de MIPRES:

- **Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios sea de tipo ambulatorio:** firma y número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, que puede constar en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula u orden médica o en el formato diseñado para tal efecto por los proveedores, en donde consten que deberá 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.

- **Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios se haya proporcionado en atención de urgencias, internación u hospitalización:** Copia del informe de atención de urgencias, epicrisis o historia clínica.

En el evento que la entidad recobrante no haya aportado una evidencia de entrega con las características antes señaladas, o la misma no resulte clara o legible, este requisito se validará conforme a lo previsto en el artículo 7 de la Resolución 4244 de 2015 del Ministerio de salud y Protección social.

1.2 Posterior a la entrada de MIPRES: Se validará la existencia del suministro en MIPRES respecto de la prescripción origen del recobro.

En ningún caso, como soporte del suministro procederá la presentación de la autorización del servicio o tecnología.

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
¿Existe evidencia de entrega al usuario del servicio o la tecnología en salud objeto del recobro/cobro? ²¹	<ul style="list-style-type: none"> • Factura de venta o documento equivalente o, • Fórmula u orden médica, • Certificación del prestador o, • Formato diseñado por la entidad o, • Copia de Epicrisis o, • Copia del Resumen de atención o, Historia Clínica 	La entidad recobrante no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega del servicio o la tecnología en salud.
Si corresponde a una <u>atención ambulatoria</u> ¿Existe documento que acredite el suministro de la tecnología??	<ul style="list-style-type: none"> • Factura de venta o documento equivalente • Fórmula u orden médica • Certificación del proveedor • Formato diseñado por la entidad 	La entidad recobrante no aporta el documento en el que se acredite el suministro del servicio o tecnología en salud
Si corresponde a una <u>atención inicial de urgencias</u> ²² ¿Existe copia del informe de atención inicial de urgencias?	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de atención inicial de urgencias 	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> ²³ con <u>observación</u> ,	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de Epicrisis • Copia del Resumen de atención • Historia Clínica 	La entidad recobrante no aporta copia de la epicrisis, resumen de atención o historia clínica como evidencia de entrega de la tecnología recobrada.

²¹La 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. Cuando exista no se evidencia con claridad la firma y número de identificación por ser ilegible, poco claro o insuficiente en el contenido, se verificará bajo la regla establecida en el artículo 7 de la Resolución 4244 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

²²Ver glosario que define el término atención inicial de urgencias.

²³Ver glosario que define el término atención de urgencias.

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
<u>servicios de internación</u> ²⁴ , <u>cirugía hospitalaria o ambulatoria</u> . ²⁵ ¿Existe copia de la epicrisis, resumen de atención o historia clínica?		
¿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 	La evidencia de entrega no es legible
Si el usuario a quien se le prestó o suministró el servicio o la tecnología en salud, 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?	Sistema de información establecido por el decreto 1954 de 2012 o la norma que modifique, adicione o sustituya	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.
Si el usuario a quien se le prestó o suministró el servicio o la tecnología	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas diagnósticas 	La entidad recobrante no aportó pruebas diagnósticas, evidencia documental o el concepto que

²⁴ 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.

²⁵ Para 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.

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
<p>en salud, ha sido diagnosticado con <u>enfermedad huérfana</u>:</p> <p>¿La entidad recobrante aportó evidencia documental como por ejemplo pruebas diagnósticas, copia de la historia clínica o el concepto que contiene el criterio clínico, según aplique, con las cuales fue confirmada la enfermedad huérfana?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Concepto que contiene el criterio clínico de la enfermedad huérfana 	<p>contiene el criterio clínico, según aplique, con las cuales fue confirmada la enfermedad huérfana. que evidencie que el paciente padece una enfermedad huérfana.</p>

6.3.5.6 Componente Facturación

Objetivo: Verificar que la presentación de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, cumpla con lo previsto en el Estatuto Tributario.

Generalidades: Se verificará que la factura o documento equivalente contenga:

1. Número de factura o documento equivalente. Cuando exista factura electrónica se deberá indicar el Código Único de Factura Electrónica (CUFE).
2. El nombre y NIT del Proveedor/Prestador.
3. El nombre y NIT de la entidad recobrante.
4. Nombre, tipo y número de identificación del usuario al cual se le suministró la tecnología y servicio de salud.
5. Descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología y servicio de salud expresada en Unidades Mínimas de Concentración
6. Código y descripción de los servicios y tecnologías de acuerdo con las siguientes especificaciones:
 - Para los medicamentos con registro sanitario del INVIMA, se debe utilizar el Código Único de Medicamentos (CUM).
 - Para los medicamentos vitales no disponibles e importados, se debe utilizar el Identificador Único de Medicamentos (IUM) asignado por el INVIMA.
 - Para los procedimientos, se debe utilizar el Código Único de Procedimientos en Salud (CUPS).
 - Para los dispositivos médicos, productos nutricionales y servicios complementarios, se debe utilizar el código de MIPRES.

En caso de que la factura o documento equivalente aportado no contenga dichas especificaciones, en el proceso de auditoría se deberá verificar la correlación entre el servicio o tecnología en salud prescrita, facturada, suministrada y recobrada.

7. Documento del proveedor con detalle de cargos cuando en la factura no esté discriminada la atención. En caso de que la entidad recobrante no disponga de dicho detalle expedido por el proveedor, el representante legal de la entidad recobrante podrá certificar este detalle.
8. Cuando la factura que contiene los ítems presentados al saneamiento no cumpla con lo previsto en el numeral .5, la entidad recobrante deberá aportar el detalle de cargos de la factura y/o documento equivalente y cuando la factura corresponda a compras por mayor, deberá aportar el detalle de los pacientes beneficiarios.
9. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente, deberá anexarse certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología y servicio en salud, 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.
10. Certificación del representante legal de la entidad recobrante, en la que indique a qué factura imputa la tecnología y servicio en salud y el(los) paciente(s) a quien(es) le(s) fue suministrado, cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que recibió la tecnología y servicio en salud.

Para efectos del recobro por tecnologías en salud suministradas por las Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el nombre o razón social y tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación.

Cuando se trate de recobros por medicamentos importados por la entidad recobrante, 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 una certificación, el número de la declaración de importación respecto de la solicitud del recobro, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada. En todo caso, cuando la entidad recobre los costos asociados a los trámites de importación, estos deberán incluirse en la misma solicitud recobro.

Cuando se evidencien disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante, suministrados a otros usuarios, estos podrán recobrarse, previa verificación de la prescripción médica y de las causas que originaron tales disponibilidades; situación que será certificada bajo la gravedad de juramento del representante legal de la entidad recobrante, indicando el número de la declaración de importación, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
¿Existe factura o documento equivalente?	Factura de venta o documento equivalente Certificación del proveedor Certificación del representante legal de la EPS	La entidad recobrante no aporta factura o documento equivalente de la tecnología en salud recobrada
¿La factura o documento equivalente es legible?		La factura de venta o documento equivalente no es legible
¿La factura o documento equivalente permite identificar los requisitos 1 al 3 que se describen en la generalidad de este componente?		La factura o documento equivalente no permite identificar los siguientes requisitos: (i) número de factura o Código Único de Factura Electrónica (CUFE), cuando aplique; (ii) nombre y NIT del Proveedor/Prestador, y (iii) nombre y NIT de la entidad recobrante
¿La factura identifica el nombre, tipo y número de identificación del usuario al cual se le suministró la tecnología y servicio de salud o, tratándose de compras al por mayor, se aportó certificación con el detalle de beneficiarios en donde se identifique el usuario?.		En la factura no se identifica el nombre, tipo y número de identificación del usuario al cual se le suministró la tecnología y servicio de salud. Tratándose de compras al por mayor, no se aportó certificación con el detalle de beneficiarios en donde se identifique el usuario

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
¿La factura o documento equivalente contiene la descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología y servicio de salud expresada en Unidades Mínimas de Concentración?		La factura o documento equivalente no contiene la descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología y servicio de salud expresada en Unidades Mínimas de Concentración
¿La factura o documento equivalente describe de forma completa el servicio o tecnología en salud facturada?		La factura o documento equivalente no describe el servicio o tecnología en salud de acuerdo a las especificaciones o en su defecto no existe correlación entre la prescripción, suministro, facturación y recobro.
¿La factura incluye el detalle de cargos para los servicios y tecnologías en salud aporta la certificación del representante legal de la entidad?		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 una factura o documento equivalente que incluye el tratamiento de más de un usuario ¿Se anexa la certificación del proveedor?		La factura o documento equivalente incluye el tratamiento de más de un usuario y no se anexa certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado del servicio o tecnología en salud 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 qué factura le imputa el servicio o tecnología en salud?		La factura No. () incluye compras al por mayor en las que el proveedor no identifica al (los) usuario(s) que recibió(eron) el servicio o tecnología en y no se anexa certificación del representante legal en la que se indique a quién(es) fue suministrado el servicio o tecnología en salud y la factura a la cual se imputa el servicio o tecnología en salud

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
En caso de medicamentos importados directamente por la entidad recobrante ¿Existe copia de la declaración de importación?	Declaración de Importación	La entidad recobrante no anexa la copia de la declaración de importación
En caso de medicamentos importados ¿Existe copia de la factura del agente aduanero?	Factura del agente aduanero	La entidad recobrante no anexa la copia de la factura del agente aduanero
En caso de medicamentos importados directamente por la entidad recobrante ¿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?	Certificación del Representante Legal de la entidad recobrante	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.
¿El código del medicamento en CUM registrado en la factura de venta o documento equivalente no corresponde una muestra médica?	Factura de venta o documento equivalente	La factura de venta o documento equivalente contiene un CUM que corresponde a una muestra médica, de acuerdo con la actualización mensual del INVIMA

6.3.5.7 Componente Reliquidación

Objetivo: Verificar que los valores objeto de recobro se encuentre debidamente liquidados, soportados y conforme a la regulación.

Generalidades: Para efectuar la reliquidación de los valores que se van a reconocer y pagar, 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 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 servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC que esté limitada a una cantidad específica para la fecha de prestación del servicio, solo se reconocerán los excedentes.

ii) De los valores regulados, Valores Máximos de Recobro (VMR) 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 o tienen un VMR definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 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 descuentos generales Se aplica la siguiente deducción de manera transversal

- La entidad recobrante deberá deducir el valor de las cuotas moderadoras o copagos cobrados al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto. En caso contrario, quien efectúe la auditoría integral realizará la reliquidación a que haya lugar conforme al valor registrado en la factura.
- Cuando se trate de recobro/cobros de servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC ordenados mediante fallo de tutela, en los cuales el juez define el porcentaje a reconocer, éste será la base para aplicar los descuentos definidos.

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
¿La cantidad facturada y efectivamente suministrada no		Se reconocen () unidades correspondientes a la cantidad prescrita y suministrada al usuario

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
excede la cantidad prescrita por el profesional de la salud?		
¿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 	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 o dispositivo médico recobrado por la entidad recobrante, se encuentra regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o por un Valor Máximo de Recobro (VMR?)?	<ul style="list-style-type: none"> • Factura o documento equivalente • Valor recobrado registrado por la entidad recobrante en el archivo TXT – Formato 1 (campo denominado vr_ recobro/cobro). 	El valor del medicamento o dispositivo médico recobrado es superior al valor establecido en la Circular No. () o en las resolución () 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?		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 medicamentos sin comparador administrativo, ¿la operación matemática para establecer el valor del medicamento que reemplaza o sustituye, es correcta?		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.
Se verifica que el valor recobrado reportado por la entidad recobrante incluya los descuentos relacionados con copagos y cuotas moderadoras y posteriormente se debe resolver,		El valor recobrado es mayor al valor liquidado una vez descontados los copagos y cuotas moderadoras, por lo tanto, se re-liquida y se glosa la diferencia.

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
¿el valor recobrado supera al valor liquidado?		
Para los servicios y tecnologías en salud ordenados mediante fallo de tutela, en los cuales el juez define el porcentaje a reconocer, ¿el valor recobrado corresponde al porcentaje ordenado por el juez respecto al valor de la factura?		El valor recobrado supera el porcentaje establecido por el juez, por lo tanto, se re-liquida y se glosa la diferencia.

Etapa 5. Auditoría – Fase 2	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
Certificación de cierre de la auditoría integral	<p>En la continuación de la verificación del cumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, conforme a la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES.</p> <p>Una vez culmine la Fase 2 de auditoría se deberá generar la certificación del cierre de la auditoría integral de los servicios y tecnologías en salud que fueron presentados por las entidades recobrantes, junto con un medio magnético (Formato 4) en el cual se relaciona toda la información de estado de auditoría de las cuentas presentadas a la ADRES.</p> <p>Una vez culmine la Fase 2 de auditoría, los ítems radicados en el marco del proceso de saneamiento previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 podrán tener uno de los siguientes resultados definitivos:</p> <p>a) Con valor reconocido: cuando el servicio o tecnología en salud radicado cumpla con la totalidad de los requisitos y condiciones previstas para la procedencia de reconocimiento y giro.</p> <p>b) Sin valor reconocido: cuando el servicio o tecnología en salud radicado no cumpla con la totalidad de los requisitos y condiciones previstas para la procedencia de reconocimiento y giro.</p>	<p>Con la verificación de la suscripción del contrato de transacción previsto en la Etapa 4 del presente documento y termina con la generación de los resultados definitivos de la auditoría.</p> <p>Certificación del cierre del proceso de auditoría integral</p> <p>Medios magnéticos (Formato 4)</p>

6.3.6. Etapa 6. Proceso de Calidad

	¿En qué consiste?	Inicio y fin
<p>Etapa 6. Proceso de calidad</p>	<p>En asegurar la calidad, unicidad y coherencia en la aplicación de las validaciones de los requisitos para la procedencia del pago de servicios y tecnologías objeto del saneamiento definitivo y, las reglas de validación de la información presentada.</p>	<p>Con la definición de la muestra de cuentas que será objeto de revisión y termina con la certificación del proceso de calidad expedida por quien haya efectuado el mismo.</p>
<p>Objetivo</p>	<p>Este proceso tiene como propósito verificar y certificar, a través de la aplicación de una metodología muestral, que los resultados definitivos del proceso de auditoría integral (Fases 1 y 2) son consistentes y que se realizó la correcta aplicación de dichas reglas, protocolos, guías, procedimientos y demás instrumentos que sean definidos para el mencionado proceso.</p> <p>Con base en los resultados del proceso de calidad y una vez realizadas las verificaciones y ajustes pertinentes, quien haya ejecutado el proceso certificará los resultados definitivos del mismo para soportar la ordenación del gasto y autorización de giro que realice la ADRES.</p>	
<p>Generalidades</p>	<p>Revisión de calidad de los resultados de la auditoría integral con base en la metodología de muestreo que adopte la ADRES y ejecutada por quien corresponda. La metodología en mención deberá, a partir de técnicas estadísticas sólidas, definir una muestra de las cuentas auditadas para verificar la calidad, unicidad, coherencia y suficiencia de los resultados de la auditoría integral.</p> <p>En consideración de lo anterior, si de la revisión de la muestra, se concluye que estadísticamente los resultados de auditoría excedieron el margen de error permitido, quien haya efectuado la Fase 2 de auditoría deberá efectuar nuevamente su proceso y certificar los resultados correspondientes. Esta situación deberá repetirse tantas veces sea necesario, a fin de garantizar la calidad de los resultados de la auditoría integral, de forma tal que se obtenga la certificación y aval correspondiente por parte de quien efectúe el proceso de calidad.</p> <p>Una vez se obtenga la certificación del proceso de calidad, este documento junto con la certificación de resultados definitivos de la auditoría integral, harán parte de los soportes que le permitan a la ADRES adelantar el proceso de ordenación del gasto y autorización del giro de recursos.</p>	

6.3.6.1 Componente Selección muestra, validación de resultados de la auditoría integral y conciliación de los mismos

En líneas generales, la ejecución de este componente, implica la aplicación de la metodología muestral a los resultados de auditoría integral (Fases 1 y 2) y la comprobación de tales resultados mediante la aplicación de las validaciones y, cuando a ello haya lugar, la contrastación de la información contra los soportes de tales cuentas. De esta forma, se establecerá si se presentan o no diferencias estadísticamente significativas frente a los resultados del proceso de auditoría y, a partir del análisis y evaluación de los resultados de las pruebas realizadas a la información revisada, conciliar los resultados y emitir certificación que apruebe o no los resultados de la auditoría integral, como soporte para continuar o no con el proceso de saneamiento definitivo.

Sub-proceso	Actividades
Toma de información para auditoría (muestra)	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la metodología definida por la ADRES para el muestreo de las cuentas.
Verificaciones por realizar	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de validaciones para comprobar la correcta ejecución de las validaciones efectuadas en la Etapa 3 – Auditoría Fase 1. • Auditoría documental, cuando a ello haya lugar. • Aplicación de verificaciones complementarias que para tal efecto defina la ADRES <p>Lo anterior, desarrollando integralmente las Etapas 3-Auditoría Fase 1 y 5 - -Auditoría Fase 2, descritas en este capítulo de este documento.</p>
Resultados del análisis y evaluación de la información	Consolidación de resultados de las diferentes pruebas de auditoría.

6.3.6.2 Componente 2. Certificación de resultados

Una vez se surtan los subprocesos del componente 1 de la presente etapa, quien haya adelantado el proceso de calidad deberá certificar si los resultados cumplen con los criterios de calidad, unicidad y coherencia respecto de resultados de la auditoría integral, estableciendo la aprobación o rechazo de los mismos.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
-------------	-------------	-------------------------------------

<p>Certificación de resultados</p>	<p>Expedición de la certificación que dé cuenta de la calidad, unicidad y coherencia de los resultados de la auditoría integral, estableciendo la aprobación o rechazo de los mismos. Adicionalmente, deberá aportar a la ADRES un medio magnético en el cual se relaciona toda la información de las cuentas objeto del proceso de calidad.</p> <p>En caso de que al efectuarse el proceso de calidad se concluya que estadísticamente los resultados de auditoría excedieron el margen de error permitido, quien haya efectuado la Fase 2 de auditoría deberá realizar nuevamente su proceso y certificar los resultados correspondientes. Esta situación deberá repetirse tantas veces sea necesario, a fin de garantizar la calidad de los resultados de la auditoría integral, de forma tal que se obtenga la certificación y aval correspondiente por parte de quien efectúe el proceso de calidad.</p>	<p>Certificación de calidad sobre resultados de auditoría integral</p> <p>Medio magnético en el cual se relaciona toda la información de las cuentas objeto del proceso de calidad.</p> <p>Esta certificación deberá hacer parte de la documentación soporte del proceso de ordenación del gasto.</p>
------------------------------------	---	---

6.3.7. Etapa 7. Giro de recursos

	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Etapa 6. Pagos	En la liquidación, ordenación del gasto, cadena presupuestal, registro contable y giro de los recursos efectivos a favor de las Entidades Recobrantes como resultado de la auditoría integral y proceso de calidad realizados en el marco del saneamiento definitivo previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019	Inicia con la determinación de los valores aprobados y continua con la compensación o no de valores a favor del SGSSS. y termina con el giro efectivo de recursos a favor de las entidades recobrantes.
Objetivo	Girar a las entidades recobrantes los recursos que resulten a su favor previa aplicación de los descuentos y compensaciones que correspondan.	
Generalidades	<p>Una vez la ADRES cuente con la documentación completa que fundamente y evidencie los resultados definitivos de auditoría integral y de calidad, en la que conste la liquidación de los valores a reconocer a favor de las entidades recobrantes, iniciará las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expedición del acto administrativo de reconocimiento de la deuda a favor de las entidades recobrantes y su remisión al Ministerio de Hacienda y Crédito Público • Registro de la deuda en los Estados Financieros de la ADRES • Aplicación de los descuentos y compensaciones (a favor del SGSSS y costo de auditoría), a cargo de las entidades recobrantes • Realización de la cadena presupuestal para afectar el presupuesto de la entidad • Expedición del acto administrativo de reconocimiento de la deuda a favor de las entidades recobrantes y su remisión al Ministerio de Hacienda y Crédito Público • Registro de la deuda en los Estados Financieros de la ADRES • Verificación de la disposición de los recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público • Realización de la cadena presupuestal para afectar el presupuesto de la entidad • Aplicación de los descuentos y compensaciones (a favor del SGSSS y costo de auditoría), a cargo de las entidades recobrantes una vez reconocida la deuda • Presentación a la Superintendencia Nacional de Salud del resultado de la auditoría integral y proceso de calidad • Cargue del resultado de la auditoría integral y proceso de calidad en el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo dispuesto por la Resolución 3315 de 2019 • Giro de recursos a las entidades recobrantes. 	

6.3.7.1 Componente Aplicación de descuentos y compensaciones

Una vez culminado el proceso de auditoría integral y de calidad, del valor que resulte a favor de cada entidad recobrante la ADRES podrá descontar, si a ello hubiese lugar, aquellos valores que le adeudan las entidades recobrantes producto del proceso de reintegro de recursos siempre y cuando el acto administrativo que ordenó el reintegro se encuentre en firme. Así mismo, descontará el valor de la auditoría correspondiente a las cuentas de los servicios y tecnologías que fueron radicadas ante la ADRES.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
<p>Descuento de valores adeudados al SGSSS producto del proceso de reintegro de recursos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de valores a reintegrar fruto del proceso de compensación. • Verificación de valores a reintegrar fruto del proceso de Liquidación Mensual de Afiliados. • Verificación de valores a reintegrar por recobros/cobros de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC. • Verificación de valores a reintegrar derivado de los mecanismos de apalancamiento financiero del sector salud. • Verificación de los valores a reintegrar derivados de las operaciones de compra de cartera autorizadas a las entidades recobrantes por parte de la ADRES • Verificación de valores a reintegrar por otros conceptos. • Una vez verificados los valores antes señalados se debe constatar que el(los) acto(s) administrativo(s) que ordenó(aron) el reintegro se encuentre(n) en firme. <p>Verificada la existencia de valores a reintegrar por parte de las Entidades Recobrantes, la dependencia competente al interior de la ADRES deberá generar y suscribir el respectivo certificado de valores a descontar favor del SGSSS.</p> <p>Nota 1: La ADRES no aplicará la compensación a los valores resultantes del proceso de auditoría cuando se</p>	<p>Certificado de valores a descontar favor del SGSSS que deberá hacer parte de la documentación soporte del proceso de ordenación del gasto.</p>

	<p>trate de servicios y tecnologías que no han sido cancelados a los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC.</p> <p>Nota 2: Si la entidad recobrante es una entidad en liquidación, el liquidador de la entidad deberá aprobar la compensación correspondiente.</p>	
Descuento del valor de auditoría	<p>Considerando las obligaciones del contrato de transacción, frente al valor que resulte a favor de cada entidad recobrante producto de la auditoría integral y el proceso de calidad, la ADRES descontará el valor de la auditoría correspondiente a cada entidad recobrante.</p> <p>La dependencia competente al interior de la ADRES deberá generar y suscribir el respectivo certificado de valores a descontar por concepto del costo de la auditoría.</p>	<p>Certificado de valores a descontar por concepto del costo de auditoría que deberá hacer parte de la documentación soporte del proceso de ordenación del gasto.</p>
Criterios para el giro	<p>El valor reconocido será comunicado a la entidad recobrante, junto con el detalle de los descuentos</p> <p>En la misma comunicación la ADRES les solicitará a las entidades recobrantes que reporten, en la estructura de datos definida por la ADRES para el efecto (Formato 5), los montos desagregados por IPS y proveedor beneficiario de los pagos, para lo cual se tendrá en cuenta que el giro se realizará:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A la IPS o proveedor de servicios y tecnologías que prestó el servicio, si la entidad recobrante adeuda el ítem reconocido. 2. A las IPS o proveedores con los que tenga deudas por servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC, priorizando las de mayor antigüedad, si la entidad recobrante no adeuda el ítem reconocido a 	<p>Comunicación, remitida por parte de la ADRES a la Entidad Recobrante, del valor definitivo a girar</p> <p>Estructura para giro de recursos (Formato 5)</p>

	<p>la IPS o proveedor de servicios y tecnologías que lo prestó.</p> <p>3. A la entidad recobrante, si no tiene deudas con IPS o proveedores por servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados al Régimen Contributivo, para que disponga de ellos. La entidad recobrante podrá solicitar que los valores reconocidos sean girados directamente a los prestadores u otros acreedores con los que tengan cuentas pendientes derivadas de servicios de salud.</p>	
--	---	--

6.3.7.2 Componente Ordenación del gasto

La Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, con soporte en las certificaciones de los resultados del proceso de auditoría integral y de calidad, adelantará el trámite de ordenación del gasto, el cual consiste en amparar presupuestalmente los gastos en que se va a incurrir para reconocer a las Entidades Recobrantes los recursos a su favor.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
Ordenación del gasto	Solicitud CDP. La Dirección de Otras Prestaciones (DOP) solicitará a la Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud (DGRFS) certificar la disponibilidad de recursos en el presupuesto de Unidad de Recursos Administrados-URA, para garantizar el amparo presupuestal correspondiente.	Formato de solicitud de CDP debidamente suscrito
	Emisión CDP. En el evento de que se verifique la disponibilidad de recursos, la DGRFS expide el CDP correspondiente.	CDP expedido por la DGRFS
	Orden de gasto. La DOP realiza la ordenación del gasto de los recursos resultantes y comunica dicho resultado al Ministerio de Hacienda y Crédito Público para que este disponga los recursos a la ADRES.	Documento de ordenación del gasto

6.3.7.3 Componente Registro de la deuda en los Estados Financieros de la ADRES

La ADRES registrará en sus estados financieros el valor a favor de las entidades recobrantes producto del saneamiento definitivo.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
Registro Contable	Registro Contable. Como consecuencia del reconocimiento de los valores aprobados a favor de cada Entidad Recobrante en el marco del saneamiento definitivo, así como de la aplicación de descuentos y compensaciones, la ADRES procederá a realizar el registro contable que refleje la realidad económica de las operaciones de la Entidad. de dichas operaciones en los	Registro específico en los Estados Financieros de la ADRES. –URA y la UGG..

	Estados Financieros de la URA y la UGG, acorde con las normas establecidas por la Contaduría General de la Nación y las políticas contables de la entidad.	
--	--	--

6.3.7.4 Componente Disposición de recursos MHCP

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público dispondrá a la ADRES los recursos que financiarán el reconocimiento y pago de los valores aprobados en el proceso de auditoría de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC radicadas a la ADRES por las Entidades Recobrantes previos los respectivos descuentos.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
Disposición de recursos	Trámite de disposición de recursos. La Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público expedirá la resolución de reconocimiento de deuda correspondiente, dispondrá la apropiación del recurso y realizará el giro de los mismos a la ADRES, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al recibo de la certificación del monto a favor de las Entidades Recobrantes recibida de la ADRES.	Resolución MHCP de reconocimiento de la deuda. Giro de recursos MHCP a la ADRES.

6.3.7.5 Componente Cargue de información aplicativo MSPS

La ADRES, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 3315 de 2019, realizará el cargue de los giros en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el seguimiento al proceso de saneamiento.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
Cargue de información	Cargue de información sobre valores a girar por entidad recobrante. En cumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas por la Resolución MINSALUD 3315 de 2019, la ADRES realizará el cargue de la información de valores a girar a las Entidades Recobrantes, de acuerdo a la estructura de datos definida para el efecto.	Información cargada en el sistema de información del MSPS

6.3.7.6 Giro de recursos a Entidades Recobrantes

Aprobadas las modificaciones presupuestales, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo por parte de la ADRES de los recursos girados por el MHCP, la ADRES realizará el giro de los recursos que resulten a su favor a los beneficiarios que las entidades recobrantes hayan señalado en los términos establecidos por norma.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
Giro de recursos a las Entidades Recobrantes	Autorización de giro. Documento suscrito por el Director de Otras Prestaciones o quien haga sus veces en el que legaliza la solicitud de giro de recursos a las Entidades Recobrantes y/o a las IPS que estas reporten en aplicación de la medida de giro directo, a la(s) cuenta(s) bancaria(s) certificada(s) por esta(s).	Documento Autorización de Giro y cargue en el ERP del sistema de información de la ADRES.
	Afectación presupuestal	Registro presupuestal.
	Giro por transferencia electrónica de fondos.	Soportes del giro de recursos.
	Contabilización	Registro contable del giro en los Estados Financieros de la ADRES.

7. Proceso de verificación, control y pago para los servicios y tecnologías en salud prestados hasta la entrada en operación del mecanismo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 y que no hagan parte del mecanismo previsto en el artículo 237 de la citada Ley.

7.1 Cuentas susceptibles a ser presentadas

Bajo este mecanismo las entidades recobrantes podrán presentar al proceso de verificación, control y pago, los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que se hayan prestado por las entidades recobrantes, de los regímenes contributivo y subsidiado, cuando aplique²⁶, hasta la entrada en operación del mecanismo de techos o presupuestos máximos dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, reglamentado por la resoluciones 205 y 206 de 2020 y que no hayan sido reconocidos través del mecanismo de saneamiento definitivo previsto en el artículo 237 de la citada Ley.

²⁶ Para el régimen subsidiado corresponderá a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC prestadas entre el 01 de enero de 2020 y el 29 de febrero de 2020.

7.2 Diagrama del Modelo Operativo

7.3 Aspectos generales

7.3.1 Sobre la validación a la información

La ADRES validará la información de los servicios y tecnologías en salud reportados para el proceso de verificación, control y pago conforme a las reglas que para tal efecto sean definidas por la Entidad.

7.3.2 El Sistema de Auditoría por Alertas (SAA)

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

En desarrollo del SAA, la ADRES podrá:

1. Adelantar las verificaciones que considere pertinentes en cualquier etapa del proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC,
2. Requerir a las entidades recobrantes los soportes de la prestación que considere necesarios,
3. Seleccionar conjuntos de servicios y tecnologías que por sus características sean objeto de seguimiento y verificación,
4. Abstenerse de adelantar el reconocimiento y giro de los recursos recobrados respecto al servicio o tecnología objeto de verificación u observación,
5. Elaborar los análisis y reportes correspondientes,
6. Ajustar las validaciones y mecanismos de control,
7. Efectuar los reportes a que haya lugar a los organismos de inspección, vigilancia, control e investigación.

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

Los servicios o tecnologías que resulten seleccionados en desarrollo del SAA cambiarán al estado denominado radicado con alerta y surtirán el proceso correspondiente al segundo segmento.

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

En desarrollo del SAA, la ADRES podrá solicitar la factura, documento equivalente y los demás soportes que se requieran con el fin de contrastar la información reportada por la entidad recobrante. Para ello, la ADRES podrá aplicar una metodología de muestreo de los servicios y tecnologías presentados por la entidad recobrante a fin de determinar la procedencia de la aprobación de la totalidad de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC. En caso en el que se supere el margen de error establecido en la metodología de muestreo, la ADRES procederá a la devolución de la totalidad de los servicios y tecnologías presentados en el respectivo periodo.

7.4 Etapas del proceso de verificación, control y pago

7.4.1 Etapa 1. Habilitación

Etapa 1. Habilitación	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
Organización de la información por la ER	<p>Las entidades recobrantes organizarán la información y soportes, según corresponda, correspondientes a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC. Para tal efecto, en el medio magnético “TXT” (Formato 1) las entidades recobrantes deberán identificar el segmento al que corresponden los servicios y tecnologías así:</p> <p>Primer segmento: incluye los servicios o tecnologías prescritos o registrados en MIPRES en el ámbito ambulatorio y ambulatorio priorizado, los cuales no requirieron junta de profesionales de la salud, no corresponden a medicamentos incluidos en el listado oficial de medicamentos con usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS) y no tienen condicionamiento respecto a su cobertura en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).</p> <p>Segundo segmento: incluye los servicios o tecnologías que no hacen parte del primer segmento, los que se originen en fallos de tutela u órdenes judiciales.</p> <p>La conformación de los segmentos será progresiva de acuerdo con la implementación de validaciones adicionales, la cual se realizará gradualmente de acuerdo con las condiciones técnicas que adopte la ADRES, para se informará oportunamente a las entidades</p>	<p>La etapa inicia con la organización de la información de las cuentas que serán presentadas por las entidades recobrantes a la ADRES y termina con la habilitación por parte de la ADRES del sistema de información para que las entidades recobrantes presenten la información.</p> <p>Las entidades recobrantes deberán estructurar la información en un medio magnético “TXT” de acuerdo con la estructura definida por la ADRES (Formato 1).</p>

Etapa 1. Habilitación	¿En qué consiste?	Inicio y fin
	<p>En el alistamiento de la información por parte las entidades recobrantes y su posterior presentación a la ADRES conforme al cronograma que defina la Entidad.</p>	<p>La etapa inicia con la organización de la información de las cuentas que serán presentadas por las entidades recobrantes a la ADRES y termina con la habilitación por parte de la ADRES del sistema de información para que las entidades recobrantes presenten la información.</p>
Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>recobrantes las novedades respecto a la conformación de los segmentos.</p> <p>La información deberá organizarse por servicio o tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC.</p>	
<p>Elaboración de documentos administrativos por las entidades recobrantes y presentación ante la ADRES</p>	<p>En este paso del proceso las entidades recobrantes deberán alistar una certificación suscrita por el representante legal de la entidad recobrante en la que se acredite que la información suministrada tanto en la carta de intención como en la estructura definida por la ADRES para la presentación de las facturas o documentos equivalentes, es veraz, precisa y cumple las condiciones definidas para el proceso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Certificación suscrita por el representante legal
<p>Definición del cronograma de reporte por la ADRES</p>	<p>La ADRES determinará el cronograma en el cual las entidades recobrantes deberán presentar la información.</p>	<p>Publicación en la página Web de ADRES donde se informe el cronograma para la presentación de la información.</p>

7.4.2 Etapa 2. Presentación

	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Etapa 2. Presentación	La presentación por parte de la entidad recobrante de la información y los soportes descritos en la etapa anterior	La etapa inicia con la habilitación del sistema y finaliza con la comunicación de resultados a las entidades recobrantes.
Generalidades		
<p>Las entidades recobrantes transmitirán a través de los medios y mecanismos que disponga la ADRES, la información de los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC, de acuerdo con el Formato 1</p> <p>Las entidades recobrantes presentarán ante la ADRES, el Formato MYT-R suscrito por el representante legal y el revisor fiscal o el contador público de conformidad con sus funciones donde se señale lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La información reportada cumple con las especificaciones para la presentación de información a que hace alusión el Artículo 5 de la presente resolución. b) Garantizó la prestación de los servicios en salud a sus afiliados. c) La facturación se ajusta a las normas tributarias y los valores de los servicios y tecnologías suministradas fueron acordadas en condiciones de mercado con sus Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), operadores logísticos de tecnologías en salud, otros proveedores y gestores farmacéuticos. <p>Cuando la entidad recobrante actúe por intermedio de apoderado deberá presentar ante ADRES poder debidamente otorgado y la facultad de representar a la entidad recobrante frente a la ADRES. En caso de revocatoria, renuncia o sustitución, deberá allegar el nuevo poder.</p> <p>La verificación de la acreditación de Representación Legal de la entidad recobrante la realizará la ADRES a través de la consulta del certificado de existencia y representación legal de la sociedad en el Registro Único Empresarial (RUES). Cuando no sea posible obtener la información necesaria del RUES, la ADRES requerirá a la entidad recobrante para que allegue el respectivo documento.</p> <p>Las entidades recobrantes deberán realizar ante la ADRES la inscripción de la cuenta bancaria a la que se girarán los recursos que resulten aprobados por los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC, atendiendo el procedimiento definido por la ADRES.</p> <p>Segmentación</p> <p>De acuerdo con la información presentada por las entidades recobrantes, se segmentarán los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC de acuerdo con las siguientes características:</p>		

	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Etapa 2. Presentación	La presentación por parte de la entidad recobrante de la información y los soportes descritos en la etapa anterior	La etapa inicia con la habilitación del sistema y finaliza con la comunicación de resultados a las entidades recobrantes.
Generalidades		
<p>a) Primer segmento: incluye los servicios o tecnologías prescritos o registrados en MIPRES en el ámbito ambulatorio y ambulatorio priorizado, los cuales no requieren Junta de Profesionales de la Salud, no corresponden a medicamentos incluidos en el listado oficial de medicamentos con usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS) y no tienen condicionamiento respecto a su cobertura en el Plan de Beneficios en Salud.</p> <p>b) Segundo segmento: incluye los servicios o tecnologías que no hacen parte del primer segmento y en los fallos de tutela u órdenes judiciales.</p> <p>La conformación de los segmentos será progresiva de acuerdo con la implementación de validaciones adicionales, la cual se realizará gradualmente de acuerdo con las condiciones técnicas que adopte la ADRES, para lo cual se informará oportunamente a las entidades recobrantes las novedades respecto a la conformación de los segmentos.</p>		
Pasos	Descripción	Evidencia
Habilitación del Sistema por parte de la ADRES	La ADRES una vez definido el cronograma de presentación de la información habilitará el aplicativo que se disponga para que las entidades recobrantes realicen el cargue de información.	
Presentación por parte de la entidad recobrante de la información en el sistema habilitado por la ADRES	Una vez habilitado el aplicativo que se disponga, las entidades recobrantes presentarán la siguiente información: <ol style="list-style-type: none"> 1. Que la entidad recobrante efectúe el cargue en el aplicativo a la información del Formato 1 2. Que el representante legal que haya suscrito la certificación que trata mencionada en la etapa anterior respecto a la calidad de la información. 	<p style="text-align: center;">Formato 1</p> <p style="text-align: center;">Certificado suscrito por el representante legal</p>

7.4.3 Etapa 3. Auditoría Fase 1

Etapa 3. Auditoría Fase I	¿En qué consiste?	Inicio y fin
	En la verificación del cumplimiento de los requisitos previstos en el Artículo 2.6.4.3.5.1.3 del Decreto 780 de 2016, el presente documento y demás instrucciones impartidas por la ADRES.	La etapa inicia con la segmentación de la información presentada por la entidad recobrante en el Formato 1 y termina con la notificación a la entidad recobrante del resultado de la aplicación de validaciones correspondientes a la Fase 1 de Auditoría.
Generalidades		
<p>En el marco del Artículo 2.6.4.3.5.1.3 del Decreto 780 de 2016, los requisitos para la procedencia del pago de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC se validarán considerando las siguientes reglas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El usuario a quien se suministró existía y le asistía el derecho al momento de su prestación. Se validará que el servicio o la tecnología en salud no financiado con la UPC se haya suministrado de acuerdo con las siguientes reglas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ A un afiliado en estado activo o en periodo de protección laboral en la entidad recobrante para la fecha de prestación del servicio, ▪ Que el tipo y número del documento del afiliado no aparezca en la información reportada por la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC) como fallecido o en estado cancelado ▪ Que el tipo y número del documento del afiliado no presente afiliación simultánea de acuerdo con la información registrada en la BDUA y la Base de los Regímenes Exceptuados y Especiales (BDEX). 2. El servicio y tecnología no se encuentra cubierto en el plan de beneficios con cargo a la UPC para su fecha de prestación. Se validará que el servicio y tecnología en salud no financiado con la UPC se haya suministrado de acuerdo con las siguientes reglas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ No esté financiado con la UPC, ▪ Que el servicio y tecnología cumpla con el uso indicado para el diagnóstico correspondiente de acuerdo con la información de la entidad competente ▪ Que el servicio o la tecnología no esté explícitamente excluido por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, conforme lo establecido en el Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015. 3. El servicio o tecnología fue prescrito por un profesional de la salud u ordenado por autoridad judicial. Se validará que el servicio o la tecnología en salud no financiado con la UPC se haya suministrado de acuerdo con las siguientes reglas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que el número de la prescripción se encuentre activo para la fecha de suministro del servicio o tecnología 		

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

4. El servicio o tecnología fue efectivamente suministrado al usuario. Se validará que el servicio o la tecnología en salud no financiado con la UPC se haya suministrado de acuerdo con las siguientes reglas:

- Que el número de identificación del suministro exista, se encuentre activo y sea único en MIPRES,
- Que el suministro del servicio o la tecnología sea coherente con la prescripción efectuada por el profesional de la salud o con el contenido del fallo de tutela u orden judicial,
- Que el servicio o la tecnología suministrada sea coherente con las cantidades y valores facturados,
- Que las cantidades suministradas de los servicios o tecnologías no superen las cantidades prescritas y facturadas
- Que en la información del suministro el usuario coincida con la prescripción y la factura de venta o documento equivalente.

5. El reconocimiento y pago del servicio o tecnología corresponde a la ADRES y se presenta por una única vez. Se validará que el servicio o la tecnología en salud no financiado con la UPC se haya suministrado de acuerdo con las siguientes reglas:

- Que no se encuentre duplicado en la información presentada por la entidad recobrante,
- Que previamente la ADRES no haya reconocido y pagado el servicio o la tecnología suministrado
- Que en la fecha del suministro el afiliado se encuentre en estado activo o en periodo de protección laboral, si aplica, en la entidad recobrante.

6. La solicitud del reconocimiento y pago del servicio o tecnología se realiza en el término establecido. Se validará que el servicio o tecnología se presente por la entidad recobrante dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente, de conformidad con lo previsto en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, o la norma que la modifique o sustituya.

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

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

y sus módulos, el **Formato 1** y la información contenida en la factura o su documento equivalente en formato digital o electrónico, cuando así se disponga.

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

8. El valor recobrado se encuentra debidamente liquidado, soportado y conforme a la regulación vigente. Se validará que el servicio o la tecnología en salud no financiado con la UPC se liquide con base en las siguientes reglas:

- En el evento que el servicio o tecnología se encuentre sujeto al control de precios o tenga un VMR, se validará que el valor facturado sea menor o igual al valor establecido en la regulación o en el VMR. Cuando el valor facturado sea superior al establecido y la entidad recobrante no haya efectuado el respectivo ajuste, la ADRES procederá a su reliquidación
- En el evento en que el servicio o tecnología no se encuentre sujeto al control de precios o no tenga un VMR, se validará contra el valor facturado
- El valor a reconocer y pagar por cada servicio o tecnología será liquidado considerando la información de los valores de copagos, cuotas moderadoras y comparadores administrativos, homólogos o sustitutos.

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

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

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

Pasos	Descripción	Evidencia
Segmentación	<p>La ADRES conforme a la información presentada por las entidades recobrantes en los medios magnéticos (Formato 1), efectuará la segmentación de los universos de los recobros así:</p> <p>0: Primer segmento 1: Segundo segmento</p>	Medios magnéticos (Formato 1)
Ejecución de validaciones por parte de ADRES	<p>Con soporte en el Formato 1 que presenten las entidades recobrantes, la ADRES validará la información de los servicios y tecnologías en salud presentados para el proceso de verificación, control y pago.</p> <p>En general, todas las cuentas presentadas por las entidades recobrantes serán objeto de validación con las reglas definidas por la ADRES, de tal manera, que un subconjunto podrá superar esta etapa y otro no; en este último evento, las entidades recobrantes podrán volver a presentar las cuentas con la información ajustada.</p> <p>La ADRES efectuará las siguientes validaciones generales a cada uno de los ítems, es decir, cada uno de los servicios o tecnologías en salud presentadas por la entidad recobrante. No obstante, la ADRES definirá y aplicará las validaciones que considere pertinentes para la verificación de los requisitos que deben cumplir los servicios y tecnologías en salud.</p> <p>El ítem generará rechazo o alerta cuando para la fecha de suministro el tipo y número de documento del afiliado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se encuentre en estado activo o protección laboral. ▪ No se encuentre asociado a la entidad recobrante que presenta la información. ▪ El usuario se encontraba en estado fallecido o en estado cancelado de acuerdo a la consulta en la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC). ▪ Se encuentre en estado cancelado. 	Resultado de las validaciones.

Pasos	Descripción	Evidencia
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se encuentre en estado activo en la Base de los Regímenes Exceptuados y Especiales (BDEX). ▪ Haya sido marcado con enfermedad huérfana en la prescripción y no se encuentre reportado en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). <p>En general se efectuarán las siguientes validaciones:</p> <p><u>Sobre la prescripción:</u> el ítem se rechazará cuando la prescripción efectuada en MIPRES se encuentre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En estado anulado. ▪ En estado modificado. ▪ No exista. ▪ Requiera junta de profesionales, pero su estado es "pendiente" o "no aprobado": aplica para medicamentos incluidos en el listado UNIRS, productos nutricionales y servicios complementarios. ▪ Corresponde a MIPRES, pero es recobrada como tutela MIPRES. <p><u>Sobre el suministro:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a. El ítem se rechazará cuando la tecnología: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esté financiadas con la UPC para la fecha de prestación conforme a las tablas de referencia. ▪ Corresponda a una exclusión del SGSSS b. El ítem se rechazará cuando el ID entrega de MIPRES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tenga una fecha anterior al 24 de mayo de 2019 y posterior al 01 de marzo de 2020 ▪ No se identifique. ▪ Se encuentre en estado anulado ▪ No corresponda a la EPS que realiza el recobro para el tipo y número de documento del afiliado. 	

Pasos	Descripción	Evidencia
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No corresponda al régimen de la EPS que realiza el recobro. ▪ Tenga una causal de no entrega asociada. ▪ La fecha de suministro asociada es posterior a la fecha de la última entrega. ▪ Exista para un suministro activo y la prescripción no sea sucesiva. ▪ No especifique la cantidad total de la tecnología entregada. ▪ No especifique el valor de la tecnología suministrada. ▪ El valor suministrado > (Cantidad * Valor unitario) ▪ El valor recobrado > valor total reportado en el suministro. ▪ La factura cobrada se marque como "sin sello de cancelado" y el proveedor no se encuentre incluido en el listado definido por la ADRES para el giro directo. ▪ Se encuentre marcado como "prestación única" y exista más de un reporte en el suministro en estado activo para la tecnología. ▪ Supere el término de los tres años establecidos por la Ley 1753 de 2015 respecto a la fecha de la prestación del servicio. ▪ Haya sido aprobado con anterioridad. ▪ Se encuentre duplicado en la misma presentación y no existe una anulación previa de los mismos. <p>Suministro de medicamentos: para el primer segmento, se tendrá que:</p> <p>c) El ítem se rechazará cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El código CUM o IUM asociado al DCI prescrito no existe. ▪ El código CUM asociado al DCI prescrito: i) no cuenta con registro sanitario vigente; ii) se encuentra vencido; iii) en trámite de renovación. ▪ El código CUM suministrado corresponde a una muestra médica en el INVIMA. 	

Pasos	Descripción	Evidencia
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El campo código del medicamento no contiene información y la tecnología no corresponde a una preparación magistral. ▪ El medicamento se encuentra incluido en la compra centralizada para la Hepatitis C. ▪ El código IUM de un medicamento Vital No Disponible no existe <p>d) El ítem se marcará con alerta cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El CUM del medicamento es objeto de regulación y el valor recobrado es mayor al establecido en la normatividad para la fecha de prestación del servicio. <p><u>Suministro de procedimientos, dispositivos, productos nutricionales y servicios complementarios.</u> Para el primer segmento, el ítem se rechazará cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El código CUPS registrado en el suministro no existe. ▪ El código CUPS registrado en el suministro no coincide con el prescrito por el profesional de la salud. ▪ El código de MIPRES (producto nutricional, servicio complementario y dispositivos) registrado en el suministro no existe. ▪ El código de MIPRES (producto nutricional, servicio complementario y dispositivos) no coincide con el prescrito por el profesional de la salud. <p><u>Sistema de Auditoría por Alertas (SAA)</u></p> <p>Para el primer segmento, en desarrollo de lo previsto en el literal e del artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 y el artículo 15 del Decreto Ley 1281 de 2002, para los servicios o tecnologías en salud no financiadas con la UPC, la ADRES implementará un Sistema de Auditoría por Alertas (SAA), como mecanismo que permita identificar, analizar y verificar el comportamiento y los resultados de los procesos y agentes</p>	

Pasos	Descripción	Evidencia
	<p>intervenientes en la prescripción, direccionamiento, prestación, suministro, facturación y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con los recursos de la UPC.</p> <p>Las validaciones que ejecute la ADRES respecto a cada uno de los servicios y tecnologías en salud que las entidades recobrantes presenten podrán tener uno de los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Radicado: cuando la información del servicio o tecnología en salud reportada cumpla la totalidad de las reglas de las validaciones; evento en el cual el sistema de información que disponga la ADRES le asignará un número de radicado. b. Radicado con alerta: cuando la información del servicio o tecnología en salud reportada por la entidad recobrante cumpla con la totalidad de las reglas de las validaciones, pero su aplicación genere alertas. En este caso, el sistema de información que disponga la ADRES le asignará un número de radicado pero el servicio o tecnología deberá surtir el proceso de verificación, control y pago dispuesto para el segundo segmento. c. No radicado: cuando la información del servicio o tecnología en salud reportada por la entidad recobrante no cumpla las reglas de las validaciones. Para este caso, la ADRES informará a la respectiva EPS las causales del rechazo. <p>Los ítems que en esta etapa resulten con estado “Radicado con alerta”, así como aquellos que correspondan al segundo segmento y cuyos requisitos no puedan ser validados a través de esta epata, deberán surtir el proceso de verificación documental que se detalla en la Etapa 4 Fase 2 de auditoria.</p> <p>En todo caso, los ítems con resultado “radicado” y “radicado con alerta” deberán surtir el proceso de calidad descrito en la Etapa 5</p>	

Pasos	Descripción	Evidencia
Comunicación de resultados a entidades recobrantes	<p>La ADRES comunicará a las entidades recobrantes el resultado de la aplicación de las validaciones.</p> <p>Los servicios y tecnologías que resulten con el estado “No radicado” podrán ser objeto de análisis por parte de la entidad recobrante a fin de subsanar las causales del rechazo y determinar si procede una nueva presentación ante la ADRES.</p>	Notificación de resultado de las validaciones efectuadas por la ADRES.

7.4.4 Etapa 4. Auditoría – Fase 2

	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Etapa 4. Auditoría – Fase 2	En la continuación de la verificación del cumplimiento de los requisitos previstos Artículo 2.6.4.3.5.1.3 del Decreto 780 de 2016, el presente documento y demás instrucciones impartidas por la ADRES.	Con los resultados de la Etapa 4 – Auditoría Fase 1 termina con la generación de los resultados definitivos de la auditoría.
Pasos	Descripción	Evidencia
Auditoría Fase 2 para el segundo segmento	<p>Para los ítems que en el proceso de auditoría – Fase 1 hayan resultado con estado “Radicado con alerta” y aquellos que hagan parte del segundo segmento, esta fase de auditoría consiste en:</p> <p>II. Verificación de soportes: se verificará, con la información aportada por las entidades recobrantes, utilizando lo registrado en MIPRES y sus módulos (cuando aplique), el Formato 1 y los soportes.</p> <p>La verificación se desarrollará a través de los siguientes componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consistencia de la información 2. Cobertura 3. Exclusiones 4. Prescripción médica 	

Etapa 4. Auditoría – Fase 2	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
	En la continuación de la verificación del cumplimiento de los requisitos previstos Artículo 2.6.4.3.5.1.3 del Decreto 780 de 2016, el presente documento y demás instrucciones impartidas por la ADRES.	Con los resultados de la Etapa 4 – Auditoría Fase 1 termina con la generación de los resultados definitivos de la auditoría.
	5. Jurídico 5.1. Subcomponente fallos de tutela 6. Suministro 7. Facturación 8. Liquidación y consolidación	

7.4.4.1 Componente Consistencia de la Información

Con el propósito de verificar que los datos registrados en los soportes son consistentes y se desarrollan de manera coherente respecto al usuario, la tecnología y las fechas respecto a la información registrada en los medios magnéticos, es decir:

1. Al realizar la lectura transversal de la prescripción efectuada en MIPRES o fallo de tutela, según corresponda, 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 y el nombre, tipo y número de identificación del usuario es consistente.
2. Al realizar la lectura transversal de la prescripción efectuada en MIPRES o fallo de tutela, según corresponda, 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/suministro 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.

Requisitos a verificar	Soportes	Glosas que deben imponer
	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los soportes del recobro/cobro 	El servicio o tecnología en salud prescrita por el profesional de la salud, por la entidad recobrante, u ordenada por fallo de tutela no corresponde con la facturada.

Requisitos a verificar	Soportes	Glosas que deben imponer
¿La descripción de la tecnología en salud es consistente en los diferentes soportes del recobro/cobro? ²⁷	<ul style="list-style-type: none"> Orden médica, MIPRES o fallo de tutela, según corresponda Formato 1 	<p>El servicio o tecnología en salud prescrita por el profesional de la salud, por la entidad recobrante u ordenada por fallo de tutela, no corresponde con la suministrada.</p> <p>El servicio o tecnología en salud registrada en el Formato 1 no corresponde con los soportes allegados por la entidad recobrante</p>
¿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. Formatos establecidos para la radicación del recobro/cobro. 	<p>El usuario contenido en la prescripción, o fallo de tutela, no corresponde al contenido en la factura de venta o documento equivalente.</p> <p>El usuario contenido en la prescripción, o fallo de tutela, no corresponde al contenido en los soportes de evidencia de suministro.</p> <p>El usuario registrado en el Formato 1 no corresponde con los soportes allegados 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? ²⁸	<ul style="list-style-type: none"> Todos los soportes del recobro/cobro Formato 1 	<p>La fecha de prescripción y/o, suministro y/o facturación no son consistentes en los diferentes soportes del recobro/cobro.</p>

²⁷ 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.

²⁸ 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.

7.4.4.2 Componente Cobertura

Tiene como objetivo verificar que, para la fecha de prestación, el servicio o tecnología en salud no se encontraba financiada con la UPC del régimen contributivo.

Servicio o tecnología	Requisitos a verificar	Soportes	Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
Medicamentos	El medicamento objeto de recobro no es financiado con la UPC	<p>Tabla de referencia de MIPRES</p> <p>Ambulatorio: Fecha de prestación del servicio registrada en el soporte de evidencia de entrega que puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescripción de MIPRES • Evidencia de entrega (Formato de la entidad) • Factura de venta o documento equivalente <p>Hospitalario/Urgencias/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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se utiliza la tabla de referencia de MIPRES. 2. Que se haya prescrito y suministrado de acuerdo a las indicaciones del INVIMA. <p>Para la validación de la indicación o uso INVIMA las entidades recobrantes y la firma auditora debe tener en cuenta, lo siguiente:</p> <p>a. Primer paso: El auditor deberá verificar los diagnósticos registrados en la prescripción (Diagnóstico Principal y Diagnósticos Relacionados) los cuales podrá:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relacionarse de manera exacta con la indicación registrada ante el INVIMA 2. 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. 	<p>El medicamento objeto de recobro se encuentra financiado para la fecha de prestación del servicio con la UPC.</p> <p>El uso o la indicación del medicamento prescrito y autorizado no está registrado ante el INVIMA y si es un medicamento no se encuentra registrado en el listado UNIRS.</p>

Servicio o tecnología	Requisitos a verificar	Soportes	Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
			<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>En caso de que los soportes adicionales permitan establecer dicha conexidad el recobro continuará la</p>	

Servicio o tecnología	Requisitos a verificar	Soportes	Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
			<p>auditoría, en caso contrario deberá revisar de acuerdo con lo indicado en el cuarto paso.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Es importante señalar que esta validación solo se efectuará en los casos en que se agoten los pasos uno, dos y tres.</p> <p>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.</p>	

Servicio o tecnología	Requisitos a verificar	Soportes	Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
			<p>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.</p> <p>Ahora bien, es importante tener en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alimentos y soportes nutricionales. 	

Servicio o tecnología	Requisitos a verificar	Soportes	Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Productos de aseo e higiene personal. ✓ Medicamentos ordenados en un fallo de tutela taxativa. <p>Por lo anterior, no es pertinente la imposición de glosas de presentarse estos casos.</p> <p>3. La cobertura de los medicamentos se define con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El principio activo • La concentración • La forma farmacéutica • La aclaración del PBS-UPC <p>Con el objetivo de efectuar la validación de la cobertura de los medicamentos condicionados, se deberá tener en cuenta las siguientes situaciones:</p> <p>a. 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-UPC se procederá a imponer la glosa pertinente.</p> <p>b. Segunda situación: Si al verificar el diagnóstico (Principal y relacionados) éste corresponde al condicionamiento del PBS-UPC, sin embargo, al efectuar</p>	

Servicio o tecnología	Requisitos a verificar	Soportes	Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
			<p>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.</p> <p>C. 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.</p>	
Procedimientos	El procedimiento objeto de recobro no es financiado con la UPC	<p>Tabla de referencia de MIPRES</p> <p>Ambulatorio: Fecha de prestación del servicio registrada en el soporte de evidencia de entrega que puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prescripción de MIPRES 	<ol style="list-style-type: none"> Se utiliza la Tabla de referencia de MIPRES Observar el principio de integralidad. Debe estar prescrito en CUPS para definir la cobertura en el Plan de 	El procedimiento objeto de recobro se encuentra financiado con cargo a la UPC para la fecha de prestación del servicio

Servicio o tecnología	Requisitos a verificar	Soportes	Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
		<ul style="list-style-type: none"> Evidencia de entrega (Formato de la entidad) Factura de venta o documento equivalente <p>Hospitalario/Urgencias/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</p>	beneficios en Salud con cargo a los recursos de la UPC.	
Dispositivos Médicos	El dispositivo médico objeto de recobro no es financiado con la UPC	Tabla de referencia de MIPRES	<ol style="list-style-type: none"> Se utiliza la Tabla de referencia de MIPRES Principio de integralidad Topes de cobertura definidos en el plan de beneficios vigente para la fecha de prestación del servicio. 	El dispositivo médico/insumo objeto de recobro se encuentra financiado con la UPC para la fecha de prestación del servicio
Productos Nutricionales	El producto nutricional objeto de recobro no es financiado con la UPC	Tabla de referencia de MIPRES	Corresponde a un servicio definido en la Tabla de referencia de MIPRES	El producto nutricional objeto de recobro se encuentra financiado con la UPC para la fecha de prestación del servicio

7.4.4.2.1 Subcomponente Exclusiones

Tiene como objetivo verificar que, para la fecha de prestación, el servicio o tecnología suministrado no corresponda a uno de los criterios definidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, las Resoluciones 5267 y 330 de 2017, 687 de 2018 y 244 de 2019.

Requisitos a verificar	Soportes	Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
<p>Que el servicio o la tecnología objeto de recobro no tengan como finalidad propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas.</p> <p>Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica</p> <p>Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica</p> <p>Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente</p> <p>Que se encuentren en fase de experimentación</p> <p>Que tengan que ser prestados en el exterior.</p> <p>Que el servicio o la tecnología objeto de recobro no se encuentre incluida dentro de las Resoluciones 5267 de 2017 y 244 de 2019.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orden o fórmula médica • Evidencia de entrega • Factura de venta o documento equivalente • Fallo de tutela • Tabla de referencia de MIPRES 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar que el servicio o tecnología objeto de recobro no se encuentre en el listado de los servicios y tecnologías en salud excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud. 2. En caso de que el servicio o tecnología objeto de recobro se encuentre dentro del listado de los servicios y tecnologías en salud excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, se debe verificar que exista un fallo de tutela que de manera explícita ordene la prestación del servicio objeto de recobro 	<p>El servicio o tecnología objeto de recobro es una exclusión del SGSSS</p>

7.4.4.3 Componente Prescripción médica

El objetivo de este componente es verificar que el servicio o tecnología en salud no financiada con la UPC haya sido prescrito por un profesional de la salud.

Generalidades: El cumplimiento de este requisito se evalúa con los soportes del recobro que debe allegar la entidad recobrante así:

La prescripción debe estar registrada en MIPRES, y por tanto al consultar el número aportado por la entidad recobrante, se identifican el usuario al cual se le prescribió, la tecnología prescrita, cantidad, dosis, justificación, profesional prescriptor, y demás variables que deben ser diligenciada en la aplicación.

Ahora bien, sobre la prescripción se debe evaluar:

1. 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 entidad recobrante 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.
2. 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 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 todo caso, se validará la existencia del acta de Junta de Profesionales de la Salud registrada MIPRES.

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	Registro en MIPRES del concepto de la junta de profesionales de la salud	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	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	Aprobar, previo cumplimiento de los demás requisitos esenciales.
				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	Aprobar, previo cumplimiento de los demás requisitos esenciales.
UNIRS	El profesional indico que SI requiere JPS	Firma Auditora confirma que es medicamento del listado UNIRS	No requiere concepto	Glosa pertinente
UNIRS	El profesional indicó que SI requiere JPS	Firma Auditora confirma que es medicamento del listado UNIRS	No aprobado por la JPS	Glosa pertinente
UNIRS	El profesional indicó que SI requiere JPS	Firma Auditora confirma que es medicamento del listado UNIRS	Aprobado por la JPS	Aprobar, previo cumplimiento de los demás requisitos esenciales.

Requisitos a verificar	Soportes	Glosas que deben imponer
¿La prescripción evidencia el servicio o tecnología en salud recobrada?	Prescripción, resumen de atención, epicrisis o historia clínica en donde se puedan establecer los requisitos definidos	La prescripción en MIPRES, resumen de atención, epicrisis o historia clínica no describe la tecnología en salud recobrada
¿La fecha de la prescripción es anterior a la fecha de suministro del servicio o tecnología en salud?, salvo que corresponda a un servicio de urgencia u		La fecha de la orden o formula médica es posterior a la fecha de suministro del servicio o tecnología en salud

Requisitos a verificar	Soportes	Glosas que deben imponer
hospitalización, caso en el cual deberá ser anterior a la fecha de egreso del paciente.		
¿Si la tecnología en salud o servicio complementario recobrado corresponde a un medicamento del listado temporal UNIRS, la información del acta de junta de profesionales de la salud y concepto aprobado se encuentran registrados en MIPRES? ²⁹	<ul style="list-style-type: none"> • MIPRES 	La información del acta de junta de profesionales de la salud y/o concepto aprobado no se encuentran registrados en MIPRES
Para el caso de usuarios diagnosticados con una enfermedad huérfana ¿La entidad recobrante aportó los soportes en los que se evidencia que el paciente padecía o padece la enfermedad huérfana?	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas diagnósticas • Copia de la historia clínica • Concepto que contiene el criterio clínico 	La entidad recobrante no aportó los soportes en los que se evidencia que el paciente padecía o padece la enfermedad huérfana

²⁹ 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.

7.4.4.4 Componente Jurídico

En este componente se determina que el servicio o tecnología en salud haya sido ordenado mediante un fallo de tutela.

7.4.4.4.1 Subcomponente Fallos de Tutela

Objetivo	Este subcomponente tiene como propósito verificar que el fallo de tutela ordena el suministro de un servicio o tecnología no financiada con recursos de la UPC.
Generalidades	<p>En el subcomponente de fallos de tutela se debe considerar la fecha en la cual fue ordenado el servicio o tecnología no financiada en salud con el propósito de determinar el soporte que debe aportar la entidad recobrante adicional al fallo de tutela o las providencias judiciales, así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Número de MIPRES que dé cuenta de la existencia de la transcripción del profesional de la salud en la herramienta de prescripción dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social en donde se prescribe el fallo de tutela y ordena los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC que considere pertinentes. 2. Existencia del formato de integralidad en la herramienta de prescripción, para aquellos fallos de tutela que ordenen tratamiento integral, cuando aplique, de manera adicional al definido en el numeral anterior. <p>Para la efectuar la auditoría integral de los recobros derivados de <u>fallo de tutela que ordenan el servicio de cuidador</u>, se precisa lo siguiente:</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 <p>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:</p>

- 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 abril de 2017.
 - ✓ 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.
- 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.

En todo caso, 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 salud³⁰, estos serán objeto de reconocimiento y pago siempre y cuando sean ordenados por un fallo de tutela de manera explícita.

Criterio de auditoría	Soporte	Glosa que deben imponer
¿La tecnología en salud fue ordenada mediante fallo de tutela y este existe?	<ul style="list-style-type: none"> • Fallo de tutela • Otras providencias judiciales, notificaciones o requerimientos suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial • Certificación del representante legal 	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)? ³¹		El fallo de tutela aportado está incompleto
¿El fallo de tutela aportado es legible?		El fallo aportado no es legible en el folio No. () o en su totalidad
¿El fallo de tutela identifica la entidad recobrante?		El fallo de tutela no identifica la entidad recobrante

³⁰ 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"

³¹ 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 auditoría	Soporte	Glosa que deben imponer
¿El fallo de tutela registra el nombre o identificación del usuario?		El fallo de tutela no registra el nombre o identificación del usuario
¿La tecnología en salud recobrada se encuentra ordenada en el fallo de tutela?		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.
¿Existe el número de prescripción de la tecnología en salud recobrada en el reporte del consolidado de prescripciones dispuesto por la ADRES y se encuentra en estado activo?		El número de prescripción la tecnología recobrada no existe en el reporte del consolidado de prescripciones.
¿La Información de la tutela se encuentra diligenciada en el aplicativo MIPRES?		No se encuentra diligenciada la información del fallo de tutela en el módulo de tutelas del aplicativo
¿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?		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 <u>servicio de cuidador</u> , verificar lo siguiente: ¿El usuario objeto de recobro fue reportado por la entidad recobrante a la ADRES? ³²	<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 	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		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

³² *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"*

Criterio de auditoría	Soporte	Glosa que deben imponer
de la EPS o EOC incluidas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC?		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?		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.

7.4.4.5 Componente Suministro

Objetivo: Verificar que el servicio o tecnología en salud prescrita por el profesional de la salud fue efectivamente suministrada al usuario.

Generalidades:

La firma auditora deberá validar que la información reportada en el **Formato 1** sea consistente en cuanto a: i) Usuario objeto del recobro, ii) servicio o tecnología en salud suministrada, iii) cantidad suministrada y iv) consistencia en las fechas. En caso de presentar alguna inconsistencia, la firma auditora impondrá la glosa pertinente.

Para verificar que el servicio o tecnología en salud se suministró al usuario, se observará el suministro en MIPRES respecto de la prescripción origen del recobro.

En ningún caso, como soporte del suministro procederá la presentación de la autorización del servicio o tecnología.

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
¿Existe evidencia de entrega al usuario del servicio o la tecnología en salud objeto del recobro/cobro? ³³	<ul style="list-style-type: none"> • Factura de venta o documento equivalente o, • Fórmula u orden médica, • Certificación del prestador o, • Formato diseñado por la entidad o, • Copia de Epicrisis o, • Copia del Resumen de atención o, Historia Clínica 	La entidad recobrante no aporta el documento establecido en la norma como evidencia de la entrega del servicio o la tecnología en salud.

³³La 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.

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
Si corresponde a una <u>atención ambulatoria</u> ¿Existe uno de los documentos como constancia de recibido de la lista ³⁴ 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 • Certificación del proveedor • Formato diseñado por la entidad 	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> ³⁵ ¿Existe copia del informe de atención inicial de urgencias?	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de atención inicial de urgencias 	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> ³⁶ con <u>observación, servicios de internación</u> ³⁷ , <u>cirugía hospitalaria o ambulatoria</u> . ³⁸ ¿Existe copia de la epicrisis, resumen de atención o historia clínica?	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de Epicrisis • Copia del Resumen de atención • Historia Clínica 	La entidad recobrante no aporta copia de la epicrisis, resumen de atención o historia 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, 	La evidencia de entrega no es legible

³⁴ 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.

³⁵ Ver glosario que define el término atención inicial de urgencias.

³⁶ Ver glosario que define el término atención de urgencias.

³⁷ 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, 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.

³⁸ Para 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.

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	
<p>Si el usuario a quien se le prestó o suministró el servicio o la tecnología en salud, ha sido diagnosticado con <u>enfermedad huérfana</u>:</p> <p>¿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?</p>	<p>Sistema de información establecido por el decreto 1954 de 2012 o la norma que modifique, adicione o sustituya</p>	<p>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.</p>
<p>Si el usuario a quien se le prestó o suministró el servicio o la tecnología en salud, ha sido diagnosticado con <u>enfermedad huérfana</u>:</p> <p>¿La entidad recobrante aportó pruebas diagnósticas o el concepto que contiene el criterio clínico, según aplique, con las cuales fue confirmada la enfermedad huérfana?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas diagnósticas • Concepto que contiene el criterio clínico de la enfermedad huérfana 	<p>La entidad recobrante no aportó pruebas diagnósticas o el concepto que contiene el criterio clínico, según aplique, con las cuales fue confirmada la enfermedad huérfana.</p>

7.4.4.6 Componente Facturación

Objetivo: Verificar que la presentación de la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor, cumpla con lo previsto en el Estatuto Tributario.

Generalidades: Se verificará que la factura o documento equivalente contenga:

1. Número de factura o documento equivalente. Cuando exista factura electrónica se deberá indicar el Código Único de Factura Electrónica (CUFE).
2. El nombre y NIT del Proveedor/Prestador.
3. El nombre y NIT de la entidad recobrante.
4. Nombre, tipo y número de identificación del usuario al cual se le suministró la tecnología y servicio de salud.
5. Descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología y servicio de salud expresada en Unidades Mínimas de Concentración
6. Código y descripción de los servicios y tecnologías de acuerdo con las siguientes especificaciones:
 - Para los medicamentos con registro sanitario del INVIMA, se debe utilizar el Código Único de Medicamentos (CUM).
 - Para los medicamentos vitales no disponibles e importados, se debe utilizar el Identificador Único de Medicamentos (IUM) asignado por el INVIMA.
 - Para los procedimientos, se debe utilizar el Código Único de Procedimientos en Salud (CUPS).
 - Para los dispositivos médicos, productos nutricionales y servicios complementarios, se debe utilizar el código de MIPRES.

En caso de que la factura o documento equivalente aportado no contenga dichas especificaciones, en el proceso de auditoría se deberá verificar la correlación entre el servicio o tecnología en salud prescrita, facturada, suministrada y recobrada.

7. Documento del proveedor con detalle de cargos cuando en la factura no esté discriminada la atención. En caso de que la entidad recobrante no disponga de dicho detalle expedido por el proveedor, el representante legal de la entidad recobrante podrá certificar este detalle.
8. Cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente, deberá anexarse certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología y servicio en salud, 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.
9. Certificación del representante legal de la entidad recobrante, en la que indique a qué factura imputa la tecnología y servicio en salud y el(los) paciente(s) a quien(es) le(s) fue suministrado, cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que recibió la tecnología y servicio en salud.

Para efectos del recobro por tecnologías en salud suministradas por las Cajas de Compensación Familiar a sus programas de EPS, la factura deberá contener el nombre o razón social y tipo de identificación de la respectiva Caja de Compensación.

Cuando se trate de recobros por medicamentos importados por la entidad recobrante, 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 una certificación, el número de la declaración de importación respecto de la solicitud del recobro, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada. En todo caso, cuando la entidad recobre los costos asociados a los trámites de importación, estos deberán incluirse en la misma solicitud recobro.

Cuando se evidencien disponibilidades de medicamentos importados por la entidad recobrante, suministrados a otros usuarios, estos podrán recobrase, previa verificación de la prescripción médica y de las causas que originaron tales disponibilidades; situación que será certificada bajo la gravedad de juramento del representante legal de la entidad recobrante, indicando el número de la declaración de importación, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada.

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
¿Existe factura o documento equivalente?	Factura de venta o documento equivalente Certificación del proveedor Certificación del representante legal de la EPS	La entidad recobrante no aporta factura o documento equivalente de la tecnología en salud recobrada
¿La factura o documento equivalente es legible?		La factura de venta o documento equivalente no es legible
¿La factura o documento equivalente permite identificar los requisitos 1 al 4 que se describen en la generalidad de este componente?		La factura o documento equivalente no permite identificar los requisitos 1 al 4
¿La factura o documento equivalente contiene la descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología y servicio de salud expresada en Unidades Mínimas de Concentración?		La factura o documento equivalente no contiene la descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología y servicio de salud expresada en Unidades Mínimas de Concentración
¿La factura o documento equivalente describe de forma completa el servicio o tecnología en salud facturada?		La factura o documento equivalente no describe el servicio o tecnología en salud de acuerdo a las especificaciones o en su defecto no existe correlación entre la prescripción, suministro, facturación y recobro.

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
¿La factura incluye el detalle de cargos para los servicios y tecnologías en salud aporta la certificación del representante legal de la entidad?		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 una factura o documento equivalente que incluye el tratamiento de más de un usuario ¿Se anexa la certificación del proveedor?		La factura o documento equivalente incluye el tratamiento de más de un usuario y no se anexa certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado del servicio o tecnología en salud 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 qué factura le imputa el servicio o tecnología en salud?		La factura No. () incluye compras al por mayor en las que el proveedor no identifica al (los) usuario(s) que recibió(eron) el servicio o tecnología en y no se anexa certificación del representante legal en la que se indique a quién(es) fue suministrado el servicio o tecnología en salud y la factura a la cual se imputa el servicio o tecnología en salud
En caso de medicamentos importados ¿Existe copia de la declaración de importación?	Declaración de Importación	La entidad recobrante no anexa la copia de la declaración de importación
En caso de medicamentos importados ¿Existe copia de la factura del agente aduanero?	Factura del agente aduanero	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	Certificación del Representante Legal de la entidad recobrante	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

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
respecto de la solicitud de recobro/cobro, el afiliado y la cantidad recobrada?		usuarios verificando prescripción médica y las causas que originaron las disponibilidades.
¿El código del medicamento en CUM registrado en la factura de venta o documento equivalente no corresponde una muestra médica?	Factura de venta o documento equivalente	La factura de venta o documento equivalente contiene un CUM que corresponde de acuerdo con la actualización mensual del INVIMA a una muestra médica

7.4.4.7 Componente Reliquidación

Objetivo: Verificar que los valores objeto de recobro se encuentre debidamente liquidados, soportados y conforme a la regulación.

Generalidades: Para efectuar la reliquidación de los valores que se van a reconocer y pagar, es necesario tener en cuenta las siguientes variables:

iv) 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 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 servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC que esté limitada a una cantidad específica para la fecha de prestación del servicio, solo se reconocerán los excedentes.

v) De los valores regulados, Valores Máximos de Recobro (VMR) 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 o tienen un VMR definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 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.

vi) De los descuentos generales Se aplica la siguiente deducción de manera transversal

- La entidad recobrante deberá deducir el valor de las cuotas moderadoras o copagos cobrados al afiliado de acuerdo con su Plan General de Cuotas Moderadoras y Copagos conforme lo determine el reglamento que se expida para el efecto. En caso contrario, quien efectúe la auditoría integral realizará la reliquidación a que haya lugar conforme al valor registrado en la factura.
- Cuando se trate de recobro/cobros de servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC ordenados mediante fallo de tutela, en los cuales el juez define el porcentaje a reconocer, éste será la base para aplicar los descuentos definidos.

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
¿La cantidad facturada y efectivamente suministrada no	• Factura de venta o documento equivalente	Se reconocen () unidades correspondientes a la cantidad prescrita y suministrada al usuario

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
excede la cantidad prescrita por el profesional de la salud?		
¿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 	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 o dispositivo médico recobrado por la entidad recobrante, se encuentra regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o por un VMR?	<ul style="list-style-type: none"> • Factura o documento equivalente • Valor recobrado registrado por la entidad recobrante en el archivo TXT – Formato 1 (campo denominado vr_ recobro/cobro). 	El valor del medicamento o dispositivo médico recobrado es superior al valor establecido en la Circular No. () o por el VMR, 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?		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 medicamentos sin comparador administrativo, ¿la operación matemática para establecer el valor del medicamento que reemplaza o sustituye, es correcta?		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.
Se verifica que el valor recobrado reportado por la entidad recobrante incluya los descuentos relacionados con copagos y cuotas moderadoras y posteriormente se debe resolver, ¿el valor recobrado supera al valor liquidado?		El valor recobrado es mayor al valor liquidado una vez descontados los copagos y cuotas moderadoras, por lo tanto, se re-liquida y se glosa la diferencia.

Requisitos a verificar	Soportes Reglas que deben observar	Glosas que deben imponer
Para los servicios y tecnologías en salud ordenados mediante fallo de tutela, en los cuales el juez define el porcentaje a reconocer, ¿el valor recobrado corresponde al porcentaje ordenado por el juez respecto al valor de la factura?		El valor recobrado supera el porcentaje establecido por el juez, por lo tanto, se re-liquida y se glosa la diferencia.

Etapa 5. Auditoría – Fase 2	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Pasos	Descripción	Evidencia
Certificación de cierre de la auditoría integral	<p>En la continuación de la verificación del cumplimiento de los requisitos previstos Artículo 2.6.4.3.5.1.3 del Decreto 780 de 2016, el presente documento y demás instrucciones impartidas por la ADRES.</p> <p>Una vez culmine la Fase 2 de auditoría se deberá generar la certificación del cierre de la auditoría integral de los servicios y tecnologías en salud que fueron presentados por las entidades recobrantes, junto con un medio magnético en el cual se relaciona toda la información de estado de auditoría de las cuentas presentadas a la ADRES.</p> <p>Una vez culmine la Fase 2 de auditoría, los ítems radicados en el marco podrán tener uno de los siguientes resultados definitivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aprobado: El resultado de auditoría aprobado tendrá las siguientes variables: <ol style="list-style-type: none"> a) Aprobado total: Cuando todos los servicios o tecnologías no financiadas con la UPC cumplan con los requisitos aquí señalados b) Aprobado con reliquidación: Cuando habiendo aprobado todos los servicios o tecnologías no financiadas con la UPC, el valor a reconocer y pagar es menor al valor presentado por la entidad recobrante. 2. No aprobado: Cuando la totalidad de los servicios o tecnologías no financiadas con la UPC presentados por la entidad recobrante no cumplen con los requisitos aquí señalados 	<p>Con los resultados de la Etapa 4 – Auditoría Fase 1 termina con la generación de los resultados definitivos de la auditoría.</p> <p>Certificación del cierre del proceso de auditoría integral</p> <p>Medios magnéticos (Formato 4)</p>

7.4.5 Etapa 6. Proceso de Calidad

	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Etapa 6. Proceso de calidad	En asegurar la calidad, unicidad y coherencia en la aplicación de las validaciones de los requisitos para la procedencia del pago de servicios y tecnologías objeto del saneamiento definitivo y, las reglas de validación de la información presentada.	Con la definición de la muestra de cuentas que será objeto de revisión y termina con la certificación del proceso de calidad expedida por quien haya efectuado el mismo.
Objetivo	<p>Este proceso tiene como propósito verificar y certificar, a través de la aplicación de una metodología muestral, que los resultados definitivos del proceso de auditoría integral (Fases 1 y 2) son consistentes y que se realizó la correcta aplicación de dichas reglas, protocolos, guías, procedimientos y demás instrumentos que sean definidos para el mencionado proceso.</p> <p>Con base en los resultados del proceso de calidad y una vez realizadas las verificaciones y ajustes pertinentes, quien haya ejecutado el proceso certificará los resultados definitivos del mismo para soportar la ordenación del gasto y autorización de giro que realice la ADRES.</p>	
Generalidades	<p>Revisión de calidad de los resultados de la auditoría integral con base en la metodología de muestreo que adopte la ADRES y ejecutada por quien corresponda. La metodología en mención deberá, a partir de técnicas estadísticas sólidas, definir una muestra de las cuentas auditadas para verificar la calidad, unicidad, coherencia y suficiencia de los resultados de la auditoría integral.</p> <p>En consideración de lo anterior, si de la revisión de la muestra, se concluye que estadísticamente los resultados de auditoría excedieron el margen de error permitido, quien haya efectuado la Fase 2 de auditoría deberá efectuar nuevamente su proceso y certificar los resultados correspondientes. Esta situación deberá repetirse tantas veces sea necesario, a fin de garantizar la calidad de los resultados de la auditoría integral, de forma tal que se obtenga la certificación y aval correspondiente por parte de quien efectúe el proceso de calidad.</p> <p>Una vez se obtenga la certificación del proceso de calidad, este documento junto con la certificación de resultados definitivos de la auditoría integral, harán parte de los soportes que le permitan a la ADRES adelantar el proceso de ordenación del gasto y autorización del giro de recursos.</p>	

7.4.4.1 Componente Selección muestra, validación de resultados de la auditoría integral y conciliación de los mismos

En líneas generales, la ejecución de este componente, implica la aplicación de la metodología muestral a los resultados de auditoría integral (Fases 1 y 2) y la comprobación de tales resultados mediante la aplicación de las validaciones y, cuando a ello haya lugar, la contrastación de la información contra los soportes de tales cuentas. De esta forma, se establecerá si se presentan o no diferencias frente a los resultados del proceso de auditoría y, a partir del análisis y evaluación de los resultados de las pruebas realizadas a la información revisada, conciliar los resultados y emitir certificación que apruebe o no los resultados de la auditoría integral, como soporte para continuar o no con el proceso de saneamiento definitivo.

Segmento al que le aplica	Sub-proceso	Actividades
Primer Segmento	Toma de información para auditoría (muestra)	Aplicación de la metodología definida por la ADRES para el muestreo de las cuentas que surtieron el proceso de Auditoría Fase 1 y que como resultado tuvieron el estado “Radicado”. Para este grupo de servicios y tecnologías, la ADRES podrá solicitar la factura, documento equivalente y los demás soportes que se requieran con el fin de contrastar la información reportada por la entidad recobrante. Para ello, la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES directamente o a través del tercero que contrate para tal efecto podrá aplicar una metodología de muestreo de los servicios y tecnologías presentados por la entidad recobrante a fin de determinar la procedencia de la aprobación de la totalidad de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC. En caso en el que se supere el margen de error establecido en la metodología de muestreo, la ADRES procederá a la devolución de la totalidad de los servicios y tecnologías presentados en el respectivo periodo.
Segundo segmento	Toma de información para auditoría (muestra)	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la metodología definida por la ADRES para el muestreo de las cuentas que surtieron el proceso de Auditoría Fase 2.
	Verificaciones por realizar	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de validaciones para comprobar la correcta ejecución de las validaciones efectuadas en la Etapa 3 – Auditoría Fase 1. • Auditoría documental, cuando a ello haya lugar. • Aplicación de verificaciones complementarias que para tal efecto defina la ADRES <p>Lo anterior, desarrollado integralmente mediante o acorde con las Etapas 3 - -Auditoría Fase 1 y 5 - - Auditoría Fase 2, descritas en este capítulo documento.</p>

Primer y segundo segmento	y	Resultados del análisis y evaluación de la información	Consolidación de resultados de las diferentes pruebas de auditoría.
---------------------------	---	--	---

8.4.4.1 7.4.4.2 Componente 2. Certificación de resultados

Una vez se surtan los subprocesos del componente 1 de la presente etapa, quien haya adelantado el proceso de calidad deberá certificar si los resultados cumplen con los criterios de calidad, unicidad y coherencia respecto de resultados de la auditoría integral, estableciendo la aprobación o rechazo de los mismos.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
Certificación de resultados	<p>Expedición de la certificación que dé cuenta de la calidad, unicidad y coherencia de los resultados de la auditoría integral, estableciendo la aprobación o rechazo de los mismos. Adicionalmente, deberá aportar a la ADRES un medio magnético en el cual se relaciona toda la información de las cuentas objeto del proceso de calidad.</p> <p>En caso de que al efectuarse el proceso de calidad se concluya que estadísticamente los resultados de auditoría excedieron el margen de error permitido, quien haya efectuado la Fase 2 de auditoría deberá realizar nuevamente su proceso y certificar los resultados correspondientes. Esta situación deberá repetirse tantas veces sea necesario, a fin de garantizar la calidad de los resultados de la auditoría integral, de forma tal que se obtenga la certificación y aval correspondiente por parte de quien efectúe el proceso de calidad.</p>	<p>Certificación de calidad sobre resultados de auditoría integral</p> <p>Medio magnético en el cual se relaciona toda la información de las cuentas objeto del proceso de calidad.</p> <p>Esta certificación deberá hacer parte de la documentación soporte del proceso de ordenación del gasto.</p>

7.4.6 Etapa 5. Giro de recursos

7.4.6.1 Giro de recursos por concepto de las cuentas por los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC prestados/suministrados del 25 de mayo al 31 de diciembre de 2019. Recursos que serán financiados con cargo a la deuda pública, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1333 de 2019, modificado por el Decreto 481 de 2020.

	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Etapa 6. Pagos	En la liquidación, ordenación del gasto, cadena presupuestal, registro contable y giro de los recursos efectivos a favor de las Entidades Recobrantes como resultado de la auditoría integral y proceso de calidad realizados para los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a los techos o presupuestos máximos y que no hacen parte del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019.	Inicia con la liquidación y termina con el giro efectivo de recursos a favor de las entidades recobrantes.
Objetivo	Girar a las entidades recobrantes los recursos que resulten a su favor previa suscripción de acuerdos de pago en virtud de lo establecido en el artículo 245 de la Ley 1955 de 2019, Decreto 1333 de 2019, modificado por el Decreto 481 de 2020, la aplicación de los descuentos y compensaciones que correspondan y la transferencia de los recursos a la ADRES por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.	
Generalidades	Una vez la ADRES cuente con la documentación completa que fundamente y evidencie los resultados definitivos de auditoría integral y de calidad, en la que conste la liquidación de los valores a reconocer a favor de las entidades recobrantes, iniciará las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de los descuentos y compensaciones (a favor del SGSSS), a cargo de las entidades recobrantes y Solicitud de distribución de recursos a las EPS. • Elaboración, suscripción de los acuerdos de pago con las EPS y consolidación de los acuerdos de pago en un acto administrativo. • Envío de la cuenta de cobro al Ministerio de Hacienda y crédito Público, adjuntando los acuerdos de pago y la resolución que los consolida y registro de la deuda en los Estados Financieros de la ADRES. • Elaboración de la ordenación de gasto y envío a la DGRF • Realización de la cadena presupuestal para afectar el presupuesto de la entidad • Giro de recursos a las entidades recobrantes. 	

7.6.4.1.1 Componente Aplicación de descuentos y compensaciones

Una vez culminado el proceso de auditoría integral y de calidad, del valor que resulte a favor de cada entidad recobrante la ADRES deducirá los montos que la entidad recobrante haya autorizado descontar por cualquier concepto, el valor de los actos administrativos definitivos expedidos por reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, el valor correspondiente a las operaciones enmarcada en el literal J de las destinaciones del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, los saldos pendientes de giro previo, entre otros.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
<p>Descuento de valores adeudados al SGSSS producto del proceso de reintegro de recursos, giro previo, operaciones enmarcadas en el literal J de las destinaciones del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, entre otros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de valores a reintegrar por recobros/cobros de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC. • Verificación de valores a reintegrar derivado de los mecanismos de apalancamiento financiero del sector salud. • Verificación de valores a reintegrar por otros conceptos. • Una vez verificados los valores antes señalados se debe constatar que el(los) acto(s) administrativo(s) que ordenó(aron) el reintegro se encuentre(n) en firme. <p>Verificada la existencia de valores a reintegrar por parte de las Entidades Recobrantes, la dependencia competente al interior de la ADRES deberá generar e informar a la respectiva EPS los valores a girar una vez efectuadas las deducciones a que haya lugar.</p>	<p>Comunicación de solicitud de distribución</p>
<p>Criterios para el giro</p>	<p>El valor reconocido será comunicado a la entidad recobrante, junto con el detalle de los descuentos En la misma comunicación la ADRES les solicitará a las entidades recobrantes que reporten, en la estructura de datos definida por la ADRES para el efecto los montos desagregados por IPS y proveedor beneficiario de los pagos.</p>	<p>Comunicación, remitida por parte de la ADRES a la Entidad Recobrante, del valor definitivo a girar</p> <p>Estructura de distribución del giro de recursos</p>

7.6.4.1.2 Elaboración, suscripción de los acuerdos de pago con las EPS y consolidación de los acuerdos de pago en un acto administrativo.

De conformidad con las disposiciones previstas en el Decreto 1333 de 2019, modificado por el Decreto 481 de 2020, la ADRES elabora los acuerdos de pago y los remite para que sean suscritos por los representantes legales de las EPS y de la ADRES. Posteriormente los consolida en un acto administrativo.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
Elaboración y suscripción de los acuerdos de pago	<ul style="list-style-type: none"> • Con la información de los valores aprobados, la ADRES elabora por cada una de las EPS los acuerdos de pago y valida que quien suscriba los acuerdos de pago esté facultado para realizar este trámite. En los acuerdos de pago la ADRES entre otras cosas se compromete a efectuar el giro de los recursos siempre y cuando se cumplan con los términos y requisitos definidos en el Decreto 1333 de 2019, modificado por el Decreto 481 de 2020, y de conformidad con la distribución de recursos que la EPS remita. La EPS renuncia a reclamar el cobro de intereses en cualquiera de sus modalidades y de otros costos y gastos que se llegaren a originar por los valores objeto del acuerdo de pago, así mismo, la EPS acepta que los valores que se reconozcan con el acuerdo de pago, podrán ser objeto de reintegro en caso de que se identifique apropiación o reconocimiento sin justa causa. • Estos acuerdos son remitidos a las EPS para que el representante legal firme dos originales y los allegue a la DOP, para que el representante legal de la ADRES los firme. 	Acuerdo de pago firmado por los representantes legales de las EPS y de la ADRES.

Consolidación de los acuerdos de pago	La Oficina Asesora Jurídica de la ADRES consolida en un acto administrativo los acuerdos de pago, lo anterior de conformidad con lo establecido en el numeral 3 del literal b del artículo 5 del Decreto 1333 de 2019.	Acto administrativo
---------------------------------------	--	---------------------

7.6.4.1.3 Componente Envío de la cuenta de cobro al Ministerio de Hacienda y crédito Público y registro de la deuda en los Estados Financieros de la ADRES.

La ADRES registrará en sus estados financieros el valor a favor de las entidades recobrantes y enviará la cuenta de cobro al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, adjuntando los acuerdos de pago firmados por las EPS y por la ADRES y el acto administrativo que consolida dichos acuerdos.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
Envío cuenta de cobro al Ministerio de Hacienda y Crédito Público	La Dirección de Recursos Financieros de la ADRES elabora y envía la cuenta de cobro al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, adjuntando los acuerdos de pago firmados y la Resolución que los consolida.	Cuenta de cobro
Registro Contable	Registro Contable. Como consecuencia del reconocimiento de valores a favor de cada Entidad Recobrante, la ADRES procederá a realizar el registro contable que refleje la realidad económica de las operaciones de la Entidad.	Registro específico en los Estados Financieros de la ADRES.

7.6.4.1.4 Componente Ordenación del gasto

La Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, con soporte en las certificaciones de los resultados del proceso de auditoría integral y de calidad, y una vez son transferidos a la ADRES los recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público adelanta el trámite de ordenación del gasto, el cual consiste en amparar presupuestalmente los gastos en que se va a incurrir para reconocer a las Entidades Recobrantes los recursos a su favor.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
Ordenación del gasto	Solicitud CDP. La Dirección de Otras Prestaciones (DOP) solicitará a la Dirección de Gestión de Recursos	Formato de solicitud de CDP debidamente suscrito

	Financieros de Salud (DGRFS) certificar la disponibilidad de recursos en el presupuesto de Unidad de Recursos Administrados-URA, para garantizar el amparo presupuestal correspondiente.	
	Emisión CDP. En el evento de que se verifique la disponibilidad de recursos, la DGRFS expide el CDP correspondiente.	CDP expedido por la DGRFS
	Orden de gasto. DOP elabora la ordenación del gasto de los recursos resultantes a favor de las entidades recobrantes y de conformidad con la distribución de recursos allegada por cada EPS.	Ordenación del gasto

7.6.4.1.5 Giro de recurso		
Aprobadas las modificaciones presupuestales, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al recibo por para del MHCP, la ADRES girará los recursos que resultan a favor de los beneficiarios que las entidades recobrantes hayan señalado en los términos establecidos por norma.		
Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
Giro de recursos a las Entidades Recobrantes y a los prestadores de los servicios en salud no financiados con la UPC	Autorización de giro. La DGRF efectúa el giro de los recursos a las Entidades Recobrantes y/o a las IPS que estas reporten en aplicación de la medida de giro directo, a la(s) cuenta(s) bancaria(s) certificada(s) por esta(s), de conformidad con la ordenación de gasto y los archivos de cargue enviados por la DOP.	Ordenación de gasto y archivos de cargue en el ERP.
	Giro por transferencia electrónica de fondos.	Soportes del giro de recursos.
	Contabilización	Registro contable del giro en los Estados Financieros de la ADRES.

7.4.6.2 Giro de recursos por concepto de las cuentas por los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC prestados/suministrados del 01 de enero al 29 de febrero de 2020. Recursos que serán financiados con los recursos corrientes de la ADRES.

Etapa 6. Pagos	¿En qué consiste?	Inicio y fin
Objetivo	Girar a las entidades recobrantes los recursos que resulten a su favor previa aplicación de los descuentos y compensaciones que correspondan.	
Generalidades	<p>Una vez la ADRES cuente con la documentación completa que fundamente y evidencie los resultados definitivos de auditoría integral y de calidad, en la que conste la liquidación de los valores a reconocer a favor de las entidades recobrantes, iniciará las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de los descuentos y compensaciones (a favor del SGSSS), a cargo de las entidades recobrantes y solicitud de distribución de recursos a las EPS. • Elaboración de la ordenación de gasto y envío a la DGRF • Realización de la cadena presupuestal para afectar el presupuesto de la entidad • Giro de recursos a las entidades recobrantes. 	

7.4.6.2.1 Componente Aplicación de descuentos y compensaciones

Una vez culminado el proceso de auditoría integral y de calidad, del valor que resulte a favor de cada entidad recobrante la ADRES deducirá los montos que la entidad recobrante haya autorizado descontar por cualquier concepto, el valor de los actos administrativos definitivos expedidos por reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, el valor correspondiente a las operaciones enmarcada en el literal J de las destinaciones del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, los saldos pendientes de giro previo, entre otros.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
-------------	-------------	-------------------------------------

<p>Descuento de valores adeudados al SGSSS producto del proceso de reintegro de recursos, giro previo, operaciones enmarcadas en el literal J de las destinaciones del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, entre otros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de valores a reintegrar por recobros/cobros de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC. • Verificación de valores a reintegrar derivado de los mecanismos de apalancamiento financiero del sector salud. • Verificación de valores a reintegrar por otros conceptos. • Una vez verificados los valores antes señalados se debe constatar que el(los) acto(s) administrativo(s) que ordenó(aron) el reintegro se encuentre(n) en firme. <p>Verificada la existencia de valores a reintegrar por parte de las Entidades Recobrantes, la dependencia competente al interior de la ADRES deberá generar e informar a la respectiva EPS los valores a girar una vez efectuadas las deducciones a que haya lugar.</p>	<p>Comunicación de solicitud de distribución</p>
<p>Criterios para el giro</p>	<p>El valor reconocido será comunicado a la entidad recobrante, junto con el detalle de los descuentos En la misma comunicación la ADRES les solicitará a las entidades recobrantes que reporten, en la estructura de datos definida por la ADRES para el efecto los montos desagregados por IPS y proveedor beneficiario de los pagos.</p>	<p>Comunicación, remitida por parte de la ADRES a la Entidad Recobrante, del valor definitivo a girar</p> <p>Estructura de distribución del giro de recursos</p>

7.4.6.2.2 Componente Ordenación del gasto

La Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, con soporte en las certificaciones de los resultados del proceso de auditoría integral y de calidad, y una vez allegada la respectiva distribución de recursos por parte de las EPS adelanta el trámite de ordenación del gasto, el cual consiste en amparar presupuestalmente los gastos en que se va a incurrir para reconocer a las Entidades Recobrantes los recursos a su favor.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
Ordenación del gasto	Solicitud CDP. La Dirección de Otras Prestaciones (DOP) solicitará a la Dirección de Gestión de Recursos Financieros de Salud (DGRFS) certificar la disponibilidad de recursos en el presupuesto de Unidad de Recursos Administrados-URA, para garantizar el amparo presupuestal correspondiente.	Formato de solicitud de CDP debidamente suscrito
	Emisión CDP. En el evento de que se verifique la disponibilidad de recursos, la DGRFS expide el CDP correspondiente.	CDP expedido por la DGRFS
	Orden de gasto. DOP elabora la ordenación del gasto de los recursos resultantes a favor de las entidades recobrantes y de conformidad con la distribución de recursos allegada por cada EPS.	Ordenación del gasto

7.4.6.2.3 Giro de recurso

La ADRES girará los recursos que resultan a favor de los beneficiarios que las entidades recobrantes hayan señalado en los términos establecidos por norma.

Sub-proceso	Actividades	Evidencias de análisis y evaluación
Giro de recursos a las Entidades Recobrantes y a los prestadores de los servicios	Autorización de giro. La DGRF efectúa el giro de los recursos a las Entidades Recobrantes y/o a las IPS que estas reporten en aplicación de la medida de giro directo, a la(s) cuenta(s) bancaria(s) certificada(s) por esta(s), de	Ordenación de gasto y archivos de cargue en el ERP.

en salud no financiados con la UPC	conformidad con la ordenación de gasto y los archivos de cargue enviados por la DOP.	
	Giro por transferencia electrónica de fondos.	Soportes del giro de recursos.
	Contabilización	Registro contable del giro en los Estados Financieros de la ADRES.