



# PRESENTACIÓN DE FACTURAS NO PBS-S

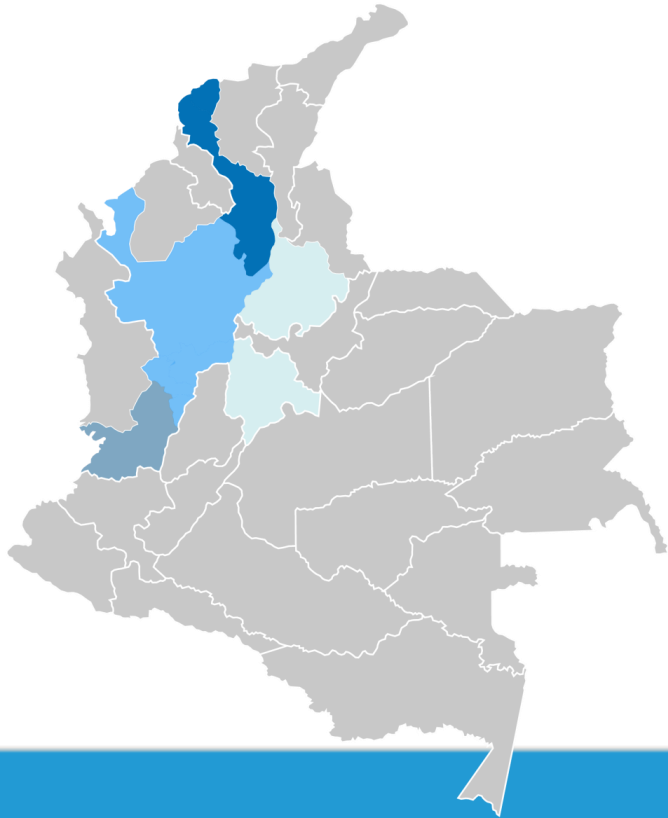
Resolución 1365 de 2015

## Resolución 1479 del 6 mayo 2015

“...Resolución que tiene por objeto establecer el procedimiento para el cobro y pago por parte de las Entidades territoriales, departamentales y distritales, a los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de salud POS, provistas a los afiliados del régimen subsidiado autorizados por los Comités Técnicos Científicos u ordenados mediante providencia de autoridad judicial”

El artículo 4° de la Resolución 1479 del 06 de mayo de 2015, permite a los departamentos acorde con el análisis de la situación en salud actual de su población, las capacidades técnicas, operativas y financieras adoptar un de los dos modelos establecidos en los capítulos I y II de la norma en mención.

## Resolución 1479 del 6 mayo 2015



El departamento del Quindío adopta el Capítulo II de la Resolución 1479 y se expide la Resolución 1365 de 2015 donde se establecen los requisitos para la presentación de las facturas No PBS-S

## Premisas de la atención

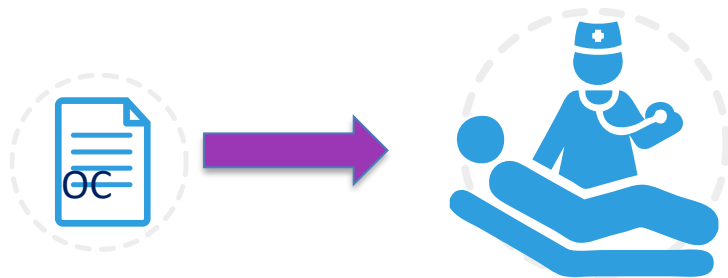
- » La prestación de los servicios de salud, se debe garantizar sin importar el régimen de afiliación, sin que exista la posibilidad de negar el acceso a los servicios de salud por cambio de régimen por parte del usuario
- » Las facturas derivadas de atenciones de usuarios pertenecientes al Régimen Subsidiado de EPS SURA, tendrán una fecha especial de recepción, a efectos de diferenciar las mismas del volumen total de facturas. De acuerdo con esto, estas facturas serán recibidas exclusivamente el tercer día hábil de cada mes, deben presentarse por separado y debidamente marcadas.



La facturación de las tecnologías NO PBS en usuarios de régimen subsidiado que se presentan ante las EPS deben cumplir con lo definido por la circular 017 de septiembre 17 de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual imparte instrucciones respecto de la facturación de eventos o tecnologías NO PBS:

**TNP + Sustituto**

# Inicio de la atención



- ✓ Las órdenes de prestación con las cuales se garantiza el suministro del servicio de la tecnología NO PBS serán recibidas con la información del afiliado y el nivel socioeconómico del afiliado
- ✓ Validar correspondencia en el Servicio a prestar y cobro Cuota de recuperación Según el nivel.

EPS | sura

IPS Genera: REGIONAL MEDELLIN-MEDELLIN  
Fecha de Expedición: 2016/08/19 Hora: 07:39:00  
Tipo de Plan: POS  
Origen del Servicio: CTC  
Tipo de Evento: AMBULATORIO ELECTIVO  
Recobro: CTC

Orden No.: 932-450518900



(91)000932045051890000016(92)001000001026143315(93)20170814

## INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Fecha N: 1990/10/02 Semanas Cotizadas: 72 Plan: POS  
Tel: Tel Contacto: Celular:

SUBSIDIADO Edad: 25 años  
CIS COMFAMA CALDAS  
Correo:

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

TECNOMEDICA MD S.A.S. NIT 900494362 Dirección: CALLE 50 # 45-61  
Teléfono: 4449870 CH: N900494362

## INFORMACIÓN DEL COBRO

Grupo de Ingresos: NIVEL 1 DEL SISBEN  
Tipo de Cobro: Sujeto al cobro de cuotas de recuperación, de acuerdo con el nivel de SISBEN en el cual se encuentre clasificado el afiliado

## PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

## Detalle de la facturación

Para identificar si la tecnología NO PBS tiene homologo, este podrá ser consultado en la página de EPS SURA (<https://www.epssura.com/prestadores-de-servicios>) en la sección de prestadores, donde encontrará el Listado de Homólogos de tecnologías NO PBS para EPS SURA.

El valor del homologo, debe ser definido según los siguientes parámetros:

- ✓ Según valor comparadores administrativos definidos por el ministerio
- ✓ Valor precio de tecnologías reguladas
- ✓ Valor promedio del mercado. PML.
- ✓ Valor convenido previamente con el asegurador

## Detalle de la facturación

Para poder adquirir la orden de cobro que corresponde al homologo POS se debe solicitar en el correo electrónico que se define a continuación por ciudad. Adicionalmente como soporte de las inquietudes generadas con las ordenes de tutela frente al recobro(Ente Vrs EPS).

Pereira y Armenia: [Imejiao@sura.com.co](mailto:Imejiao@sura.com.co)

Se deben incluir los siguientes datos en el correo:

- Nombre y documento de identidad del afiliado
- Numero de evento o autorización inicial NO PBS del régimen subsidiado
- Nombre del homologo y cum, cuando corresponda.
- Cantidad homologada



## Detalle de la facturación

### MEDICAMENTOS AUTORIZADOS

| Código<br>Medicamento | Medicamentos Autorizados | Presentación   | Código<br>Diagnóstico | Cantidad | Frec. Uso<br>No Pos | Días<br>autor.<br>No Pos | Frec.<br>Uso<br>prestación<br>Similar | Tiempo<br>días<br>similar |
|-----------------------|--------------------------|----------------|-----------------------|----------|---------------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| 25463                 | VEMURAFENIB - ZELBORAF   | 240 MG TABLETA | J100                  | 1        | 10                  | 3.33                     | 10                                    | 1                         |

### OBSERVACIONES

25463 : 0/1

25463: Próxima entrega a partir del 2016/07/20

Señor usuario recuerde que para reclamar sus medicamentos debe presentar su documento de identidad original.

### INFORMACION PARA EL PRESTADOR

Numero Consecutivo:

Numero Consecutivo Recobro:

Código EPS: EPS010

Fecha solicitud med. No Pos: 2008/07/25

Acta CTC(No.Folios): 100

## Detalle de la facturación

La EPS generará los siguientes códigos en dichas órdenes, en un plazo de 5 días hábiles:

**1000131 HOMÓLOGO PROCEDIMIENTO RESOLUCION 1479** (El cual incluirá dispositivos médicos e insumos).

**197775 HOMÓLOGOS MEDICAMENTOS RESOLUCIÓN 1479**

## PARA QUINDIO SE PRESENTARA ASI:

### FISICO

- MYT-R (CUBIERTA)
- MYT-R anexo 01
- MYT-01 (X USUARIO)
- FACTURA NO PBS (FIRMADA X EL FACTURADOR)
- FACTURA HOMOLOGO CON SU RESPECTIVA ORDEN
- PAQUETES X 600 COBROS MAXIMO
- UN CONSECUTIVO X CADA PAQUETE
- CUOTAS DE RECUPERACIÓN (SEGÚN EL NIVEL)

### MEDIO MAGNETICO (CD-REGRABABLE)

- FACTURA
- SOPORTES EVIDENCIA ENTREGA DE LA TECNOLOGIA NO PBS-S SEGÚN ATENCION
- PLANOS (TXT)
- FORMATO DETALLE DE COBRO (EXCEL) (BIEN DILIGENCIADO)
- ADJUNTAR PANTALLAZO DE VALIDACIÓN EXITOSA (VALIDADOR FOSYGA)

## OBSERVACIONES ADICIONALES

- Se deberán separar los CTC de las Tutelas
- Todas las prestaciones por Tutelas se facturan a nombre de EPS-SURA (reflejar cuota de recuperación según el nivel)
- Los medicamentos Vitales no Disponibles se facturan a nombre de EPS-SURA (reflejar cuota de recuperación según el nivel)
- Las facturas no pbs-s se radican el primer día hábil de cada mes (Donde su institución radica normalmente lo del contributivo)

## OBSERVACIONES ADICIONALES

- Se deberán separar los CTC de las Tutelas
- Todas las prestaciones por Tutelas se facturan a nombre de EPS-SURA (reflejar cuota de recuperación según el nivel)

## FORMATOS PARA LA RADICACIÓN

Formato MYT-R



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**  
**FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS**  
**MYT-R**

**Nº CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE** \_\_\_\_\_

**Fecha Radicación**

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | A | A | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**No. Radicado**

**I. DATOS DE LA ENTIDAD**

|                        |     |     |             |                 |
|------------------------|-----|-----|-------------|-----------------|
| <b>Tipo de Entidad</b> | EPS | ARS | EOC         | Otro            |
| <b>Razón Social</b>    |     |     |             |                 |
| <b>Código:</b>         |     |     |             |                 |
| <b>Dirección:</b>      |     |     |             |                 |
| <b>Departamento</b>    |     |     | <b>Cod.</b> | <b>Teléfono</b> |
| <b>Municipio</b>       |     |     | <b>Cod.</b> |                 |

**II. CONSOLIDADO POR CAUSA**

| Causa Recobro                                               | No. Recobros | Valor |
|-------------------------------------------------------------|--------------|-------|
| 01 Tutelas por períodos de carencia                         |              | \$    |
| 02 Tutelas por servicios No POS                             |              | \$    |
| 03 Tutelas por Medicamentos No POS                          |              | \$    |
| 04 Tutelas por servicios en el exterior                     |              | \$    |
| 05 Tutelas por otras causas                                 |              | \$    |
| 06 Mtos, Servicios Mds y Prestaciones de Salud No POS - CTC |              | \$    |
| 07 Tutelas por tratamiento integral                         |              | \$    |
| <b>TOTALES</b>                                              |              | \$    |

**Nº Total de Folios Anexos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**III. DECLARACIÓN DE LA ENTIDAD**

Como Representante Legal declaro bajo la gravedad de juramento:

- 1) Que toda la información contenida en estos recobros se ajusta al marco legal vigente, es cierta y podrá ser verificada por el Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA-, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República; de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.
- 2) Que los recobros incluidos en esta Radicación, no han sido presentados con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas recobradas.
- 3) En cumplimiento del marco legal vigente, si dentro del término establecido no se completan o actualizan los documentos **DESISTO** del trámite y autorizo el descuento automático del 50% del valor liquidado y pagado por los recobros con **APROBACIÓN CONDICIONADA** a futuros pagos por concepto de Medicamentos, Servicios Médicos y Prestaciones de Salud No Pos y Tutelas.
- 4) La información del medio magnético correspondiente al Anexo 1 es la siguiente:
 

a. Nombre archivo    

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | X | X | X | X | X | D | D | M | M | A | A | A | A |
|   |   |   |   |   |   |   |   | M | B |   |   |   |   |

b. Tamaño del archivo

c. Serial del medio magnético

**Nombre de quien firma:** \_\_\_\_\_

## FORMATOS PARA LA RADICACIÓN

Formato MYT-R



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**  
**FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS**  
**MYT-R**

**Nº CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE** \_\_\_\_\_

**Fecha Radicación**

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | A | A | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**No. Radicado**

**I. DATOS DE LA ENTIDAD**

|                        |     |     |             |                 |
|------------------------|-----|-----|-------------|-----------------|
| <b>Tipo de Entidad</b> | EPS | ARS | EOC         | Otro            |
| <b>Razón Social</b>    |     |     |             |                 |
| <b>Código:</b>         |     |     |             |                 |
| <b>Dirección:</b>      |     |     |             |                 |
| <b>Departamento</b>    |     |     | <b>Cod.</b> | <b>Teléfono</b> |
| <b>Municipio</b>       |     |     | <b>Cod.</b> |                 |

**II. CONSOLIDADO POR CAUSA**

| Causa Recobro                                               | No. Recobros                                                  | Valor                                                         |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 01 Tutelas por períodos de carencia                         | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> |
| 02 Tutelas por servicios No POS                             | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> |
| 03 Tutelas por Medicamentos No POS                          | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> |
| 04 Tutelas por servicios en el exterior                     | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> |
| 05 Tutelas por otras causas                                 | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> |
| 06 Mtos, Servicios Mds y Prestaciones de Salud No POS - CTC | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> |
| 07 Tutelas por tratamiento integral                         | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> |
| <b>TOTALES</b>                                              | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> |

**Nº Total de Folios Anexos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**III. DECLARACIÓN DE LA ENTIDAD**

Como Representante Legal declaro bajo la gravedad de juramento:

- 1) Que toda la información contenida en estos recobros se ajusta al marco legal vigente, es cierta y podrá ser verificada por el Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA-, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República; de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.
- 2) Que los recobros incluidos en esta Radicación, no han sido presentados con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas recobradas.
- 3) En cumplimiento del marco legal vigente, si dentro del término establecido no se completan o actualizan los documentos **DESISTO** del trámite y autorizo el descuento automático del 50% del valor liquidado y pagado por los recobros con **APROBACIÓN CONDICIONADA** a futuros pagos por concepto de Medicamentos, Servicios Médicos y Prestaciones de Salud No Pos y Tutelas.
- 4) La información del medio magnético correspondiente al Anexo 1 es la siguiente:
 

a. Nombre archivo    

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| X | X | X | X | X | X | D | D | M | M | A | A | A | A |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | M | B |   |   |  |

b. Tamaño del archivo

c. Serial del medio magnético

**Nombre de quien firma:** \_\_\_\_\_

## MYT – R Anexo No. 1

[illegible]



# MYT – 01 CTC



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud NO POS - CTC**  
**MYT- 01**

**I. Datos del Recobro**

No. Consecutivo para radicación de entidad redimante: \_\_\_\_\_

No. Consecutivo recobro: \_\_\_\_\_

Tipo Radicación: Nueva \_\_\_\_\_ Reingreso: \_\_\_\_\_

Numero Radicación anterior MYT-01: \_\_\_\_\_

**II. Datos de la entidad**

Código SNE: \_\_\_\_\_

Razón total: \_\_\_\_\_

**IV. Declaración de la entidad**

| DOCUMENTO                            | No. Doc. | No. Folios |
|--------------------------------------|----------|------------|
| Copias de Actos del CTC              |          |            |
| Facturas de Prestadores (Canceladas) |          |            |
| Ordenes o Formulas Medicadas         |          |            |
| Reportes Integrales del Recobro      |          |            |
|                                      | Totales  |            |

Datos de la entidad en la que se emitió la copia del Acto o del Recobro Anterior: \_\_\_\_\_

No. Radicación anterior recobro Acto de CTC (Formato MYT-01): \_\_\_\_\_

**III. Datos del afiliado**

Tipo de documento: CC, TL, RC, CE, PA, AS, MS \_\_\_\_\_

Numero de documento de identidad: \_\_\_\_\_

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Tipo de afiliación: Cotizante \_\_\_\_\_ Beneficiario \_\_\_\_\_ Nivel de costo moderación: A, B, C, D (seleccionar) \_\_\_\_\_

**IV. Detalle del recobro**

| Item             | No. Acto CTC | Fecha Acto CTC | Fecha Cobertura Médico | Periodo (SIN) | Periodo Sursum | No. Factura | Fecha Prestación de Servicio | Fecha Radicación Factura | Código Diagnóstico (CIE) | % Gastos | HTP Proveedor | Nombre Proveedor | Código Medicamento, Servicio o prestación | Nombre Medicamento, Servicio o prestación | Tipo Item | Cantidad | Valor Unitario | Valor Total | Valor Costo Moderación | Valor Recobro |
|------------------|--------------|----------------|------------------------|---------------|----------------|-------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|---------------|------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------|----------|----------------|-------------|------------------------|---------------|
| 1                |              |                |                        |               |                |             |                              |                          |                          |          |               |                  |                                           |                                           |           |          |                |             |                        |               |
| 2                |              |                |                        |               |                |             |                              |                          |                          |          |               |                  |                                           |                                           |           |          |                |             |                        |               |
| 3                |              |                |                        |               |                |             |                              |                          |                          |          |               |                  |                                           |                                           |           |          |                |             |                        |               |
| 4                |              |                |                        |               |                |             |                              |                          |                          |          |               |                  |                                           |                                           |           |          |                |             |                        |               |
| 5                |              |                |                        |               |                |             |                              |                          |                          |          |               |                  |                                           |                                           |           |          |                |             |                        |               |
| TOTAL RECOBRADO: |              |                |                        |               |                |             |                              |                          |                          |          |               |                  |                                           |                                           |           |          |                |             |                        |               |

| IV.A. Datos medicamentos, servicios médicos y/o prestaciones de salud NO POS |        |              |                |                  |          |                |             |                               |                    |                |             |          |                |             |
|------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------|----------------|------------------|----------|----------------|-------------|-------------------------------|--------------------|----------------|-------------|----------|----------------|-------------|
| MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD - NO POS                 |        |              |                |                  |          |                |             | SIMILAR O QUE REEMPLAZA - POS |                    |                |             |          |                |             |
| Item                                                                         | Nombre | Presentación | Frecuencia Uso | Días Autorizados | Cantidad | Valor Unitario | Valor Total | Código Similar POS            | Nombre del Similar | Frecuencia Uso | Tiempo Días | Cantidad | Valor Unitario | Valor Total |
| 1                                                                            |        |              |                |                  |          |                |             |                               |                    |                |             |          |                |             |
| 2                                                                            |        |              |                |                  |          |                |             |                               |                    |                |             |          |                |             |
| 3                                                                            |        |              |                |                  |          |                |             |                               |                    |                |             |          |                |             |
| 4                                                                            |        |              |                |                  |          |                |             |                               |                    |                |             |          |                |             |
| 5                                                                            |        |              |                |                  |          |                |             |                               |                    |                |             |          |                |             |

## EJEMPLO ADMINISTRACIÓN CONSECUTIVO ENTIDAD RECLAMANTE

EPS Sura le asigna un consecutivo inicial así:

| CONSECUTIVOS PARA DILIGENCIAR FORMATOS MYT |                                                         |                         |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|
| Prestador                                  | No. Consecutivo para radicaciones de entidad reclamante | No. Consecutivo recobro |
| ATENDEMOS SUBSIDIADO                       | 1000                                                    | 1000                    |
|                                            |                                                         |                         |

El número consecutivo se solicitara en el correo: [jeposada@sura.com.co](mailto:jeposada@sura.com.co)

Entonces, para el diligenciamiento de los formatos para el mes 1 seria:

| REPUBLICA DE COLOMBIA<br>MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL<br>FORMATO RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS<br>MYT-R |  |                   |  |             |  |            |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|-------------|--|------------|--|----------|--|-----------------------|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|
| CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE                                                                   |  |                   |  |             |  |            |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1000 |  |
| Fecha Radicación                                                                                                      |  |                   |  |             |  |            |  |          |  | No. Radicado          |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| <b>I. DATOS DE LA ENTIDAD</b>                                                                                         |  |                   |  |             |  |            |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| Tipo de Entidad                                                                                                       |  | EP                |  | X           |  | EPS        |  | EOC      |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| Razón Social                                                                                                          |  | S A V I A         |  | S A L U D   |  | E P S      |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| Código                                                                                                                |  | C C F 0 0 2       |  |             |  |            |  | Nit      |  | 3 0 0 6 0 4 3 5 0 - 0 |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| Dirección                                                                                                             |  | C R 5 3 A         |  | 4 2 - 1 0 1 |  |            |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| Departamento                                                                                                          |  | A N T I O Q U I A |  |             |  | Cod. 0 5   |  | Teléfono |  | 4 6 0 1 6 7 4         |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| Municipio                                                                                                             |  | M E D E L L I N   |  |             |  | Cod. 0 0 1 |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| <b>II. CONSOLIDADO POR CAUSA</b>                                                                                      |  |                   |  |             |  |            |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| Causa Recobro                                                                                                         |  | No. de Recobros   |  |             |  |            |  |          |  |                       |  | Valor  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 01 Tutelas por períodos de carencia                                                                                   |  |                   |  |             |  |            |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 02 Tutelas por servicios No POS                                                                                       |  |                   |  |             |  |            |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 03 Tutelas por medicamentos No POS                                                                                    |  |                   |  |             |  |            |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 04 Tutelas por servicios en el exterior                                                                               |  |                   |  |             |  |            |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 05 Tutelas por otras causas                                                                                           |  |                   |  |             |  |            |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 06 Medicamentos No POS - CTC                                                                                          |  | 3                 |  |             |  |            |  |          |  |                       |  | 200.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 07 Tutelas por tratamiento integral                                                                                   |  |                   |  |             |  |            |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| <b>TOTALES</b>                                                                                                        |  | 3                 |  |             |  |            |  |          |  |                       |  | 600.00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| Número total de folios anexos                                                                                         |  |                   |  |             |  |            |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| <b>III. DECLARACIÓN DE LA ENTIDAD</b>                                                                                 |  |                   |  |             |  |            |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |
| Como Representante Legal, declaro bajo la gravedad de juramento:                                                      |  |                   |  |             |  |            |  |          |  |                       |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |

| REPUBLICA DE COLOMBIA<br>MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL<br>FORMATO RADICACIÓN DE SOLICITUDES DE RECOBROS<br>MYT-R, ANEXO N° 1 |            |                    |                                  |               |                |                                      |            |         |                                          |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|----------------------------------|---------------|----------------|--------------------------------------|------------|---------|------------------------------------------|---------------|
| N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE 1000                                                                       |            |                    |                                  |               |                |                                      |            |         |                                          |               |
| HOJA No.1 de 1                                                                                                                    |            |                    |                                  |               |                |                                      |            |         |                                          |               |
| <b>RELACION DE SOLICITUDES DE RECOBRO</b>                                                                                         |            |                    |                                  |               |                |                                      |            |         |                                          |               |
| No. ITE M                                                                                                                         | N° RECOBRO | DATOS DEL PACIENTE |                                  |               |                | IDENTIFICACIÓN                       |            | RÉGIMEN | CAUSA RECOBRO                            | VALOR RECOBRO |
|                                                                                                                                   |            | PRIMER APELLIDO    | SEGUNDO APELLIDO                 | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | TIPO                                 | NUMERO     | N       |                                          |               |
| 1                                                                                                                                 | 1000       | Florez             | Ortiz                            | Olga          | Patricia       | C C                                  | 1234567    | 2       | 06                                       | 200           |
| 2                                                                                                                                 | 1001       | Perez              |                                  | Mario         | Alberto        | C C                                  | 8901234    | 2       | 06                                       | 200           |
| 3                                                                                                                                 | 1002       | Acosta             | Martinez                         | Manuela       |                | T I                                  | 9801234780 | 2       | 06                                       | 200           |
|                                                                                                                                   |            |                    |                                  |               |                |                                      |            |         | VALOR TOTAL \$ 600                       |               |
| Causa Recobro                                                                                                                     |            |                    |                                  |               |                |                                      |            |         |                                          |               |
| 01 = Tutela por Períodos de Carencia                                                                                              |            |                    | 02 = Tutela por Servicios No POS |               |                | 03 = Tutela por Medicamentos No Pos  |            |         | 04 = Tutela por Servicios en el Exterior |               |
| 05 = Tutela por Otras Causas                                                                                                      |            |                    | 06 = Medicamentos No Pos- CTC    |               |                | 07 = Tutela por tratamiento integral |            |         |                                          |               |
| RÉGIMEN                                                                                                                           |            |                    | 1= CONTRIBUTIVO                  |               |                | 2= SUBSIDIADO                        |            |         |                                          |               |



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**  
**SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS NO POS - CTC (MYT-01)**  
**N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE**  
**NUMERO CONSECUTIVO DEL RECOBRO**

**1000**  
**1000**

**1. Datos de la entidad**

|                |          |      |   |     |            |         |
|----------------|----------|------|---|-----|------------|---------|
| ipo de Entidad | EPS      | EPSS | X | EOC | CÓDIGO SNC | EPS 010 |
| Razón Social   | EPS SURA |      |   |     |            |         |

**2. Datos del afiliado**

|                  |           |              |    |          |    |    |                         |   |                                  |           |
|------------------|-----------|--------------|----|----------|----|----|-------------------------|---|----------------------------------|-----------|
| ipo Document     | CC        | X            | TI | RC       | CE | PA | AS                      | M | Número de Documento de identidad | 1234567   |
| Primer Apellido  | Florez    |              |    |          |    |    |                         |   | Segundo Apellido                 | Ortiz     |
| Primer Nombre    | Olga      |              |    |          |    |    |                         |   | Segundo Nombre                   | Patricia  |
| T de afiliación: | Cotizante | Beneficiario |    | Subsidio |    | X  | Nivel de cuota moderada |   |                                  |           |
|                  |           |              |    |          |    |    | A                       | B | C                                | E(exento) |

**4. Declaración de la entidad**

| DOCUMENTOS                                                                    | No. D    | No. F    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| Copia(s) de Acta de CTC                                                       | 0        | 0        |
| Factura(s) del proveedor                                                      | 0        | 0        |
| Formulario(s) Médico(s)                                                       | 0        | 0        |
| Documento que evidencie la                                                    | 1        | 1        |
| <b>TOTALES</b>                                                                | <b>1</b> | <b>2</b> |
| <b>Últos de la solicitud en la que se anexó la copia del Acta o del</b>       |          |          |
| No. del acta del CTC                                                          | 0        |          |
| No. de consecutivo para radicaciones de la entidad reclamante (Formato MYT-R) | 1000     |          |
| No. Consecutivo del recobro (Formato MYT-01)                                  | 1000     |          |
| No. Radicación de recobro anterior (Formato MYT-R)                            | 0        |          |

**3. Datos del recobro**

| Item                   | No. Acta de CTC | Fecha de Acta de CTC | Fecha solicitud Médica | Período (SRH) | Período remisión | No. Factura | Fecha Factura | Fecha entrega medicamento | NIT Proveedor | Nombre Proveedor     | Código Medicamento (NORMA) | Nombre Medicamento | Cantidad | Valor Factura | Valor Cuota Moderadora | Valor Recobro   |
|------------------------|-----------------|----------------------|------------------------|---------------|------------------|-------------|---------------|---------------------------|---------------|----------------------|----------------------------|--------------------|----------|---------------|------------------------|-----------------|
| 1                      | 9099            | 02/09/2017           | 20/12/2016             | S             | 1                | 38          | 05/09/2017    | 05/09/2017                | 09000000      | ATENDEHOS SUBSIDIADO | 20039424-04-0C90A000       | REDEVANT 9 2195    | 30       | \$ 500        | \$ \$\$\$              | \$ \$\$\$\$\$\$ |
| 2                      | 9011            | 03/09/2017           | 24/12/2016             | S             | 1                | 42          | 06/09/2017    | 06/09/2017                | 09000000      | ATENDEHOS SUBSIDIADO | 00051522-01-0H02BET1       | VINADENEF-TABLETAS | 40       | \$ 500        | \$ \$\$\$              | \$ \$\$\$\$\$\$ |
| <b>TOTAL RECOBRADO</b> |                 |                      |                        |               |                  |             |               |                           |               |                      |                            |                    |          | <b>\$ 200</b> |                        |                 |

Página 1



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**  
**SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS NO POS - CTC (MYT-01)**  
**N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE**  
**NUMERO CONSECUTIVO DEL RECOBRO**

1000

1001

**1. Datos de la entidad**

|                  |          |      |   |     |            |
|------------------|----------|------|---|-----|------------|
| Tipo de Entidad: | EPS      | EPSS | X | EOC | CÓDIGO SNC |
| Razón Social     | EPS SURA |      |   |     |            |

**2. Datos del afiliado**

|                             |           |              |            |    |                            |         |    |                                  |         |
|-----------------------------|-----------|--------------|------------|----|----------------------------|---------|----|----------------------------------|---------|
| Tipo Documento cc:          | X         | TI           | EC         | CC | PA                         | AI      | HS | Número de Documento de identidad | 8301234 |
| Primer Apellido             | Perez     |              |            |    | Segundo Apellido           |         |    |                                  |         |
| Primer Nombre               | Mario     |              |            |    | Segundo Nombre             | Alberto |    |                                  |         |
| T de afiliación:            | Cotizante | Beneficiario | Subsidiado | X  | Nivel de cuota moderador A | B       | C  | E(cuota)                         | X       |
| Código diagnóstico (CIE10): | 0         |              |            |    |                            |         |    |                                  |         |

**4. Declaración de la entidad**

| DOCUMENTOS                                                                                    | No. | No.  | No. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|
| Copia(s) de Acta de CTC                                                                       | 1   | 1    |     |
| Factura(s) del proveedor                                                                      | 1   | 1    |     |
| Formulario(s) Médico(s)                                                                       | 1   | 1    |     |
| Documento por el cual se le otorga el medicamento                                             | 1   | 1    |     |
| <b>TOTALES</b>                                                                                | 1   | 1    |     |
| <b>Datos de la solicitud en la que se anexa la copia del Acta de CTC del Recobro anterior</b> |     |      |     |
| No. del Acta de CTC                                                                           |     | 0    |     |
| No. de consecutivo para radicar la solicitud de la entidad reclamante (Formulario MYT-01)     |     | 1000 |     |
| No. Consecutivo del recobro (Formulario MYT-01)                                               |     | 1001 |     |
| No. Radicación de recobro anterior (Formulario MYT-01)                                        |     | 0    |     |

**3. Datos del recobro**

| Item                   | No. Acta de CTC | Fecha de Acta de CTC | Fecha solicitud Médico | Período (S/N) | Período seminario | No. Factura | Fecha Factura | Fecha entrega medicamento | NIT Proveedor | Nombre Proveedor       | Código Medicamento (INVIMA) | Nombre Medicamento     | Cantidad | Valor Factura | Valor Cuota Moderadora | Valor Recobro |
|------------------------|-----------------|----------------------|------------------------|---------------|-------------------|-------------|---------------|---------------------------|---------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|----------|---------------|------------------------|---------------|
| 1                      | 1001            | 10/10/2017           | 10/10/2017             | 1             | 1                 | 10          | 10/10/2017    | 10/10/2017                | 1000000       | ATENCIONES SUSCRIBIDAS | 1000000-01-0001-0001        | ATENCIONES SUSCRIBIDAS | 10       | \$ 500        | \$ 500                 | \$ 500000     |
| <b>TOTAL RECOBRADO</b> |                 |                      |                        |               |                   |             |               |                           |               |                        |                             |                        |          |               |                        | <b>\$ 200</b> |

Página 1

|      |
|------|
| 1000 |
| 1002 |

|                 |   |     |
|-----------------|---|-----|
| TOTAL RECORRADO | t | 200 |
|-----------------|---|-----|

Para el mes siguiente, el consecutivo se va aumentando uno a uno, es decir que el consecutivo para la entidad reclamante sería el 1001 y para cada cobro continua con el 1003, así:

| A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AA AE AC AD AE AF AG AH AI AJ AK AL AN AO AC AF AG AH                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |   |  |       |  |     |  |  |  |           |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|---|--|-------|--|-----|--|--|--|-----------|--|-------------|--|------|--|---------|--|--|--|
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div> <p>REPUBLICA DE COLOMBIA</p> <p>MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL</p> <p><b>FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS</b></p> <p>MYT-R</p> </div> </div> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |   |  |       |  |     |  |  |  |           |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| * CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |   |  |       |  |     |  |  |  |           |  |             |  | 1001 |  |         |  |  |  |
| Fecha Radicación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | No. Radicado     |  |   |  |       |  |     |  |  |  |           |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| I. DATOS DE LA ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |   |  |       |  |     |  |  |  |           |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| Tipo de Entidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SA               |  | X |  | EPS-S |  | EOC |  |  |  |           |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| Razón Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SA VIA SALUD EPS |  |   |  |       |  |     |  |  |  |           |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| Código:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CCF002           |  |   |  |       |  |     |  |  |  | Nit       |  | 900604350-0 |  |      |  |         |  |  |  |
| Dirección:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CR53A 42-101     |  |   |  |       |  |     |  |  |  |           |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| Departamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ANTIOQUIA        |  |   |  |       |  |     |  |  |  | Cod. 05   |  | Teléfono    |  |      |  | 4601674 |  |  |  |
| Municipio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | MEDELLIN         |  |   |  |       |  |     |  |  |  | Cod. 001  |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| II. CONSOLIDADO POR CAUSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |   |  |       |  |     |  |  |  |           |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| Causa Recobro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  | No. de Recobros  |  |   |  |       |  |     |  |  |  | Valor     |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| 01 Tutelas por períodos de carencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |   |  |       |  |     |  |  |  | \$        |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| 02 Tutelas por servicios No POS                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |   |  |       |  |     |  |  |  | \$        |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| 03 Tutelas por medicamentos No POS                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |   |  |       |  |     |  |  |  | \$        |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| 04 Tutelas por servicios en el exterior                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |   |  |       |  |     |  |  |  | \$        |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| 05 Tutelas por otras causas                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |   |  |       |  |     |  |  |  | \$        |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| 06 Medicamentos No POS - CTC                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2                |  |   |  |       |  |     |  |  |  | \$ 400.00 |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| 07 Tutelas por tratamiento integral                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                  |  |   |  |       |  |     |  |  |  | \$        |  |             |  |      |  |         |  |  |  |
| TOTALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2                |  |   |  |       |  |     |  |  |  | \$ 800.00 |  |             |  |      |  |         |  |  |  |

| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>A B C D E F G H I J K L M N</span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                    |                  |               |                |                |        |         |               |               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|------------------|---------------|----------------|----------------|--------|---------|---------------|---------------|-----|
|  <p> <b>REPUBLICA DE COLOMBIA</b><br/> <b>MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL</b><br/> <b>FORMATO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS</b><br/> <b>MYT-R ANEXO N° 1</b> </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                    |                  |               |                |                |        |         |               |               |     |
| N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                    |                  |               |                |                |        |         |               | 1001          |     |
| HOJA No.1 de 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                    |                  |               |                |                |        |         |               |               |     |
| <b>RELACION DE SOLICITUDES DE RECOBRO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |                    |                  |               |                |                |        |         |               |               |     |
| No.<br>ITE<br>M                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | N° RECOBRO | DATOS DEL PACIENTE |                  |               |                | IDENTIFICACIÓN |        | RÉGIMEN | CAUSA RECOBRO | VALOR RECOBRO |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            | PRIMER APELLIDO    | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | TIPO           | NÚMERO |         |               |               |     |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1003       | Gomez              | Saldariaga       | Gloria        | Esneida        | C              | C      | 1234567 | 2             | 06            | 400 |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1004       | Castaño            | Perez            | Mauricio      | Antonio        | C              | C      | 8901234 | 2             | 06            | 400 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                    |                  |               |                |                |        |         |               |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                    |                  |               |                |                |        |         |               |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                    |                  |               |                |                |        |         |               |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                    |                  |               |                |                |        |         |               |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                    |                  |               |                |                |        |         |               |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                    |                  |               |                |                |        |         |               |               |     |
| <b>VALOR TOTAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                    |                  |               |                |                |        |         | \$ 800        |               |     |
| <b>Causa Recobro</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>01 = Tratamiento por Periodos de Censura</span> <span>02 = Tratamiento por Servicios No POS</span> <span>03 = Tratamiento por Medicamentos No Pos</span> <span>04 = Tratamiento por Servicios en el Exterior</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>05 = Tratamiento por Otras Causas</span> <span>06 = Medicamentos No Pos - CTC</span> <span>07 = Tratamiento por tratamiento integral</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><b>RÉGIMEN</b></span> <span>1= CONTRIBUTIVO</span> <span>2= SUBSIDIADO</span> </div> |            |                    |                  |               |                |                |        |         |               |               |     |





REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE RECOBRO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS NO POS - CTC (MYT-01)

N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE

NUMERO CONSECUTIVO DEL RECOBRO

1001

1003

1. Datos de la entidad

|                 |          |      |   |     |            |         |
|-----------------|----------|------|---|-----|------------|---------|
| Tipo de Entidad | EPS      | EPSS | X | EOC | CÓDIGO SNC | EPS 010 |
| Razón Social    | EPS SURA |      |   |     |            |         |

2. Datos del afiliado

|                     |           |   |              |                  |            |    |             |    |                                  |                    |
|---------------------|-----------|---|--------------|------------------|------------|----|-------------|----|----------------------------------|--------------------|
| Tipo Documento      | CC        | X | TI           | RC               | CE         | PA | AS          | MI | Número de Documento de identidad | 1234567            |
| Primer Apellido     | Gomez     |   |              | Segundo Apellido |            |    | Saldarriaga |    |                                  |                    |
| Primer Nombre       | Gloria    |   |              | Segundo Nombre   |            |    | Escaeda     |    |                                  |                    |
| Tipo de afiliación: | Cotizante |   | Beneficiario |                  | Subsidiado |    | X           |    | Nivel de cuota moderada:         | A B C E (exento) X |

4. Declaración de la entidad

| DOCUMENTOS                                                                    | No. D    | No. F    |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| Copia(s) de Acta de CTC                                                       | 0        | 0        |
| Factura(s) del proveedor                                                      | 0        | 0        |
| Formulario(s) Médico(s)                                                       | 0        | 0        |
| Documento que evidencie la entrega de los medicamentos                        | 1        | 1        |
| <b>TOTALES</b>                                                                | <b>1</b> | <b>2</b> |
| Datos de la solicitud en la que se anexó la copia del Acta o del Documento    |          |          |
| No. del acta del CTC                                                          | 0        |          |
| No. de consecutivo para radicaciones de la entidad reclamante (Formato MYT-R) | 1001     |          |
| No. Consecutivo del recobro (Formato MYT-01)                                  | 1003     |          |
| No. Radicación de recobro anterior (Formato MYT-R)                            | 0        |          |

Página 1

3. Datos del recobro

| Item                   | No. Acta de CTC | Fecha de Acta de CTC | Fecha solicitud MG-EPS | Período (S/R) | Período punitivo | No. Factura | Fecha Factura | Fecha entrega medicamento | NIT Proveedor | Nombre Proveedor     | Código Medicamento (NIVISA) | Nombre Medicamento | Cantidad | Valor Factura | Valor Cuota Moderadora | Valor Recobro |
|------------------------|-----------------|----------------------|------------------------|---------------|------------------|-------------|---------------|---------------------------|---------------|----------------------|-----------------------------|--------------------|----------|---------------|------------------------|---------------|
| 1                      | 9010            | 02/01/2017           | 21/02/2016             | S             | 1                | 38          | 05/01/2017    | 05/01/2017                | 09000000      | ATENDEMOS SUBSIDIADO | 24031404-04-001A000         | REDEVANT 927MG     | 30       | \$ 500        | \$ 155                 | \$ 155555     |
| 2                      | 9011            | 03/01/2017           | 24/02/2016             | S             | 1                | 42          | 06/01/2017    | 06/01/2017                | 09000000      | ATENDEMOS SUBSIDIADO | 00051522-01-0002B01         | VIMADINEF-TABLETAS | 90       | \$ 500        | \$ 155                 | \$ 155555     |
| <b>TOTAL RECOBRADO</b> |                 |                      |                        |               |                  |             |               |                           |               |                      |                             |                    |          | <b>\$ 400</b> |                        |               |





**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**  
**SOLICITUD DE RECUBRO POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS NO POS - CTC (MYT-01)**  
**N° CONSECUTIVO PARA RADICACIONES DE ENTIDAD RECLAMANTE**  
**NUMERO CONSECUTIVO DEL RECUBRO**

**1001**  
**1004**

**1. Datos de la entidad**

**Tipo de Entidad:** EPS ☐ EPSS ☒ EOC ☐ **CÓDIGO SNC** \_\_\_\_\_

**Razón Social** \_\_\_\_\_ **EPS SURA**

**2. Datos del afiliado**

**Tipo Documento cc** ☒ **N** ☐ **CC** ☐ **CE** ☐ **PA** ☐ **SI** ☐ **HS** ☐ **Número de Documento de identidad** **8901234**

**Primer Apellido** **Castaño** **Segundo Apellido** **Perez**

**Primer Nombre** **Marcio** **Segundo Nombre** **Antonio**

**T de afiliación:** Cotizante ☐ Beneficiario ☐ Subordinado ☒ **Nivel de cuota moderador** A ☐ B ☐ C ☐ E(cuocoto) ☒ X

**Código diagnóstico (CIE10):** **0**

Página 1

**4. Declaración de la entidad**

| DOCUMENTOS                                         | No. Pos  | No. Falt |
|----------------------------------------------------|----------|----------|
| Copia(s) de Acta de CTC                            | 1        | 1        |
| Factura(s) del proveedor                           | 1        | 1        |
| Formulario(s) PMD(s)                               | 1        | 1        |
| Documento por el cual se le entrega el medicamento | 1        | 1        |
| <b>TOTALES</b>                                     | <b>1</b> | <b>1</b> |

**Datos de la solicitud en la que se anexó la copia del Acta a del Recubro anterior**

|                                                                                   |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|
| No. del Acta de CTC                                                               | 0    |
| No. de consecutivo para radicar el Acta a del Recubro anterior (Formulario MYT-R) | 1001 |
| No. Consecutivo del recubro (Formulario MYT-R)                                    | 1004 |
| No. Radicación de recubro anterior (Formulario MYT-R)                             | 0    |

**3. Datos del recubro**

| Item | No. Acta de CTC | Fecha de Acta de CTC | Fecha solicitud Médico | Período (S/N) | Período suministro | No. Factura | Fecha Factura | Fecha entrega medicamento | NIT Proveedor | Nombre Proveedor        | Código Medicamento (NAMA) | Nombre Medicamento | Cantidad | Valor Factura | Valor Cuota Moderadora | Valor Recubro |
|------|-----------------|----------------------|------------------------|---------------|--------------------|-------------|---------------|---------------------------|---------------|-------------------------|---------------------------|--------------------|----------|---------------|------------------------|---------------|
| 1    | 100             | 10/10/2017           | 10/10/2017             | 1             | 1                  | 10          | 10/10/2017    | 10/10/2017                | 100000        | ATENCIONES SUBSIDIARIAS | 100000-01-00000000        | ACTUACIONES        | 10       | 500           | 500                    | 100000        |

# FORMATOS E INSTRUCTIVOS

<http://www.adres.gov.co/>

FOSYGA  
Fondo de Solidaridad y Garantía

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Inicio Trámites MUI BDU ECAT Compensación Solidaridad REX MYT Financiera

Noticias

16 De conformidad con lo previsto en el numeral 6 del Artículo 38 de la Resolución 3951 de 2016, que señala: 6. Constancia de pago, salvo cuando al momento de radicación de la solicitud, el proveedor de servicios o de tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se encuentre incluido dentro de la metodología que para el efecto defina el Fosyga o la entidad que haga sus veces, el cual será publicado en la página web del Fosyga de manera semestral.

Resultado de auditoría de los recobros

MYT/Procesos-y-procedimientos-MYT/Formatos-MYT

MYT Procesos y procedimientos MYT Formatos MYT

Formatos

En esta sección usted podrá consultar los formatos para el proceso integral de recobros por beneficios extraordinarios al Plan Obligatorio de Salud.

| Formato               | Descripción                                                                      | Instructivo                                              |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Formato MYT-R         | Radicación de solicitudes de recobros por medicamentos NO POS y fallos de tutela | Instructivo Formato MYT-R                                |
| Formato MYT-R Anexo 1 | Radicación de solicitudes de Recobro                                             | Instructivo MYT-R anexo 1<br>Anexo tecnico MYT-R Anexo 1 |
| Formato MYT-01        | Solicitud de recobro por concepto de medicamentos NO POS - CTC                   | Instructivo Formato MYT-01<br>Anexo tecnico MYT-01       |
| Formato MYT-02        | Solicitud de recobro por concepto de prestaciones ordenadas por fallos de tutela | Instructivo Formato MYT-02<br>Anexo tecnico MYT-02       |
| Formato MYT-03        | Envío de documentación de recobros con estado de aprobación                      | Instructivo Formato MYT-03                               |

Noticias B.D.U.A

Pago Rex Mallas

Normas Preguntas

Glosario Contacto

# ACCESO PARA DESCARGAR MALLA VALIDADORA FOSYGA

**FOSYGA**  
Fondo de Solidaridad y Garantía

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Inicio Trámites MUI BDUA ECAT Compensación Solidaridad REX MYT Financiera

**Listado de Proveedores I Semestre 2017**

16 De conformidad con lo previsto en el numeral 6 del Artículo 38 de la Resolución 3951 de 2016, que señala: 6. Constanza de pago, salvo cuando al momento de radicación de la solicitud, el proveedor de servicios o de tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se encuentre incluido dentro del listado de proveedores que resulte de la aplicación de la metodología que para el efecto define el Fosyga o la entidad que haga sus veces, el cual será publicado en la página web del Fosyga de manera semestral.

Resultado de auditoría de los recobros asignados al paquete 1016

|                                             |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |
|---------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|                                             | General     | Requerida para la malla validadora de BDUA y ECAT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Descargar |
| Maquina Virtual de Java 1.5                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |
| Malla Validadora                            | MUI         | Malla validadora de estructura para el cargue de información de pólizas expedidas y siniestros cancelados de acuerdo con la Resolución 1231 de 2015, Versión App: 5.4 - Versión Datos: 6.81.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Descargar |
| Validador MYT                               | MYT         | Malla Validadora para el manejo de Recobros de Medicamentos No Pos y Fallos de Tutela, esta malla permite la validación de los archivos presentados en los formatos MYT-01 (Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS-CTC), MYT-02 (Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela), MYT-03 (Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS y fallos de tutela con estado de Aprobación Condicionada) y MYT-04 (Formato objeción a la auditoría realizada), bajo la Nota Externa 7786 del Ministerio de la Protección Social, 17 de Enero del 2017. | Descargar |
| Malla Validadora MYT Resolución 832 de 2013 | MYT         | Malla para validar los medios magnéticos a radicar en virtud de la Resolución 832 de 2013, 13 de agosto 2013.<br><br>Fecha de actualización: 17 de Enero del 2017.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Descargar |
| Malla validadora                            | Solidaridad | Modificada mediante resolución 5394 de 2013, 10/04/2014<br>Malla de validación autorización Giro Directo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Descargar |

62-8010/paginaweb/MYT/mallas/StpMyT.zip

**La base de datos de la malla validadora se deberá actualizar cada mes antes de radicar (Descargar de la Página adres)**

## DESCARGA Y MANUAL DE INSTALACIÓN MALLA FOSYGA

La malla validadora Fosyga se descarga en la siguiente ruta

<http://www.adres.gov.co/MYT/Procesos-y-procedimientos-MYT/Manuales-MYT>

|                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |
|------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Validador<br>MYT | MYT | Malla Validadora para el manejo de Recobros de Medicamentos No Pos y Fallos de Tutela, está malla permite la validación de los archivos presentados en los formatos MYT-01 (Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS-CTC), MYT-02 (Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela), MYT-03 (Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS y fallos de tutela con estado de Aprobación Condicionada) y MYT-04 (Formato objeción a la auditoría realizada), bajo la Nota Externa 7786 del Ministerio de la Protección Social. 17 de Enero del 2017. | Descargar |
|------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

Cuando se da en “Descargar” baja un archivo comprimido (StpMyT.zip), al Abrir el archivo se ven varios carpetas, para instalación seguir instrucciones del manual.

Archivos contenidos en el Zip que se descarga

| Nombre              | Tamaño      | Tamaño comp... | Modificado       |
|---------------------|-------------|----------------|------------------|
| ..                  |             |                |                  |
| CrystalReports10_5  | 42 559 488  | 38 081 712     | 2016-12-29 12:05 |
| WindowsInstaller3_1 | 2 585 872   | 2 526 436      | 2016-12-29 12:05 |
| Manejo_Archivos.bak | 190 572 032 | 17 301 430     | 2017-01-17 17:01 |
| setup.exe           | 438 272     | 190 302        | 2016-10-27 17:04 |
| StpMyT.msi          | 8 609 280   | 7 964 888      | 2016-10-27 17:04 |

Manuales

En esta sección usted podrá consultar los manuales para el proceso integral de recobros por beneficios extraordinarios al Plan Obligatorio de Salud.

Manual de Usuario Malla MYT - [Descargar](#)

Manual de Instalación Malla MYT - [Descargar](#)

## VALIDAR ARCHIVO CUM PARA ACTUALIZARLO EN MALLA FOSYGA

La base de datos de la malla validadora se deberá actualizar cada mes (entre el 17 y 25) antes de radicar en la EPS

<http://www.adres.gov.co/Inicio/Mallas-Validadoras>

|                  |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |
|------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Validador<br>MYT | MYT | Malla Validadora para el manejo de Recobros de Medicamentos No Pos y Fallos de Tutela, está malla permite la validación de los archivos presentados en los formatos MYT-01 (Formato solicitud de recobro por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS-CTC), MYT-02 (Formato solicitud de recobro por concepto de fallos de tutela), MYT-03 (Formato remisión documentación recobros de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud No POS y fallos de tutela con estado de Aprobación Condicionada) y MYT-04 (Formato objeción a la auditoría realizada), bajo la Nota Externa 7786 del Ministerio de la Protección Social. 17 de Enero del 2017. | Descargar |
|------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

Dar click en  
Descargar

| Nombre              | Tamaño      | Tamaño comp... | Modificado       |
|---------------------|-------------|----------------|------------------|
| ..                  |             |                |                  |
| CrystalReports10_5  | 42 559 488  | 38 081 712     | 2016-12-29 12:05 |
| WindowsInstaller3_1 | 2 585 872   | 2 526 436      | 2016-12-29 12:05 |
| Manejo_Archivos.bak | 190 572 032 | 17 301 430     | 2017-01-17 17:01 |
| setup.exe           | 438 272     | 190 302        | 2016-10-27 17:04 |
| StpMyT.msi          | 8 609 280   | 7 964 888      | 2016-10-27 17:04 |

Cuando se da en “Descargar” baja un archivo comprimido (StpMyT.zip), al Abrir el archivo se ven varios carpetas solo descargar y actualizar el archivo (Manejo\_Archivos.bak

## PREGUNTAS FRECUENTES

- **Que pasa si el fallo de tutela exige el cobro de cuota de recuperación?**

R/ En este caso No se debe recaudar cuota de recuperación y se debe aclarar en las observaciones de la factura (Exento de cuota de recuperación por fallo de tutela).

- **Se puede realizar un solo pdf con todas las imágenes de la factura?**

R/ Si con y el nombre del pdf es el número de la factura.

- **Los vitales no disponibles se facturan a la EPS?**

R/ Si

- **Donde se encuentran los formatos y los instructivos para el diligenciamiento del cobro?**

R/ En la web siguiendo la ruta <http://www.adres.gov.co/MYT/Procesos-y-procedimientos-MYT/Formatos-MYT>

- **Cuales formatos se deben diligenciar para el cobro?**

R/ Formato MYT-R, Formato MYT-R Anexo 1, Formato MYT-01, Planos en (txt), Formato de la SSSA en (Excel)

## PREGUNTAS FRECUENTES

- **Donde se encuentra el listado de los homólogos?**

**R/** En la página de EPS Sura [www.epssura.com.co](http://www.epssura.com.co) se encuentra publicado el listado de los homólogos, más no el valor. El valor corresponde al de la Institución.

- **Si tengo prestaciones de años anteriores, que deben incluir el valor del IVA, que porcentaje de IVA aplica?**

**R/** El vigente al momento de la elaboración de la factura.

- **Si en la Institución el médico define un homologado diferente al definido por EPS SURA cuál debo relacionar en la factura?**

**R/** Se factura con el que informa EPS SURA en la tabla de homólogos que está en la web.

- **Que pasa si no se entregan todos los soportes requeridos para el cobro ante la Secretaría Seccional de Salud?**

**R/** EPS SURA debe devolver las facturas a la Institución.

- **Que pasa si la Institución no valida los archivos por la malla actualizada del Fosyga?**

**R/** EPS SURA debe devolver las facturas a la Institución.

¡Gracias!



*Esta información esta sujeta a su clasificación*