

**MIPRES NoPBSUPC - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA  
REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC  
O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

**TRANSCRIPCIÓN**

**I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN MIPRES**

1) Seleccionar la opción que corresponda, y describir la situación.

Dificultades técnicas	<input type="checkbox"/>	Ausencia de servicio eléctrico	<input type="checkbox"/>	Aclaración:	<input type="text"/>	Firma del profesional de salud
Falta de conectividad	<input type="checkbox"/>	Inconsistencias de afiliación o identificación	<input type="checkbox"/>			

**II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS**

2) Fecha: Año:  Mes:  Dia:  Hora:  :

3) Razón Social: \_\_\_\_\_ 4) NIT:

5) Código Habilitación:

**III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**

6) Tipo Documento Identificación: CC  7) Número Documento Identificación:   
CE

8) Nombre Completo  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE

9) Especialidad: \_\_\_\_\_ 10) Registro Profesional: \_\_\_\_\_

**IV. DATOS INICIALES**

**DATOS DEL PACIENTE**

11) Tipo Documento Identificación:  CC  RC  TI  CE  PA  NV  CD  SC  PR  PE  12) Número Documento Identificación:

13) Nombre Completo  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE

**14) ÁMBITO DE ATENCIÓN**

Ambulatorio No Priorizado  Ambulatorio Priorizado  Hospitalario Domiciliario  Hospitalario Internación  Urgencias

15) Paciente con enfermedad huérfana? Si  No  16) Cual? \_\_\_\_\_

**17) DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD**

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Relacionado 1: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Relacionado 2: \_\_\_\_\_

**V. MEDICAMENTOS**

18) Tipo de Medicamento: Medicamento  Vital no Disponible  Preparación Magistral  UNIRS

19) Al diligenciar este formulario certifico que:

1. EL MEDICAMENTO A PRESCRIBIR NO ESTÁ FINANCIADO POR EL PBSUPC.
2. EL MEDICAMENTO A PRESCRIBIR NO SE ENCUENTRA EN FASE EXPERIMENTAL.
3. SE UTILIZARON LOS MEDICAMENTOS EXISTENTES EN EL PBSUPC - Selección Única.

Medicamento utilizado DCI \_\_\_\_\_

**Descripción de la Razón**

- Se utilizó y no se obtuvieron resultados clínicos o paraclínicos satisfactorios en el término previsto de sus indicaciones

- Se utilizó y se observaron reacciones adversas o intolerancia por el paciente

**4. Ó, SE DESCARTARON LOS MEDICAMENTOS EXISTENTES EN EL PBSUPC - Selección Única. (Si utilizó pase a 5.)**

Medicamento descartado DCI \_\_\_\_\_

**Descripción de la Razón**

- Se descartó porque se prevén reacciones adversas o intolerancia por el paciente

- Se descartó porque existen indicaciones o contraindicaciones expresas

- Se descartó porque no existe otra alternativa en el PBSUPC

- Se descartó porque se tiene mejor evidencia científica disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica

**5. LA INDICACIÓN O USO PREVISTO DEL MEDICAMENTO ESTÁ REGISTRADO/APROBADO POR EL COMPETENTE.**

Ó, EL MEDICAMENTO APARECE EN LA LISTA DE USO NO INDICADO EN EL REGISTRO SANITARIO - UNIRS.

**REQUIERE ANALISIS DE LA JUNTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD**

**6. EXISTE EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE SOBRE SEGURIDAD, EFICACIA Y EFECTIVIDAD CLÍNICA.**

Descripción de la evidencia \_\_\_\_\_

**MIPRES NoPBSUPC - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA  
REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC  
O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

**TRANSCRIPCIÓN**

**I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN MIPRES**

1) Seleccionar la opción que corresponda, y describir la situación.

Dificultades técnicas	<input type="checkbox"/>	Ausencia de servicio eléctrico	<input type="checkbox"/>	Aclaración:	<input type="text"/>	Firma del profesional de salud
Falta de conectividad	<input type="checkbox"/>	Inconsistencias de afiliación o identificación	<input type="checkbox"/>			

**II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS**

2) Fecha: Año:  Mes:  Dia:  Hora:  :

3) Razón Social: \_\_\_\_\_ 4) NIT:

5) Código Habilitación:

**III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**

6) Tipo Documento Identificación: CC  7) Número Documento Identificación:   
CE

8) Nombre Completo  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE

9) Especialidad: \_\_\_\_\_ 10) Registro Profesional: \_\_\_\_\_

**IV. DATOS INICIALES**

**DATOS DEL PACIENTE**

11) Tipo Documento Identificación:  CC  RC  TI  CE  PA  NV  CD  SC  PR  PE  12) Número Documento Identificación:

13) Nombre Completo  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE

**14) ÁMBITO DE ATENCIÓN**

Ambulatorio No Priorizado  Ambulatorio Priorizado  Hospitalario Domiciliario  Hospitalario Internación  Urgencias

15) Paciente con enfermedad huérfana? Si  No  16) Cual? \_\_\_\_\_

**17) DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD**

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Relacionado 1: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Relacionado 2: \_\_\_\_\_

**VI. PRESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO NO PBSUPC**

20) Tipo de Prestación: Única  Sucesiva

21) Principio Activo en Denominación Común Internacional - DCI  22) Principio Activo-Concentración   
Número  Unidad de medida

23) Forma Farmacéutica

25) Justificación No PBS

24) Vía de Administración

26) Medicamento NoPBSUPC y UNIRIS? No  Si

27) Dosis	28) Frecuencia de Administración	29) Indicaciones Especiales	30) Duración Tratamiento	31) Cantidad Total	
Número	Unidad de Medida	Cada	Unidad de Tiempo	Número	Unidad Farmacéutica

32) Indicaciones o Recomendaciones para el paciente:

33) Firma profesional de salud:

**XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriotor de la EPS:**

81) Fecha Transcripción: Año:  Mes:  Dia:  Hora:  :

82) Número de prescripción que genera MIPRES No PBSUPC

83) Firma profesional de salud Transcriotor

**MIPRES No PBSUPC - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA  
REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC  
O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

**TRANSCRIPCIÓN**

**I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN MIPRES**

1) Seleccionar la opción que corresponda, y describir la situación.

Dificultades técnicas	<input type="checkbox"/>	Ausencia de servicio eléctrico	<input type="checkbox"/>	Aclaración:	<input type="text"/>	Firma del profesional de salud
Falta de conectividad	<input type="checkbox"/>	Inconsistencias de afiliación o identificación	<input type="checkbox"/>			

**II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS**

2) Fecha: Año:  Mes:  Dia:  Hora:  :

3) Razón Social: \_\_\_\_\_ 4) NIT:

5) Código Habilitación:

**III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**

6) Tipo Documento Identificación: CC  7) Número Documento Identificación:

CE

8) Nombre Completo  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE

9) Especialidad: \_\_\_\_\_ 10) Registro Profesional: \_\_\_\_\_

**IV. DATOS INICIALES**

**DATOS DEL PACIENTE**

11) Tipo Documento Identificación:  CC  RC  TI  CE  PA  NV  CD  SC  PR  PE  12) Número Documento Identificación:

13) Nombre Completo  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE

**14) ÁMBITO DE ATENCIÓN**

Ambulatorio No Priorizado  Ambulatorio Priorizado  Hospitalario Domiciliario  Hospitalario Internación  Urgencias

15) Paciente con enfermedad huérfana? Si  No  16) Cual? \_\_\_\_\_

**17) DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD**

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Relacionado 1: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Relacionado 2: \_\_\_\_\_

**VII. PROCEDIMIENTOS**

34) Al diligenciar este formulario certifico que:  
 1. EL PROCEDIMIENTO TIENE CUPS O ES COMBINACIÓN DE CUPS.  CUPS 1   
 2. EL PROCEDIMIENTO NO SE ENCUENTRA FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC.  CUPS 2   
 3. SE UTILIZÓ LO EXISTENTE EN EL PBSUPC.  CUPS 3   
 4. SE DESCARTÓ LO EXISTENTE EN EL PBSUPC - Selección Única. (Si utilizó pase a VIII.)  CUPS 4

Procedimiento utilizado:  CUPS

4. Ó, SE DESCARTÓ LO EXISTENTE EN EL PBSUPC - Selección Única. (Si utilizó pase a VIII.)

**Descripción de la Razón**

- Se descartó porque no existe alternativa en el PBS.

- Se descartó porque se tiene mejor evidencia científica disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica.

Procedimiento descartado:  CUPS

**RECUERDE QUE TODOS LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS NECESARIOS E INSUSTITUIBLES ESTÁN INCLUIDOS EN EL PROCEDIMIENTO**

**VIII. PRESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO NO PBSUPC**

35) Tipo de Prestación: Única  Sucesiva

36) Procedimiento - CUPS

38) Cantidad	39) Frecuencia de uso Cada _____ Unidad de Tiempo	40) Duración Tratamiento	
		Cantidad	Período
41) Cantidad Total			

43) Indicaciones o Recomendaciones para el Paciente

44) Firma profesional de salud

**XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriotor de la EPS:**

81) Fecha Transcripción: Año:  Mes:  Dia:  Hora:  :

82) Número de prescripción que genera MIPRES No PBSUPC

83) Firma profesional de salud Transcriotor

**MIPRES NoPBSUPC - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA  
REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC  
O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

**TRANSCRIPCIÓN****I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN MIPRES**

1) Seleccionar la opción que corresponda, y describir la situación.

Dificultades técnicas	<input type="checkbox"/>	Ausencia de servicio eléctrico	<input type="checkbox"/>	Aclaración:	<input type="text"/>	Firma del profesional de salud
Falta de conectividad	<input type="checkbox"/>	Inconsistencias de afiliación o identificación	<input type="checkbox"/>			

**II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS**2) Fecha: Año:  Mes:  Dia:  Hora:  : 3) Razón Social: \_\_\_\_\_ 4) NIT: 5) Código Habilitación: **III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**6) Tipo Documento Identificación: CC  7) Número Documento Identificación:   
CE 8) Nombre Completo  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE

9) Especialidad: \_\_\_\_\_ 10) Registro Profesional: \_\_\_\_\_

**IV. DATOS INICIALES****DATOS DEL PACIENTE**11) Tipo Documento Identificación:  CC  RC  TI  CE  PA  NV  CD  SC  PR  PE  12) Número Documento Identificación: 13) Nombre Completo  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE**14) ÁMBITO DE ATENCIÓN**Ambulatorio No Priorizado  Ambulatorio Priorizado  Hospitalario Domiciliario  Hospitalario Internación  Urgencias 15) Paciente con enfermedad huérfana? Si  No  16) Cual? \_\_\_\_\_**17) DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD**

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Relacionado 1: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Relacionado 2: \_\_\_\_\_

**IX. DISPOSITIVOS MÉDICOS**

45) Al diligenciar este formulario certifico que:

1. SE AGOTÓ LA COBERTURA DEL PBSUPC.

**RECUEDE QUE TODOS LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS NECESARIOS E INSUSTITUIBLES ESTÁN INCLUIDOS EN EL PROCEDIMIENTO****X. PRESCRIPCIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO NO PBSUPC**46) Tipo de Prestación: Única  Sucesiva 47) Dispositivo Médico: 

48) Cantidad	49) Frecuencia de uso Cada _____	50) Duración Tratamiento	
		Unidad de Tiempo	Cantidad
51) Cantidad Total			

53) Indicaciones o Recomendaciones para el Paciente 54) Firma profesional de salud: **XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcripción de la EPS:**81) Fecha Transcripción: Año:  Mes:  Dia:  Hora:  : 82) Número de prescripción que genera MIPRES No PBSUPC 83) Firma profesional de salud Transcripción

**MIPRES NoPBSUPC - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA  
REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC  
O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

**TRANSCRIPCIÓN****I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN MIPRES**

1) Seleccionar la opción que corresponda, y describir la situación.

Dificultades técnicas	<input type="checkbox"/>	Ausencia de servicio eléctrico	<input type="checkbox"/>	Aclaración:	<input type="text"/>	Firma del profesional de salud
Falta de conectividad	<input type="checkbox"/>	Inconsistencias de afiliación o identificación	<input type="checkbox"/>			

**II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS**2) Fecha: Año:  Mes:  Dia:  Hora:  : 3) Razón Social: \_\_\_\_\_ 4) NIT: 5) Código Habilitación: **III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**6) Tipo Documento Identificación: CC  7) Número Documento Identificación:   
CE 

8) Nombre Completo PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

9) Especialidad: \_\_\_\_\_ 10) Registro Profesional: \_\_\_\_\_

**IV. DATOS INICIALES****DATOS DEL PACIENTE**11) Tipo Documento Identificación: 12) Número Documento Identificación:  
CC  RC  TI  CE  PA  NV  CD  SC  PR  PE  

13) Nombre Completo PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

**14) ÁMBITO DE ATENCIÓN**Ambulatorio No Priorizado  Ambulatorio Priorizado  Hospitalario Domiciliario  Hospitalario Internación  Urgencias 15) Paciente con enfermedad huérfana? Si  No  16) Cual? \_\_\_\_\_**17) DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD**

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Relacionado 1: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Relacionado 2: \_\_\_\_\_

**XI. PRODUCTO DE SOPORTE NUTRICIONAL**

55) Al diligenciar este formulario certifico que:

**1. EL PRODUCTO NUTRICIONAL ESTÁ REGISTRADO POR EL INVIMA.**

56) Indique si el paciente tiene uno o más de los siguientes diagnósticos y si es confirmado o no:

**Diagnóstico Confirmado**

- Enfermedad Huérfana, Enfermedad Rara, Ultra-Huérfana y Olvidada  Si  No  \*En caso de no presentar ninguna de estas patologías, por favor continúe el diligenciamiento del formulario.
- VIH  Si  No
- Cáncer en Cuidado Paliativo  Si  No
- Enfermedad Renal Crónica Estadio V  Si  No

RECUEDE, SI ESTÁ EN ÁMBITO AMBULATORIO SU PRESCRIPCIÓN SERÁ ANALIZADA POR LA JUNTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD

**XII. PRESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO DE SOPORTE NUTRICIONAL NO PBSUPC**57) Tipo de Prestación: Única  Sucesiva 58) Tipo de Producto de Soporte Nutricional  59) Producto de Soporte Nutricional 60) Forma  61) Vía de Administración 

62) Dosis	63) Frecuencia de Administración	64) Indicaciones Especiales	65) Duración Tratamiento	66) Cantidad Total
Número	Unidad de Medida	Cada	Unidad de Tiempo	Cada

67) Justificación No PBSUPC: 68) Indicaciones o Recomendaciones para el paciente: 69) Firma profesional de salud: **XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:**81) Fecha Transcripción: Año:  Mes:  Dia:  Hora:  : 82) Número de prescripción que genera MIPRES No PBSUPC 83) Firma profesional de salud Transcriptor

**MIPRES NoPBSUPC - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA  
REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC  
O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

**TRANSCRIPCIÓN**

**I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN MIPRES**

1) Seleccionar la opción que corresponda, y describir la situación.

Dificultades técnicas	<input type="checkbox"/>	Ausencia de servicio eléctrico	<input type="checkbox"/>	Aclaración:	<input type="text"/>	Firma del profesional de salud
Falta de conectividad	<input type="checkbox"/>	Inconsistencias de afiliación o identificación	<input type="checkbox"/>			

**II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS**

2) Fecha: Año:  Mes:  Dia:  Hora:  :

3) Razón Social: \_\_\_\_\_ 4) NIT:

5) Código Habilitación:

**III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD**

6) Tipo Documento Identificación: CC  7) Número Documento Identificación:   
CE

8) Nombre Completo  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE

9) Especialidad: \_\_\_\_\_ 10) Registro Profesional: \_\_\_\_\_

**IV. DATOS INICIALES**

**DATOS DEL PACIENTE**

11) Tipo Documento Identificación:  CC  RC  TI  CE  PA  NV  CD  SC  PR  PE  12) Número Documento Identificación:

13) Nombre Completo  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO  PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE

**14) ÁMBITO DE ATENCIÓN**

Ambulatorio No Priorizado  Ambulatorio Priorizado  Hospitalario Domiciliario  Hospitalario Internación  Urgencias

15) Paciente con enfermedad huérfana? Si  No  16) Cual? \_\_\_\_\_

**17) DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD**

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Relacionado 1: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Relacionado 2: \_\_\_\_\_

**XIII. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

**RECUERDE, LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SERÁN ANALIZADOS POR LA JUNTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD**

70) Al diligenciar este formulario certifico que:

1. EL USO DEL SERVICIO NO ES COSMÉTICO NI SUNTUARIO.
2. EL SERVICIO SÍ SE PRESTARÁ EN COLOMBIA.
3. EL SERVICIO CORRESPONDE A LA CONDICIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE.

Justificación: \_\_\_\_\_

**XIV. PRESCRIPCIÓN SERVICIO COMPLEMENTARIO NO PBSUPC**

71) Tipo de Prestación: Única  Sucesiva

72) Tipo de Servicio Complementario

73) Descripción Servicio Complementario

78) Justificación No PBSUPC:

74) Cantidad	75) Frecuencia de uso		76) Duración Tratamiento	
	Cada	Unidad de Tiempo	Cantidad	Periodo
77) Cantidad Total				

79) Indicaciones o Recomendaciones para el paciente

80) Firma profesional de salud:

**XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:**

81) Fecha Transcripción: Año:  Mes:  Dia:  Hora:  :

82) Número de prescripción que genera MIPRES No PBSUPC

83) Firma profesional de salud Transcriptor