

1.3.2 CERVEZAS Y SIFONES NACIONALES.

El impuesto al consumo de cervezas y sifones, de conformidad con la Ley [223](#) de 1995 y demás normas concordantes, es de propiedad de la Nación y su producto se encuentra cedido a los Departamentos y al Distrito Capital, en proporción al consumo en sus jurisdicciones.

El hecho generador está constituido por el consumo de cervezas y sifones en el territorio nacional y, en el caso de los productos nacionales, el impuesto se causa en el momento en que el productor los entrega en fábrica o en planta para su distribución, venta o permuta en el país, o para publicidad, promoción, donación, comisión o los destina a autoconsumo.

La tarifa vigente, de conformidad con las Leyes [223](#) de 1995 y [863](#) de 2003, es el 51% y se distribuye así:

1. Ocho (8) puntos porcentuales que corresponden al impuesto sobre las ventas, el cual se destina a financiar el segundo y tercer nivel de atención en salud,
2. Tres (3) puntos porcentuales como IVA que se consignan a favor del Tesoro Nacional, y
3. Cuarenta (40) puntos porcentuales que corresponden al Impuesto al Consumo.

El período gravable de este impuesto es mensual y los productores están en la obligación de declarar, ante las correspondientes Secretarías de Hacienda Departamentales o del Distrito Capital, según el caso, dentro de los quince (15) días calendario siguientes al vencimiento de cada período gravable. En el mismo plazo deben pagar directamente a los Fondos Departamentales o Direcciones Seccionales de Salud y/o al Fondo Distrital de Salud el porcentaje destinado al sector.

1.3.3 CERVEZAS, LICORES, VINOS, APERITIVOS Y SIMILARES EXTRANJEROS.

El Fondo Cuenta de impuestos al consumo de productos extranjeros fue creado, mediante el artículo [224](#) de la Ley 223 de 1995, como una cuenta especial dentro del presupuesto de la Corporación Conferencia Nacional de Gobernadores (hoy Federación Nacional de Departamentos) para depositar allí los recaudos por concepto de los impuestos al consumo de productos extranjeros.

El Decreto 2024 de 1996 estableció que el recaudo de los impuestos al consumo de licores, cervezas y cigarrillos extranjeros se haría, a partir del 1o de marzo de 1997, a través del Fondo Cuenta.

Mediante la Resolución 01 de 1996, proferida por la Asamblea de Gobernadores y el Alcalde del Distrito Capital, se reglamentó lo relativo a la administración, la destinación de los rendimientos financieros y la adopción de los mecanismos para dirimir las diferencias que surjan por la distribución de los recursos del Fondo Cuenta.

Entre las obligaciones del Fondo Cuenta se encuentra la de distribuir y girar los dineros recaudados por Impuesto al Consumo, dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, a los departamentos y al Distrito Capital, en proporción al consumo en cada uno de ellos; para lo cual el Secretario de Hacienda remite una relación detallada de los productos importados introducidos al departamento o al Distrito Capital en el mes, según las declaraciones presentadas por los responsables.

1.3.3.1 Proceso de Recaudo

Los importadores declaran y pagan el Impoconsumo a órdenes del Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros, de conformidad con el artículo [213](#) de la Ley 223 de 1995, en el momento de la importación, conjuntamente con los impuestos y derechos nacionales que se causen en la misma.

Posteriormente, en el momento de la introducción a cada entidad territorial, deben declarar ante las Secretarías de Hacienda por los productos introducidos en cada departamento.

La base gravable para los licores, vinos, aperitivos y similares importados está constituida por el número de grados alcohólicos que contenga el producto[5]; para las cervezas importadas la base está constituida por el valor en aduana, incluyendo gravámenes arancelarios, adicionado en un 30% como margen de comercialización[6].

Las tarifas para las cervezas, licores, vinos, aperitivos y similares importados son las mismas determinadas para los productos nacionales.

1.3.3.2. Proceso de Giro a los Departamentos [7]

Las Secretarías de Hacienda Departamentales y del Distrito Capital están en la obligación de remitir a la Federación Nacional de Departamentos, dentro de los últimos cinco (5) días calendario de cada mes, una relación detallada de las declaraciones presentadas de los productos importados introducidos, durante el mes, al departamento o al Distrito Capital, según el caso.

El Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros, con base en las anteriores relaciones, distribuye y gira los dineros recaudados, dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, a los departamentos y al Distrito Capital, en proporción al consumo en cada uno de ellos.

El Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros está en la obligación de girar directamente a los Fondos de Salud Departamentales y del Distrito Capital los recursos destinados a salud.

1.4 ESTADOS FINANCIEROS.

La Ley 10 de 1990 en el artículo 39 establece unas obligaciones especiales para los sujetos pasivos de impuestos con destinación a los servicios de salud, entre las que se encuentra la de presentar los estados financieros, dictaminados por un contador público o una firma de auditoría, debidamente autorizada, anualmente, o cuando así lo solicite, en cualquier tiempo, la Superintendencia Nacional de Salud o la dirección seccional o local del sistema de salud.

La Ley [222](#) de 1995, por la cual se modificó el Código de Comercio, en su artículo [34](#) estableció que las sociedades deben cortar sus cuentas, a fin de cada ejercicio social y por lo menos una vez al año, así como preparar y difundir los estados financieros de propósito general, debidamente certificados, y difundirlos junto con la opinión profesional correspondiente, según el caso.

Igualmente, facultó a las entidades gubernamentales que ejercen inspección, vigilancia o control, para exigir la preparación y difusión de estados financieros de períodos intermedios, en caso de ser necesario.

Ahora, el artículo [36](#) ibídem dispone que los estados financieros estén acompañados de sus notas,

con las cuales conforman un todo indivisible. Los estados financieros y sus notas se prepararán y presentarán conforme a los principios de contabilidad generalmente aceptados.

Adicionalmente, en los artículos [37](#) y [38](#) se definen los estados financieros certificados y los dictaminados, siendo los primeros aquellos en los que el representante legal y el contador público, bajo cuya responsabilidad se prepararon, certifican que han verificado previamente las afirmaciones contenidas en los mismos, conforme al reglamento, y que las cifras se han tomado fielmente de los libros.

Los estados financieros dictaminados son estados certificados, por el Representante Legal y el Contador, que se acompañan de la opinión profesional del Revisor Fiscal o, a falta de este, del Contador Público independiente que los hubiere examinado de conformidad con las normas de auditoría generalmente aceptadas.

Los estados financieros dictaminados deben ser suscritos por el Revisor Fiscal o Contador Público independiente, anteponiendo la expresión “ver la opinión adjunta” u otra similar, para que el sentido y alcance de su firma sea el que se indique en el dictamen correspondiente.

Los estados financieros certificados y los dictaminados, de conformidad con el artículo [39](#) de la Ley 222 de 1995, se presumen auténticos. Adicionalmente, el artículo [43](#) de la citada ley establece que serán sancionados penalmente quienes a sabiendas suministren datos a las autoridades o expidan constancias o certificaciones contrarias a la realidad, ordenen, toleren, hagan o encubran falsedades en los estados financieros o en sus notas.

1.5 COMPETENCIAS Y OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES.

Ley 223 de 1995 en su artículo [221](#) determinó que la fiscalización, liquidación oficial, discusión, cobro, y recaudo de los impuestos al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, nacionales y extranjeros, es de competencia de los departamentos, la cual se ejercerá a través de los órganos encargados de la administración fiscal.

El Decreto 1542 de 1998, dispone que:

“Artículo 1o. De conformidad con los artículos [356](#), [357](#) y [359](#) de la Constitución Política, las participaciones establecidas en la Constitución y en la ley en favor de las entidades territoriales con destino al sector salud, tienen una destinación específica. Las autoridades locales y los demás servidores públicos del nivel territorial que tengan a su cargo la distribución y utilización de dichos recursos responderán penal, fiscal y disciplinariamente cuando estos se apliquen a fines distintos de los previstos en la Constitución y la ley”. Negrilla fuera de texto.

La Ley [715](#) de 2001, por la cual se dictaron normas orgánicas en materia de recursos y competencias, le estableció al sector salud de cada departamento, entre otras, las siguientes funciones y reglas:

1. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.
2. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.
3. Adecuar y orientar su estructura administrativa, técnica y de gestión, para el ejercicio de las

competencias asignadas, que deberán cumplirse con recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud y con recursos propios.

4. Disponer de un sistema que genere información periódica sobre el manejo presupuestal y contable de los recursos destinados a salud.

Con la expedición de la Ley 788 de 2002 el IVA cedido al sector salud, por licores, vinos, aperitivos y similares, quedó incorporado dentro de la tarifa del impuesto al consumo, o dentro de la tarifa de la participación, según el caso, y se liquida como un único impuesto o participación, por tanto, los Departamentos son los competentes para adelantar las funciones de administración y control del tributo.

En relación con la fiscalización del IVA generado en las cervezas de producción nacional y extranjera se tiene que la Ley 788 ídem dispuso que a las autoridades tributarias de los Departamentos y el Distrito Capital les compete la fiscalización, liquidación oficial y discusión del impuesto al consumo.

1.6- IMPUESTO AL CONSUMO Y/O PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DE LICORES, VINOS, APERITIVOS Y SIMILARES.

<Numeral adicionado por la Circular 62 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> El párrafo 1o del artículo 8o de la Ley 1393 de julio 12 de 2010, “por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones”, establece que “Del total recaudado por concepto del impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y/o participación, una vez descontado el porcentaje de IVA cedido a que se refiere el párrafo 2o del artículo 50 de la Ley 788 de 2002, los departamentos destinarán un 6% en primer lugar a la universalización en el aseguramiento, incluyendo la primera atención a los vinculados según la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional; en segundo lugar, a la unificación de los planes de beneficios obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado...”.

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular 62 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.777 de 21 de julio de 2010.

2. INSTRUCCIONES.

Con el fin de asegurar la efectividad en la obtención del recurso y la oportunidad del recaudo, giro y transferencia de las rentas del monopolio de licores destilados, así como del IVA destinado al sector salud y en aras de hacer expedito el mecanismo que permita verificar la oportunidad en el recaudo, giro y transferencia de los recursos provenientes del impuesto sobre las ventas cedido a salud, este despacho imparte las siguientes instrucciones:

2.1. PRODUCTORES DE LICORES, VINOS, APERITIVOS Y SIMILARES NACIONALES.

<Numeral modificado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Los archivos que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser remitidos por parte de los productores de licores, vinos, aperitivos y similares nacionales, cualquiera que sea su

naturaleza jurídica. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complementa y/o aclare la información reportada.

<Tabla modificada por la Circular 59 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

Archivo Plano	Periodicidad	Plazo
Declaraciones Impoconsumo	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes
Descontables	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Notas de Vigencia

- Tabla modificada por la Circular 59 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.
- Tabla modificada por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009. Dicha modificación empezará a regir a partir de la vigencia 2010, por lo tanto el primer reporte se enviará dentro los días primeros días del mes de febrero.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 57 de 2009:

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Base gravable mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Pagos de impuesto mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Estados Financieros Anual 10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Texto modificado por la Circular 52 de 2008:

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Declaraciones Impoconsumo Mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Exportaciones Mensual

Inventario de Insumo Envases Mensual

Inventario de Productos Terminados Mensual

Ventas a San Andrés Mensual

Reenvíos Mensual

Descontables Mensual

Estados Financieros Anual 10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Registro Sanitario Invima Mensual 10 primeros días calendario de cada mes, cuando se realicen modificaciones o se tramiten nuevos registros.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular 52 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.1 Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de los productores de licores, vinos, aperitivos y similares nacionales, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Declaraciones Imponconsumo Mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Exportaciones Mensual

Inventario de Insumo Envases Mensual

Inventario de Productos

Terminados Mensual

Ventas a San Andrés Mensual

Reenvíos Mensual

Descontables Mensual

Estados Financieros Anual 10 primeros días calendario

del mes de abril de cada año.

Registro Sanitario Invima Mensual 10 primeros días calendario

de cada mes, cuando se

realicen modificaciones o se

tramiten nuevos registros.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

2.2. PRODUCTORES DE CERVEZAS Y SIFONES NACIONALES.

<Numeral modificado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los archivos que se relacionan a continuación deberán ser remitidos por parte de los productores de cervezas y sifones nacionales, cualquiera que sea su naturaleza jurídica. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

<Tabla modificada por la Circular 59 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

Archivo Plano	Periodicidad	Plazo
Liquidación	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.
Notas de Vigencia		

- Tabla modificada por la Circular 59 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.

- Tabla modificada por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009. Dicha modificación empezará a regir a partir de la vigencia 2010, por lo tanto el primer reporte se enviará dentro los días primeros días del mes de febrero.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 57 de 2009:

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Base gravable mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Pagos de impuesto mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Estados Financieros Anual 10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Texto modificado por la Circular 52 de 2008:

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Liquidación Mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Ventas a San Andrés Mensual

Reenvíos Mensual

Inventario de Productos Terminados Mensual

Estados Financieros Mensual 10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular 52 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.2 Los formularios que se relacionan a continuación deberán ser diligenciados y remitidos por parte de los productores de cervezas y sifones nacionales, cualquiera que sea su naturaleza jurídica. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Liquidación Mensual 10 primeros días calendario de
cada mes

Ventas a San Andrés Mensual

Reenvíos Mensual

Inventario de Productos

Terminados Mensual

Estados Financieros Anual 10 primeros días calendario del mes
de abril de cada año.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

2.3. FONDO CUENTA DE IMPUESTOS AL CONSUMO DE PRODUCTOS EXTRANJEROS.

<Numeral modificado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los archivos que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser remitidos por parte de la Federación Nacional de Departamentos – Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

<Tabla modificada por la Circular 59 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

Archivo Plano	Periodicidad	Plazo
Giros Realizados	Mensual	10 días calendario después de la fecha de vencimiento para realizar los giros.
Cobros Efectuados	Mensual	
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.
Notas de Vigencia		

- Tabla modificada por la Circular 59 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Giros Realizados Mensual 10 días calendario después de la fecha de vencimiento para realizar los giros.

Cobros Efectuados Mensual

Importaciones Mensual

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

<Incisos derogados por la Circular 59 de 2010>

Notas de Vigencia

- Incisos derogados por la Circular 59 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.
- Numeral modificado por la Circular 52 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 57 de 2009:

La opción de segundo envío de información sólo podrá ser utilizada por aquellas entidades que por motivos especiales se vean obligadas a modificar los reportes inicialmente enviados y sólo podrá ser utilizada una vez por cada reporte enviado. El trámite debe hacerse a través de comunicación escrita firmada por el representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, en la cual solicite, de una parte, la eliminación explicando claramente los motivos y la información que debe ser borrada y, de otra parte, la autorización para retransmitirla.

Una vez la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos

de Salud autorice la eliminación y retransmisión, le será enviada una comunicación vía fax, correo físico o correo electrónico, y a partir de ese momento podrá ingresar la información corregida, sin perjuicio del cumplimiento de los plazos establecidos en la presente circular.

En la medida en que se realicen cambios en la razón social, dirección, teléfono o fax, representante legal de la entidad, y funcionarios del orden territorial, deberán ser informados a la Superintendencia Nacional de Salud, por correo físico o correo electrónico (licores@supersalud.gov.co).

En caso de que la empresa posea productos nuevos que no aparezcan en las tablas del sistema, el representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, deberán efectuar la solicitud por correo electrónico a esta entidad (licores@supersalud.gov.co), para que sea asignado el código correspondiente. El mensaje deberá contener nombre completo del productor y del producto, grados alcoholimétricos y presentaciones autorizadas. Adicionalmente, deberá remitir copia de la resolución expedida por el Invima.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.3 Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de la Federación Nacional de Departamentos – Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Giros Realizados Mensual 10 días calendario después de la fecha de vencimiento para realizar los giros.

Cobros Efectuados Mensual

Importaciones Mensual

Estados Financieros Anual 10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

La opción de segundo envío de información sólo podrá ser utilizada por aquellas entidades que por motivos especiales se vean obligadas a modificar los reportes inicialmente enviados y sólo podrá ser utilizada una vez por cada reporte enviado. El trámite debe hacerse a través

de comunicación escrita firmada por el representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, en la cual solicite, de una parte, la eliminación explicando claramente los motivos y la información que debe ser borrada y, de otra parte, la autorización para retransmitirla. (Remitida al fax 2833432 de Bogotá)

Una vez la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud autorice la eliminación y retransmisión, le será enviada una comunicación vía fax o correo electrónico, y a partir de ese momento podrá ingresar la información corregida, sin perjuicio del cumplimiento de los plazos establecidos en la presente circular.

En la medida en que se realicen cambios en la representación legal de la entidad, los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular; dirección; razón social y revisoría fiscal estos datos deben ser actualizados por escrito ante la Superintendencia de Nacional de Salud. (Vía correo electrónico licores@supersalud.gov.co o al fax 2833432 de Bogotá).

En caso de que la empresa posea productos nuevos que no aparezcan en las tablas del sistema, el representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, deberán efectuar la solicitud por correo electrónico a esta entidad, licores@supersalud.gov.co, para que sea asignado el código correspondiente. El mensaje deberá contener nombre completo del productor, producto, grados alcoholimétricos, presentaciones autorizadas, número de resolución y registro sanitario.

2.4 SEGUNDO ENVÍO DE INFORMACIÓN. <Numeral adicionado por la Circular 59 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

La opción de segundo envío de información sólo podrá ser utilizada por aquellas entidades que por motivos especiales se vean obligadas a modificar los reportes inicialmente enviados y sólo podrá ser utilizada una vez por cada reporte enviado. El trámite debe hacerse a través de comunicación escrita firmada por el representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, en la cual solicite, de una parte, la información que debe ser borrada explicando claramente los motivos y, de otra parte, la autorización para retransmitirla.

Una vez la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud autorice el borrado y retransmisión, le será enviada una comunicación vía fax, correo físico o correo electrónico, y a partir de ese momento podrá ingresar la información corregida, sin perjuicio del cumplimiento de los plazos establecidos en la presente circular.

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular 59 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.

2.5 ACTUALIZACIÓN DE DATOS. <Numeral adicionado por la Circular 59 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

En la medida en que se realicen cambios en la razón social, dirección, teléfono o fax, representante legal de la entidad y los funcionarios del orden territorial, deberán ser informados a la Superintendencia Nacional de Salud, por correo físico o correo electrónico (licores@supersalud.gov.co).

De igual manera, cuando existan nuevos productores y/o contribuyentes, privados o públicos, de naturaleza natural o jurídica, deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud, con el propósito de asignar el código respectivo, aportando:

-- Certificado de existencia y representación legal, expedido por Cámara de Comercio, con una vigencia no superior a tres (3) meses.

-- Acto administrativo de registro como contribuyente en la Administración Tributaria Territorial.

En caso que la empresa posea productos nuevos que no aparezcan en las tablas del sistema, el representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, deberán informar por correo electrónico (licores@supersalud.gov.co) o medio físico a esta Superintendencia, para que le sea asignado el código correspondiente. El mensaje deberá contener: nombre completo del productor y NIT, nombre del producto, grados alcoholimétricos y presentaciones autorizadas. Adicionalmente, deberá remitir fotocopia de la resolución expedida por el Invima.

Notas de Vigencia

- Numeral 'adicionado' por la Circular 59 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010. El editor destaca que la Circular 59 de 2010 ordena la 'adición' del numeral 2.5, pero este numeral ya había sido adicionado por la Circular 57 de 2009.

- Numeral adicionado por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009. El editor destaca que la Circular 57 de 2009 ordena la 'modificación' al numeral 2.5, pero este numeral no se encontró en la versión vigente, por lo tanto se procedió a su adición.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 57 de 2009:

2.5. ACTUALIZACIÓN DE DATOS. En la medida en que se realicen cambios en la razón social, dirección, teléfono o fax, representante legal de la entidad y los funcionarios del orden territorial, deberán ser informados a la Superintendencia Nacional de Salud, por correo físico o correo electrónico (licores@supersalud.gov.co).

De igual manera, cuando existan nuevos productores y/o contribuyentes, privados o públicos, de naturaleza natural o jurídica, deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud, con el propósito de asignar el código respectivo, aportando:

Certificado de existencia y representación legal, expedido por Cámara de Comercio, con una vigencia no superior a tres (3) meses.

Acto administrativo de registro como contribuyente en la Administración Tributaria Territorial.

TITULO IV .

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

CAPITULO PRIMERO.

DISPOSICIONES COMUNES.

1. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD.

1.1. SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN.

El Decreto 1011 de 2006, en su artículo 6o define el Sistema Único de Habilitación como “el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB”.

En consecuencia, de manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del citado decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una auto evaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

1.2. PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC). <Numeral modificado por de la Circular 12 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> A través de la presente Circular, la Superintendencia Nacional de Salud instruye a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas, para que suministren información con el objeto de evaluar la efectividad en la utilización de la herramienta de mejoramiento PAMEC, herramienta que se prioriza para evaluación por el ente de control, precisamente por influir transversalmente en el desarrollo de los cuatro (4) componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de La Calidad en Salud SOGCS, cuyo seguimiento contribuye a evaluar la mejora del sistema.

Esta herramienta de mejoramiento adecuadamente aplicada permitirá alcanzar, cada vez más, estándares superiores de calidad, propendiendo así por la efectividad de la aplicación de la Ruta Crítica del PAMEC en cada Institución Prestadora de Servicios de Salud. Para realizar la supervisión del desarrollo de dicha herramienta, la Superintendencia Nacional de Salud define tres (3) puntos claves de la ruta crítica del PAMEC así:

1. La evaluación de la ejecución de acciones de mejoramiento
2. La evaluación de la ejecución auditorías internas frente a la ejecución de los planes de mejoramiento
3. La evaluación del aprendizaje organizacional.

En concordancia con lo anterior, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas deberán realizar el reporte de la aplicación del PAMEC según lo dispuesto en el Anexo Técnico - Archivo Tipo número ST002 y deberán contar con los respectivos soportes que así lo acrediten.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por de la Circular 12 de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1.2. PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD.

El mismo Decreto 1011 en su artículo 37 determina que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando obren como compradores de servicios deberán establecer con las pautas indicativas establecidas por el Ministerio de la Protección social, un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) que comprenda como mínimo los procesos definidos como prioritarios para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud.

Así las cosas, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Igualmente, deberán establecer un Programa de para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1.2.1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La IPS establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad establecidas en la norma.

1.2.2. Atención al Usuario. La IPS evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

1.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD (SIC). <Numeral modificado por de la Circular 12 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes deben garantizar la calidad de la información y la oportunidad del reporte a las diferentes fuentes integradas a SISPRO y a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social en lo que respecta al Sistema de Información para la Calidad como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes deberán monitorear sus resultados en calidad utilizando

como insumo la información reportada en el Sistema de Información para la Calidad, en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 0256 de 2016.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por de la Circular 12 de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016. Deroga la Circular 9 de 2012.
- Consultar la Circular 9 de 2012, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [470](#) de 2007 modificada por las Circulares 481, [492](#), 503, 514, 525 de 2008, 576, 587 de 2009, 0598, 060,9 06110 y 062 de 2010 para actualizar los indicadores de alerta temprana DEL TÍTULO II ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS CAPÍTULO IV INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA Y EL TÍTULO IV CAPÍTULO I NUMERAL 1.3. CAPÍTULOS II Y III DE CALIDAD, se establece su periodicidad', publicada en el Diario Oficial No. 48.502 de 25 de julio de 2012. Crea los archivos 542, 543, 544, 545, 546, 547 y 548.
- Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007, modificado parcialmente por la Circular 49 de 2008:

1.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 1446 de 2006 las IPS deben implementar un “Sistema de información para la calidad” que incluya los indicadores de monitoreo del sistema, indicadores de monitoreo interno y monitoreo externo.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los indicadores de monitoreo, de acuerdo con lo establecido en la resolución en mención deberán ser reportados en forma semestral a la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a las especificaciones establecidas en el anexo técnico de la presente circular.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 1446 de 2006 las IPS deben implementar un “Sistema de información para la calidad” que incluya los indicadores de monitoreo del sistema, indicadores de monitoreo interno y monitoreo externo.

Los indicadores de monitoreo, de acuerdo con lo establecido en la resolución en mención deberán ser reportados en forma semestral a la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a las especificaciones establecidas en el anexo técnico de la presente circular, con corte a 30 de junio será el 15 de agosto y con corte a 31 de diciembre, el 25 de febrero del año siguiente.

2. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> De conformidad con lo dispuesto en la Resolución 741 de 1997, las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud deberán tener libros de registro de traslado de usuarios foliados y con acta de apertura firmado por los responsables de los servicios donde se registre: el nombre del usuario, el número de la historia clínica, la hora de salida o ingreso y el nombre y firma del responsable del traslado.

Las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud, deberán cumplir con las normas de referencia y contrarreferencia establecidas y dejar consignados en el libro de traslados los siguientes datos: el nombre del usuario, la fecha y hora del traslado, el nombre de la Institución remitente y de la receptora, nombre de quien ordena y autoriza el traslado y nombre del responsable del traslado.

El traslado externo de los usuarios a los que se refiere la presente resolución, deberá realizarse en compañía de un familiar o del representante legal y de un funcionario de la Institución remitente quien será responsable del usuario.

Notas de Vigencia

- Numeral 2. modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2. Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Teniendo en cuenta lo determinado en la Resolución 741 de 1997 las instituciones y demás prestadores de servicios de salud deberán cumplir con las normas de referencia establecidas y dejar consignados en el libro de traslados de usuarios los siguientes datos: el nombre del usuario, la fecha y hora del traslado, el nombre de la institución remitente y de la receptora, el nombre de quien ordena y autoriza el traslado y nombre del responsable del traslado. El citado libro de traslados deberá estar foliado, con acta de apertura firmado por los responsables de los servicios.

3. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS.

<Incisos adicionados por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán establecer un protocolo para la atención de urgencias médicas, encaminado a fijar prioridades así como a exigir efectividad, calidad y rapidez en la atención de sus usuarios en especial a los niños, niñas y adolescentes.

Para estos efectos deberán instruir a todo su personal administrativo y médico.

Notas de Vigencia

- Incisos adicionados por la Circular 52 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> El Decreto

412 de 1992 por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias adopta las siguientes definiciones:

1. Urgencia. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.
2. Atención inicial de urgencia. Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tener de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.
3. Atención de urgencia. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.
4. Servicio de urgencia. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.
5. Red de urgencias. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud. La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información, comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.

El artículo 4o del citado Decreto 412 de 1992 determina que las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención inicial de urgencia estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determine el Ministerio de Salud.

La entidad que haya prestado la atención inicial de urgencias tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que lo dé de alta si no ha sido objeto de remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora. Esta responsabilidad está enmarcada por los servicios que preste, el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud. Si la entidad que recibe en primera instancia al paciente, no cuenta con la capacidad técnico-científica para atenderlo, y debe remitirlo, la entidad receptora también está obligada a prestar la atención inicial de urgencias hasta alcanzar la estabilización del paciente en sus signos vitales.

En lo que respecta a la atención inicial de urgencias, debe ser prestada en forma obligatoria por todas las Entidades Públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas, independiente de su capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía o por la entidad promotora de salud al cual se esté afiliado (artículo [168](#), Ley 100 de 1993).

El artículo 12 del Decreto 783 de 2000 define la atención inicial de urgencias como:

- a) Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para la estabilización de los signos vitales;
- b) La realización de un diagnóstico de impresión;
- c) La definición de un destino inmediato tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencias.

La estabilización de los signos vitales, límite de la responsabilidad de la atención inicial de urgencias a cargo de la entidad que inicialmente atiende el paciente con un cuadro patológico de urgencias, consiste en emplear los medios adecuados a su nivel de complejidad para que los signos vitales descritos, se sitúen dentro de los límites adecuados para la definición de un pronóstico, determinar la referencia o postergar la práctica de un procedimiento sin poner en riesgo la seguridad del paciente, responsabilidad en últimas del médico tratante que define tal hecho.

El Decreto 4747 de 2007 que regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud, en su artículo 11 determina que la verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el parágrafo 1o del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte.

No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

En el caso de afiliados al Régimen Contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del Régimen Contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador, así como la fotocopia de ser necesaria.

El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, “triage” y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencia.

El citado Decreto 4747 en su artículo 12 establece que todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. Se exceptúan los casos en que por fuerza mayor no se pueda dar el aviso respectivo. (Artículo 10, Resolución número 5162 de 1994 del Ministerio de Salud).

Para el caso, se consideran como circunstancias de fuerza mayor entre otras: la imposibilidad de la Institución prestadora de obtener la información del paciente o de sus familiares acerca de la Entidad a la cual se encuentra afiliado; la imposibilidad de comunicarse telefónicamente con la

entidad a la cual se encuentre afiliado el paciente.

Una vez prestado el servicio obligatorio de Atención Inicial de Urgencias, la entidad de salud podrá optar por las siguientes alternativas:

- Continuar con la atención al paciente si obtiene la autorización o si tiene contrato con la entidad a la cual está afiliado el usuario, o si este cubre los gastos del tratamiento siguiente, cuando se trate de una persona con capacidad de pago no afiliada al Sistema.
- Continuar con la atención al paciente si es una entidad pública o privada que tenga contrato con el Estado para el efecto y si se trata de un usuario vinculado al Sistema.
- Remitir el paciente a la institución que le señale la entidad a la cual esté afiliado.
- Remitir el paciente a una institución pública cuando sea un participante vinculado.
- Remitir el paciente a una institución que él o su familia indique cuando sea un usuario que no está afiliado, ni vinculado al Sistema.

La atención del paciente deberá ser integral para el caso de las víctimas de accidente de tránsito, y la remisión a que se refieren los puntos anteriores sólo podrá hacerse si la entidad no cuenta con la capacidad o los recursos para la complejidad del caso

Las Instituciones Prestadoras de Salud tienen estas responsabilidades adicionales:

- Identificar la causa de la urgencia y cuando se trate de accidente de trabajo o enfermedad profesional; accidente de tránsito; acciones terroristas; catástrofes naturales, a fin de garantizar los soportes necesarios para los respectivos reembolsos.
- Identificar si quien recibe la atención se trata de un paciente afiliado al Régimen Contributivo, al Régimen Subsidiado, o se trata de una persona vinculada, así como el municipio y departamento habitual de residencia, a fin de conocer la entidad responsable del pago de los servicios prestados.
- Calificar en primera instancia el origen del accidente de trabajo o enfermedad profesional del paciente que atienda en urgencias, en los términos establecidos por el artículo [12](#) del Decreto 1295 de 1994.
- La Institución Prestadora de Servicios de Salud que atienda una urgencia por accidente de trabajo o enfermedad profesional, deberá informar dentro de los dos días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o a la primera calificación de la enfermedad profesional a la Entidad Promotora de Salud y a la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales a las cuales se encuentra afiliado el paciente (inciso 4o, artículo [6o](#), Decreto 1295 de 1994).
- Informar, dentro de las 24 horas hábiles siguientes a la solicitud del servicio, a la respectiva Dirección de Salud el ingreso de pacientes vinculados, y de pacientes con capacidad de pago que no se encuentren afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Informar a los respectivos municipios los casos de atención inicial de urgencias y atención de urgencias de personas vinculadas, a efectos de que este las afilie al Régimen Subsidiado.

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

3. El artículo 2o de la Ley 10 de 1990 determina que todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios, en los términos que determine el Ministerio de Salud.

Por su parte la Ley 100 de 1993 en el numeral 2 del artículo [159](#) establece que se garantiza la atención de urgencias en todo el territorio nacional. A su vez el artículo [168](#) determina que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago, que su prestación no requiere contrato ni orden previa.

Sobre el tema, el artículo 9o de la Resolución 5261 de 1994 define la urgencia como “la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras”.

Igualmente, en el numeral 2 del artículo 3o del Decreto 412 de 1992 define la atención inicial de urgencias como “todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud”.

Complementando el tema, el artículo 4o del citado decreto determina las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención inicial de urgencia determinando que las mismas estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le sea determinado y en su parágrafo establece claramente que la institución que haya prestado la atención inicial de urgencia tiene la responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión y que si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la institución receptora.

En concordancia con lo anterior el artículo [16](#) del Decreto 806 de 1998 establece la atención inicial de urgencias, será prestada sin tener en cuenta los períodos mínimos de cotización y el Decreto 783 de 2000 que modifica el artículo 10 del Decreto 047 del 2000 establece que en concordancia con lo establecido en el artículo [41](#) del Decreto 1406 de 1999, durante los primeros treinta (30) días a partir de la afiliación del trabajador dependiente se cubrirá únicamente la atención inicial de urgencias, es decir, todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en:

a) Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus

signos vitales;

b) La realización de un diagnóstico de impresión;

c) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Finalmente, La Ley 1122 de 2007 en el parágrafo del artículo [20](#) establece que se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país.

En consonancia con las normas enunciadas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben prestar la atención inicial de urgencias sin condicionamientos ni requerimiento alguno sobre períodos de carencia.

4. DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> El Gobierno Nacional mediante la expedición del Decreto 1769 de 1994 y su aclaratorio el Decreto 1617 de 1995 reglamentó el artículo [189](#) de la Ley 100 de 1993 sobre el Mantenimiento Hospitalario.

La Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de las funciones otorgadas en el artículo 6o numeral 21 del Decreto 1018 de 2007, este Despacho presenta en esta Circular, el marco legal, la justificación y la necesidad del plan de mantenimiento en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Se incluyen también modelos de formatos que permiten el desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia, por parte de las entidades territoriales, tanto en la elaboración y aplicación del plan de mantenimiento hospitalario, como en la asignación y ejecución de recursos para el mantenimiento hospitalario en las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción.

De conformidad con el artículo 1o del Decreto 1769 de 1994 los recursos financieros destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria corresponden al cinco por ciento (5%) del presupuesto total en los hospitales públicos y en los privados en los cuales el valor de los contratos con la Nación y con las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales.

De conformidad con el artículo 9o del Decreto 1769 de 1994 tratándose de los hospitales públicos, los recursos destinados a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria serán presupuestados inicialmente para cada vigencia, con base en la apropiación total de ingresos aprobados para la institución. Dichos recursos deberán ajustarse durante la vigencia de manera tal que al adicionarse los ingresos totales, simultáneamente se adicionen los recursos destinados al mantenimiento.

Los hospitales privados, en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representan más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales, tomarán como base para determinar los recursos destinados al mantenimiento hospitalario, los ingresos totales realizados durante el correspondiente período, conforme a la definición contenida en el artículo [38](#) del Decreto 2649 de 1993.

Para dar cumplimiento al parágrafo del artículo 9o del Decreto 1769 de 1994, las Direcciones de

Salud recibirán a más tardar el 30 de enero de cada año certificación escrita con la firma del representante legal y/o del Revisor Fiscal de cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción, en las que se indique el valor y el porcentaje del presupuesto y/o de los ingresos totales utilizados en las actividades de mantenimiento hospitalario, durante el año terminado el treinta y uno (31) de diciembre inmediatamente anterior. Para este efecto la Superintendencia ha diseñado el formato que hace parte del anexo técnico de la presente Circular.

Así mismo, esta Superintendencia ha diseñado el formato relacionado en el anexo técnico de la presente Circular con el fin de suministrar una guía para la elaboración de los planes de mantenimiento. Este instrumento, o uno que elabore la Dirección Seccional, Distrital o Municipal de Salud basado en este, deberá ser difundido a las Instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarias de su jurisdicción. El formato presentado contempla los puntos que se consideran esenciales y que deben estar incluidos en los planes de Mantenimiento y por lo tanto se configuran como los elementos mínimos de control por parte de las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud.

En el anexo técnico igualmente presenta la lista de algunos equipos y su clasificación para efectos de la distribución de los recursos asignados para el mantenimiento hospitalario. Esta clasificación se deberá tener en cuenta para el diligenciamiento del informe de asignación y ejecución presupuestal.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá solicitar información correspondiente a los planes de mantenimiento hospitalario y a las actividades de verificación que sobre la elaboración y aplicación de estos haga la Dirección de Salud.

Por lo anterior se solicita que las Direcciones de Salud adelanten la programación de visitas e informen a este despacho sobre las mismas.

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

4. De conformidad con el artículo 1o del Decreto 1769 de 1994 los recursos financieros destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria corresponden al cinco por ciento (5%) del presupuesto total en los hospitales públicos y en los privados en los cuales el valor de los contratos con la Nación y con las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales.

El jefe o coordinador del servicio de mantenimiento y el director de la IPS, deberán elaborar anualmente los planes de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación de la institución prestadora de servicios de salud, aplicando el formato guía contenido en la presente circular. En estos se indicarán las actividades que van a ser desarrolladas, los objetos susceptibles del mantenimiento y los recursos destinados para estas, entre otras cosas.

Aplicando el formato incluido en los anexos técnicos de la presente circular, las IPS reportarán a las Direcciones de Salud a más tardar el 30 de enero de cada año, certificación escrita con la firma del representante legal, jefe de mantenimiento y/o revisor fiscal, en las que se indique el valor y el porcentaje del presupuesto y/o de los ingresos totales utilizados en las actividades de mantenimiento hospitalario durante el año inmediatamente anterior.

5. RED DE PRESTADORES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se define como Red de Prestadores de Servicios el conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y demás lineamientos del sistema de referencia y contrarreferencia establecido por la entidad administradora de plan de beneficios o de la dirección territorial de salud correspondiente; que busca garantizar la calidad de la atención en salud a sus afiliados.

En consonancia con lo anterior, cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que haga parte de esa red, debe tener habilitados los servicios que ofrezca para la prestación de salud y en la Entidad Territorial donde pretendan desarrollar su actividad.

La escogencia de la Institución Prestadora de Servicios de salud, dentro de la entidad administradora de salud que haya elegido libremente el afiliado, será voluntaria, sin que sea posible direccionar en sentido alguno tal escogencia.

En cualquier momento en que el afiliado desee cambiar de Institución Prestadora de Servicios de Salud, dentro de la red de prestadores de su administradora, lo podrá hacer, informando de su decisión a la EPS correspondiente, y se hará efectivo en el mes subsiguiente al que se hace la manifestación.

6. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

<Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> De conformidad con lo dispuesto en la Resolución número 741 de 1997, las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud deberán tener libros de registro de traslado de usuarios foliados y con acta de apertura firmado por los responsables de los servicios donde se registre: el nombre del usuario, el número de la historia clínica, la hora de salida o ingreso y el nombre y firma del responsable del traslado.

Las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud, deberán cumplir con las normas de referencia y contrarreferencia establecidas y dejar consignados en el libro de traslados los siguientes datos: el nombre del usuario, la fecha y hora del traslado, el nombre de la Institución remitente y de la receptora, nombre de quien ordena y autoriza el traslado y nombre del responsable del traslado.

El traslado externo de los usuarios a los que se refiere la presente resolución, deberá realizarse en compañía de un familiar o del representante legal y de un funcionario de la Institución remitente quien será responsable del usuario.

Notas de Vigencia

- Numeral 6 adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

7. REPORTE DE INFORMACIÓN.

<Incisos adicionados por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud IPS y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes deberán enviar la información, de calidad, financiera y contable para lo cual deberán estar habilitadas y registradas ante la Entidad Territorial de Salud Departamental o Distrital y reportadas al registro especial de prestadores de servicio de salud del Ministerio de la Protección Social en concordancia con el artículo 18 del Decreto 1011 de 2006.

Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud IPS y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes son responsables de reportar las novedades a la Entidad Territorial de Salud Departamental o Distrital cuando haya cambios en lo declarado en el registro especial de prestadores de servicios de salud, con la finalidad de actualizar la base de datos del Ministerio de la Protección Social, en concordancia con el artículo 15 del Decreto 1011 de 2006.

Notas de Vigencia

- Incisos adicionados por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<Numeral adicionado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán reportar al Sivigila en los términos establecidos por el Ministerio de la Protección Social la información allí requerida.

Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios Oncológicos, deberán notificar con carácter obligatorio al Instituto Nacional de Salud, utilizando el flujo de información del Sivigila, todos los casos de leucemia aguda probable, leucemia linfocítica aguda confirmada y leucemia mielocítica aguda confirmada, en menores de 15 años.

Notas de Vigencia

- Numeral 7 adicionado por la Circular 52 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

CAPITULO II.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PRIVADA.

1. MARCO NORMATIVO.

Conforme a la Ley 100 de 1993, artículo [156](#), literal i) “Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud”

De otra parte el artículo [185](#) de la Ley 100 de 1993 establece “son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley.

“Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud”

“Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.” (Hoy Ministerio de la Protección Social).

De otra parte, las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán tener un sistema contable que les permita reconocer los costos de los servicios que ofrecen, de conformidad con lo establecido en el Decreto [2649](#) de 1993.

El Decreto 1018 de 2007, en el numeral 7 del artículo 4o asigna a la Superintendencia Nacional de Salud las funciones de inspección, vigilancia y control de las Instituciones Prestadoras de Salud.

Así mismo, el numeral 11 del artículo 14 de la misma normatividad, establece como facultad de la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para el Sector Salud el “Vigilar el cumplimiento de las instrucciones, órdenes, circulares y demás actos administrativos que dicte el Superintendente Nacional de Salud relacionadas con sus funciones”.

2. INSTITUCIONES OBLIGADAS A REPORTAR.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

<Inciso modificado por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, IPS, y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes están obligadas a reportar información, de calidad, financiera y contable a la Superintendencia Nacional de Salud.

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 49 de 2008:

<INCISO 1> Todas las IPS están obligadas a reportar información general, de calidad, financiera y contable a la Superintendencia Nacional de Salud.

Esta información deberá ser remitida de acuerdo con el período establecido en los anexos técnicos correspondientes.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2. Aquellas personas jurídicas que tengan habilitada ante la Entidad Territorial de Salud una infraestructura para prestar servicios de salud como IPS, independientemente de si esta es o no su actividad principal, se encuentran obligadas a remitir la información contenida en esta Circular.

No obstante, en el caso de las organizaciones en las que la actividad principal no es la prestación de servicios de salud, la información a remitir debe limitarse a la parte destinada a la prestación de servicios de salud para lo cual deben regirse, como centro de costo, por los lineamientos contables del Plan Único de Cuentas.

Las IPS obligadas a reportar información financiera corresponderán a aquellas que al cierre del año respectivo reflejen activos superiores a 5.000 smmv.

3. INSTITUCIONES EXCEPTUADAS DE REPORTAR. <Numeral excluido por la Circular 57 de 2009>

Notas de Vigencia

- Numeral excluido por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

3. Se exceptúan del reporte de información financiera de que trata la presente Circular, aquellas personas jurídicas de objeto múltiple y que cumplan con todos los requisitos que se enumeran a continuación:

3.1. Tenga habilitada sólo prestación de servicios de salud de nivel bajo de complejidad.

3.2. No vendan o presten servicios de salud a terceros.

Para el efecto, el Representante Legal de la persona jurídica deberá solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud el retiro de la IPS de la base de datos, para lo cual anexará los siguientes documentos:

- Certificado de existencia y representación legal.
- Copia del certificado de habilitación en la que se incluyan los servicios que tienen habilitados con su nivel de complejidad.
- Constancia firmada por el representante legal en la que certifique que no venden o prestar servicios de salud a terceros.

4. CONDICIONES DE LAS IPS PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON LAS ASEGURADORAS.

Es importante anotar que, cuando la Institución Prestadora de Servicios de salud vaya a formar parte de la red de prestadores de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EPS, EMP, debe tener en cuenta que debe cumplir con las obligaciones y responsabilidades definidas en la normatividad vigente, en especial, las siguientes:

4.1. Tener habilitados los servicios de salud que se vayan a contratar con las Entidades, contando con la declaración de habilitación de los servicios presentada ante la Dirección Territorial de Salud correspondiente.

4.2. Tener posesionado el revisor fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud, según conste en acta de posesión del revisor fiscal expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

4.3. Estar a paz y salvo con el pago de la tasa anual que deben pagar a la Superintendencia Nacional de Salud por concepto del desarrollo de las funciones de supervisión, demostrable con la copia de la Resolución de liquidación de la tasa y del último recibo de consignación.

4.4. La IPS debe estar al día con el reporte de información que debe enviar a la Superintendencia Nacional de Salud.

4.5. Definir como parte de la relación contractual, las condiciones de atención de los afiliados, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como los procesos de para el mejoramiento de la calidad de la atención, los indicadores y estándares de calidad que garanticen la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud.

4.6. Garantizar el acceso a la atención en salud para lo cual la consulta médica general no debe ser menor de veinte (20) minutos, así mismo, la atención en salud no puede ser condicionada al

pago de los servicios, conforme la normatividad vigente.

5. INGRESO DE LA IPS EN LA BASE DE DATOS DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. <Numeral excluido por la Circular 57 de 2009>

Notas de Vigencia

- Numeral excluido por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

5. Este Despacho imparte las siguientes instrucciones relacionadas con el reporte de datos a la Superintendencia, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza privada.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud recién constituidas deberán solicitar el ingreso de las mismas a la base de datos, con el fin de obtener el acceso directo a la página web de la Superintendencia y proceder al envío de la respectiva información financiera, para lo cual deberán previamente allegar la siguiente documentación:

5.1. Solicitud dirigida al Director General para la Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos de Salud.

5.2. Certificado de Existencia y Representación Legal de la IPS, con fecha de expedición no superior a treinta días.

5.3. Copia del certificado de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de servicios de salud expedido por el ente territorial correspondiente.

Una vez surtido el trámite procedente, el representante legal de la IPS de naturaleza privada que sea persona jurídica deberá reportar la información de carácter administrativo y financiero objeto de esta circular.

Los datos deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular.

La información reportada se deberá certificar por el Representante Legal, contador y revisor fiscal, en los casos en que la entidad se encuentre obligada a tenerlo.

6. CERTIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS ADJUNTOS.

Los archivos adjuntos deberán certificarse así:

6.1. Certificación de Estados Financieros (elaborada de conformidad con el artículo [37](#) de la Ley 222 de 1995), suscrita por el Representante Legal y Contador de la IPS.

6.2. Notas a los estados financieros (presentadas en forma comparativa de un año con respecto al otro y dando cumplimiento a los requisitos contenidos en el artículo [114](#) y [115](#) del Decreto 2649 de 1993), firmadas digitalmente por Representante Legal, Contador y Revisor Fiscal (para quienes tienen la obligación de tenerlo).

6.3. Informe de Gestión, avalado por el Representante Legal.

6.4. Dictamen del Revisor Fiscal, para las entidades obligadas a tenerlo, suscrito por él mismo.

7. DATOS A REPORTAR - INFORMACIÓN GENERAL Y DE TIPO FINANCIERO.

Las instituciones deberán enviar, en las condiciones aquí determinadas, los archivos que se establecen en el anexo técnico de la presente circular, los cuales contienen: Datos generales, Información de sucursales y agencias, Balance general, Estado de resultados, cartera por deudor, Pasivos externos, mantenimiento hospitalario, reclamaciones SOAT ante la subcuenta ECAT del Fosyga.

Se debe tener en cuenta que cuando la IPS reportante tenga sucursales o agencias, la información debe ser remitida en forma consolidada.

8. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los datos deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular. Las novedades que se presenten con relación al archivo 55 deben ser reportadas de inmediato a esta Superintendencia.

Notas de Vigencia

- Numeral 8. modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

8. Los datos deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular.

9. PLAZO.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma semestral, dentro de las fechas y períodos que se relacionan en el anexo técnico.

Los plazos establecidos son improrrogables, cuando la fecha de corte coincida con un día no hábil, la fecha límite será el día hábil siguiente.

Notas de Vigencia

- Numeral 9. modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

9. La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma anual, dentro de las fechas que se relacionan a continuación

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN LA CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Los plazos establecidos son improrrogables.

10. CUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La información incompleta, la reportada de manera distinta a lo dispuesto en esta circular y aquella allegada con un medio que no pueda ser procesado debido a errores imputables al usuario, se considerará como no recibida. La página rechazará de inmediato toda información incompleta y/o inconsistente.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

10. La información incompleta, la reportada de manera distinta a lo dispuesto en esta circular y aquella allegada con un medio que no pueda ser procesado debido a errores imputables al usuario, se considerará como no recibida.

11. AJUSTES POR INFLACIÓN.

El numeral 18 del artículo 6o del Decreto 1018 de 2007 establece que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud ejercer la inspección, vigilancia y control de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en relación con el cumplimiento de normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El numeral 30 del artículo 6o de la misma norma señala que la Superintendencia Nacional de Salud fija con sujeción a los principios y normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia, los mecanismos y procedimientos contables que deben adoptar las entidades vigiladas, cuando no estén sujetas a la inspección, vigilancia y control de otra autoridad.

La Superintendencia Nacional de Salud mediante la Resolución 106 * del 22 de enero de 1998, adoptó el Plan Único de Cuentas para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza privada.

Notas de Vigencia

- La referencia a la Resolución 106 de 1998 fue modificada para hacer referencia a la Resolución 1474 de 2009, por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

El Decreto 1536 del 7 de mayo de 2007 modificó los Decretos [2649](#) y 2650 de 1993, en materia de ajustes por inflación, es decir que “Los estados financieros no deben ajustarse para reconocer el efecto de la inflación”. Por lo tanto, con fundamento en el precitado decreto los activos, pasivos y patrimonio no deben ser ajustados por inflación; en consecuencia, dicha norma estableció que: “Los ajustes por inflación contables acumulados en los activos monetarios, pasivos no monetarios y en cuentas de orden no monetarias, harán parte del saldo de sus respectivas cuentas para todos los efectos contables”.

Así mismo, el Decreto 1536 de 2007 estipula que “Los ajustes integrales por inflación aplicados por los entes económicos en lo corrido del año 2007, deberán revertirse”.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza privada deberán dar aplicación al Decreto 1536 del 7 de mayo de 2007, en cuanto al desmonte contable de los ajustes por inflación, es decir que los estados financieros no deberán ajustarse para reconocer el efecto de la inflación. Por lo tanto, los estados financieros que se reporten a la Superintendencia Nacional de Salud deberán contener la instrucción impartida en la presente circular.

12. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.

<Numeral eliminado por la Circular [49](#) de 2008>

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

12. La Superintendencia Nacional de Salud imparte las instrucciones que a continuación se enuncian acerca del mantenimiento hospitalario, que se entiende como la actividad técnico-administrativa dirigida principalmente a prevenir averías, y a restablecer la infraestructura y la dotación hospitalaria a su estado normal de funcionamiento, así como las actividades tendientes a mejorar el funcionamiento de un equipo (artículo 7o, Decreto 1769 de 1994).

12.1. Objetivos del mantenimiento hospitalario

La actividad de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria, tiene como objetivos generales los siguientes:

12.1.1. Garantizar la seguridad de los pacientes y del personal que administra y utiliza los recursos físicos del hospital.

12.1.2. Contribuir a que la atención en salud cumpla con las características de calidad previstas en el numeral 9, artículo [153](#) de la Ley 100 de 1993 y en el Decreto 2174 de 1996.

12.1.3. Asegurar la disponibilidad y garantizar el funcionamiento eficiente de los recursos

físicos para la producción o el servicio, para obtener así el rendimiento máximo posible de la inversión económica en los recursos para la atención en salud y contribuir a la reducción de los costos de operación de la Institución.

12.2. Concepto del plan de mantenimiento

El Plan de Mantenimiento se entiende como el instrumento gerencial diseñado para proporcionar acciones sistemáticas de trabajo al departamento o servicio de mantenimiento de cada institución.

El plan deberá incluir los objetivos, las metas, la programación de actividades, los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, necesarios para cumplir con los objetivos propios de cada institución y los mencionados en esta circular externa.

12.3. Responsabilidad en la elaboración de los planes de mantenimiento

El jefe o coordinador del servicio de mantenimiento y el director, deberán elaborar anualmente los planes de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación de la institución prestadora de servicios de salud. En estos se indicarán las actividades que van a ser desarrolladas, los objetos susceptibles del mantenimiento y los recursos destinados para estas, entre otras cosas. Lo anterior en cumplimiento al artículo 12 del Decreto 1769 de 1994.

12.4. Objetivos del plan de mantenimiento

El Plan de Mantenimiento de la infraestructura y dotación presenta los siguientes objetivos:

12.4.1. Asegurar la asignación, dentro de los recursos destinados por la institución, de los montos necesarios para el desarrollo de las labores de mantenimiento hospitalario, conforme a las necesidades previstas y manifiestas.

12.4.2. Distribuir los recursos humanos, físicos y económicos con el fin de cubrir las tareas de mantenimiento hospitalario.

12.4.3. Suministrar a las directivas de la institución y demás dependencias el cronograma de mantenimiento para que estas actúen coordinadamente, de igual manera proporcionar medios para el control y evaluación de la gestión de mantenimiento.

12.5. Organización del plan de mantenimiento

El plan de mantenimiento que elabore cada institución prestadora de salud deberá contemplar los ítems que se definen para la infraestructura y para la dotación en los artículos 2o, 3o, 4o, 5o y 6o del Decreto 1769 de 1994 de acuerdo con las características y condiciones de la institución.

En este sentido, los planes de mantenimiento serán de elaboración anual y se sugiere que incluyan como mínimo dos capítulos, uno para la infraestructura y otro para la dotación donde el contenido de cada capítulo sea como sigue.

12.5.1. Capítulo: Mantenimiento de la infraestructura

12.5.1.1. Edificios.

12.5.1.2. Instalaciones físicas.

12.5.1.3. Redes eléctricas, de sistemas y comunicaciones, telefónicas, hidráulicas y de vapor, redes cloacales, redes de conducción de gases medicinales.

12.5.1.4. Áreas adyacentes a las edificaciones.

12.5.1.5. Otros pertenecientes a la infraestructura.

12.5.2. Capítulo: Mantenimiento de la dotación

12.5.2.1. El equipo industrial de uso hospitalario

12.5.2.2. Plantas eléctricas.

12.5.2.3. Equipos de lavandería y cocina.

12.5.2.4. Calderas.

12.5.2.5. Bombas de agua.

12.5.2.6. Autoclaves y equipos de esterilización.

12.5.2.7. Equipos de refrigeración y aire acondicionado.

12.5.2.8. Equipos relacionados con servicios de apoyo hospitalario.

12.5.2.9. Otros equipos industriales.

12.5.2.10. Equipos de Seguridad.

12.5.2.11. El equipo biomédico. Se entiende como todo aparato o máquina, operacional y funcional, que reúna piezas eléctricas, electrónicas, mecánicas y/o híbridas desarrollado para realizar las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en servicios de salud.

12.5.2.12. Los muebles para uso administrativo y para usos asistenciales.

12.5.2.13. Los equipos de comunicaciones e informática.

12.5.2.14. Equipos de cómputo.

12.5.2.15. Centrales telefónicas.

12.5.2.16. Equipos de radiocomunicaciones.

12.5.2.17. Equipos para el procesamiento, reproducción y transcripción de información.

12.5.2.18. Todos aquellos que conformen el sistema de información hospitalario.

12.5.2.19. Otros equipos de comunicaciones e informática.

12.6. Destinación de recursos

Los hospitales privados, en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representan más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales, tomarán como base para determinar los recursos destinados al mantenimiento hospitalario los

ingresos totales realizados durante el correspondiente período, conforme a la definición contenida en el artículo [38](#) del Decreto 2649 de 1993.

CAPITULO III.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA.

1. MARCO NORMATIVO.

El artículo 1o del Decreto 1876 de 1994 definió a las Empresas Sociales del Estado como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas y reorganizadas por ley, o por las Asambleas o Concejos.

El Decreto 1018 de 2007, en su Capítulo II, artículo 3o, numeral 4 fijó como objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud: “Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud”.

En el mismo capítulo, artículo 4o, numeral 7 se fija dentro del ámbito de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Notas de Vigencia

- Palabra subrayada adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

<Incisos eliminados por la Circular [49](#) de 2008>

Notas de Vigencia

- Incisos eliminados por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Dentro de los principios de la contabilidad pública están los principios de causación en la que se establece que los hechos financieros, económicos y sociales deben registrarse en el momento en que suceden, independientemente del instante en que se produzca para que sea confiable y verificable, es así que los artículos [47](#) y [48](#) del Decreto 2649 de 1993 señalan:

“ARTICULO [47](#). RECONOCIMIENTO DE LOS HECHOS ECONOMICOS. El reconocimiento es el proceso de identificar y registrar o incorporar formalmente en la contabilidad los hechos económicos realizados.

Para que un hecho económico realizado pueda ser reconocido se requiere que corresponda con la definición de un elemento de los estados financieros, que pueda ser medido, que sea pertinente y que pueda representarse de manera confiable.

La administración debe reconocer las transacciones en la misma forma cada período, salvo que sea indispensable hacer cambios para mejorar la información. En adición a lo previsto en este decreto, normas especiales pueden permitir que para la preparación y presentación de estados financieros de períodos intermedios, el reconocimiento se efectúe con fundamento en bases estadísticas.

Artículo [48](#). Contabilidad de causación o por acumulación. Los hechos económicos deben ser reconocidos en el período en el cual se realicen y no solamente cuando sea recibido o pagado el efectivo o su equivalente.”

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> El Decreto 139 de 1996, establece en el artículo 4o, numerales 7, 9 y 10, y el artículo 7o, las funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público así:

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<INCISO >. El Decreto 139 de 1996, establece en los artículos 4o, numerales 7, 9, 10, y el artículo 7o, las funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público así:

“Artículo 4o. De las funciones del cargo de gerente de Empresas Social del Estado y de Director de Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública del primer nivel de atención. Son funciones del Gerente de Empresas Social del Estado y de Director de Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública del primer nivel de atención, además de las definidas en la Ley, Ordenanza o Acuerdo, las siguientes:

7. Velar por la utilización eficiente de los recursos humanos, técnicos y financieros de la entidad y por el cumplimiento de las metas y programas aprobados por la Junta Directiva.

9. Adaptar la entidad a las nuevas condiciones empresariales establecidas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando tanto la eficiencia social como económica de la entidad, así como la competitividad de la institución.

10. Organizar el sistema contable y de costos de los servicios y propender por la eficiente utilización del recurso financiero.

Artículo 7o. De las funciones. Son funciones del Gerente de Empresa Social del Estado y de Director de Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública del segundo y tercer nivel de atención además de las definidas en el artículo 4o de este decreto, las siguientes...”.

<Incisos eliminados por la Circular [49](#) de 2008.>

Notas de Vigencia

- Incisos eliminados por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

En virtud de los principios de coordinación y colaboración de que trata el artículo [6o](#) de la Ley 489 de 1998, la Superintendencia Nacional de Salud y la Contaduría General de la Nación, suscribieron un convenio interadministrativo, con el fin de aunar esfuerzos y recursos humanos, técnicos y logísticos que le permitan a las Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos presentar la información financiera económica y social de tal manera que la Contaduría General de la Nación pueda procesar y consolidar la información de esta parte del Sector Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud y la Contaduría General de la Nación en ejercicio de sus atribuciones legales, expidieron la Circular Externa Conjunta 120SNS-043CGN del 11 de septiembre de 2001, la cual fue publicada en el diario Oficial número 44551 de septiembre 14 de 2001, con el fin de solicitar Información Básica de las Empresas Sociales del Estado e Instituciones Hospitalarias, en la cual se estableció que “La Contaduría General de la Nación en cumplimiento del convenio interinstitucional, solicitará trimestralmente a las Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, además de la información financiera económica y social, información relacionada con Presupuesto, Facturación, Cuentas por Cobrar y Cuentas por Pagar, para lo cual la Superintendencia suministrará el respectivo software junto con el manual e instructivo técnico el cual hace parte integral de esta Circular”.

El surgimiento de nuevas herramientas tecnológicas en el campo de la computación y las comunicaciones que facilitan y agilizan la interacción entre las organizaciones, hace evidente la necesidad de actualizar la forma y oportunidad del flujo de información entre la Superintendencia y sus vigilados. Con el objeto de mejorar su tarea de inspección, vigilancia y control, la Superintendencia Nacional de Salud, viene desarrollando un sistema de información que busca aplicar esas nuevas tecnologías, optimizar la calidad de la información y facilitar a los vigilados el cumplimiento de sus obligaciones.

Los responsables de remitir la información financiera complementaria relacionada con

Presupuesto, Facturación, Deudores y Acreedores a la Superintendencia Nacional de Salud, serán los Representantes Legales de las Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos.

<Inciso adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> El párrafo del artículo [185](#) de la Ley 100 de 1993 establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán tener un sistema contable que les permita registrar los costos de los servicios que ofrecen.

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Por lo anterior, este Despacho imparte las siguientes instrucciones relacionadas con el reporte de datos a la Superintendencia, por parte de las Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos.

Notas de Vigencia

- Orden de inciso invertido por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

2. DATOS A REPORTAR - INFORMACIÓN GENERAL Y DE TIPO FINANCIERO.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las instituciones deberán enviar, en las condiciones aquí determinadas, los archivos que se establecen en el anexo técnico de la presente circular, los cuales contienen: Datos generales, deudores, acreedores, facturación, presupuesto de ingresos, presupuesto de egresos, personal, mantenimiento hospitalario.

Notas de Vigencia

- Numeral 2. modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2. Las instituciones deberán enviar, en las condiciones aquí determinadas, los archivos que se establecen en el anexo técnico de la presente circular, los cuales contienen: Datos generales, deudores, acreedores, facturación, presupuesto de ingresos, presupuesto de egresos, personal, mantenimiento hospitalario, reclamaciones SOAT ante la subcuenta ECAT del Fosyga.

3. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.

Los datos deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular.

4. PLAZO.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La información general y de tipo financiero solicitada debe ser presentada de manera oportuna,

veraz y razonable en forma semestral y dentro de las fechas que se relacionan en el anexo técnico correspondiente.

Los plazos establecidos son improrrogables.

Notas de Vigencia

- Numeral 4. modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

4. La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma anual, en miles de pesos y dentro de las fechas que se relacionan a continuación

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN LA CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Los plazos establecidos son improrrogables.

5. CUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA.

La información incompleta, la reportada de manera distinta a lo dispuesto en el esta circular y aquella allegada con un medio que no pueda ser procesado debido a errores imputables al usuario, se considerará como no recibida.



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma de la Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones

ISSN 2256-1633

Última actualización: 5 de julio de 2020

