

6. 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:

6. 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).

6.1. Objetivos del mantenimiento hospitalario.

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

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

6.1.2. 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.

6.1.3. 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.

6.2. 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.

6.3. 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.

6.4. Objetivos del plan de mantenimiento

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

6.4.1. 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.

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

6.4.3. 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.

6.5. 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.

6.5.1. Capítulo: Mantenimiento de la infraestructura

6.5.1.1. Edificios.

6.5.1.2. Instalaciones físicas.

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

6.5.1.4. Áreas adyacentes a las edificaciones.

6.5.1.5. Otros pertenecientes a la infraestructura.

6.5.2. Capítulo: Mantenimiento de la dotación

6.5.2.1. El equipo industrial de uso hospitalario

6.5.2.2. Plantas eléctricas.

6.5.2.3. Equipos de lavandería y cocina.

6.5.2.4. Calderas.

6.5.2.5. Bombas de agua.

6.5.2.6. Autoclaves y equipos de esterilización.

6.5.2.7. Equipos de refrigeración y aire acondicionado.

6.5.2.8. Equipos relacionados con servicios de apoyo hospitalario.

6.5.2.9. Otros equipos industriales.

6.5.2.10. Equipos de Seguridad.

6.5.2.11. 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.

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

6.5.2.13. Los equipos de comunicaciones e informática.

6.5.2.14. Equipos de cómputo.

6.5.2.15. Centrales telefónicas.

6.5.2.16. Equipos de radiocomunicaciones.

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

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

6.5.2.19. Otros equipos de comunicaciones e informática.

6.6. Destinación de recursos

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”.

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; así mismo, los artículos [27](#) y [39](#) del Decreto 2649 de 1993 definen los estados de costos y los costos en la prestación de servicios.

Por lo anterior, 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 pública.

La información de carácter administrativo y financiero objeto de esta circular debe ser reportada por el representante legal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública.

TITULO V.

ENTIDADES TERRITORIALES.

1. ASPECTOS GENERALES. <Título insertado como numeral 2 por la Circular [49](#) de 2008>

Notas de Vigencia

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

El presupuesto de salud en las entidades departamentales, distritales y municipales, de acuerdo a lo establecido en el artículo [57](#) de la Ley 715 de 2001, se manejarán como “...una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso, los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial. El manejo contable de los fondos de salud debe regirse por las disposiciones que en tal sentido expida la Contaduría General de la Nación.

Los recursos del Régimen Subsidiado no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso.

A los fondos departamentales, distritales o municipales de salud deberán girarse todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación específica para salud, los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan esta destinación, los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud, y en general los destinados a salud, que deban ser ejecutados por la entidad territorial.

PARÁGRAFO 1o. Para vigilar y controlar el recaudo y adecuada destinación de los ingresos del Fondo de Salud, la Contraloría General de la República deberá exigir la información necesaria a las entidades territoriales y demás entes, organismos y dependencias que generen, recauden o capten recursos destinados a la salud.

PARÁGRAFO 2o. Sólo se podrán realizar giros del Sistema General de Participaciones a los fondos de salud”.

Se reitera lo anterior, en el literal b) del artículo [13](#) de la Ley 1122 cuando señala que “Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, Régimen Subsidiado de Salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública colectiva o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social.

Las cuentas maestras deberán abrirse con entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables, el incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo [20](#) de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley;...”

Mediante Resolución 3042 del 31 de agosto de 2007 el Ministerio de la Protección Social reglamentó lo relativo a lo anterior.

El literal c) del artículo [13](#) de la Ley 1122 de 2007 dispone que “Los pagos, efectuados por la entidad territorial a las EPS del Régimen Subsidiado se harán bimestre anticipado dentro de los primeros 10 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo [617](#) del Estatuto Tributario;”

El artículo 1o del Decreto 1281 de 2002 define la eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos. “Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garanticen con los recursos del Sector Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país”.

El presupuesto de la Entidad deberá regirse por las normas orgánicas de la respectiva Entidad Territorial, dependiendo si es del orden Departamental, Distrital o Municipal.

En todo caso deberá tenerse en cuenta lo enunciado por la Corte Constitucional sobre el presupuesto desequilibrado, en la Sentencia C-315/97 del 25 de junio de 1997, Magistrado Ponente, doctor Hernando Herrera Vergara, donde se señaló: “debe existir un mecanismo legal, como el consagrado en el precepto demandado, que lo autorice a reducir o aplazar las apropiaciones presupuestales, prohibiendo o sometiendo a condiciones especiales la asunción de nuevos compromisos y obligaciones, ya que la ejecución de un presupuesto desequilibrado atentaría contra la coherencia macroeconómica”.

<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:

“Artículo [47](#). Reconocimiento de los hechos económicos. 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”.

De otra parte, es importante recordar que los pagos a las instituciones prestadoras de servicios de salud se deben realizar de acuerdo a lo establecido en la Ley [1122](#) de 2007.

Observaciones que deben ser acatadas por las entidades territoriales (Departamentos, Municipios y Distritos) en el manejo de sus estados financieros (Balance General), presupuesto y contabilidad del Fondo de Salud.

2. INTERVENTORÍA. <Título insertado como numeral 2 por la Circular [49](#) de 2008>

Notas de Vigencia

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

Por su parte, también le es exigible a las entidades territoriales ejercer la interventoría a los contratos como una herramienta que permite hacer seguimiento, intervención, ejercer control, hacer cumplir lo pactado y debe durar tanto como los contratos tanto de Régimen Subsidiado como de prestación de servicios a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda.

La interventoría es también una herramienta de gestión que permite medir los resultados y el impacto de las acciones realizadas en la ejecución de los contratos y retroalimenta a las direcciones de salud para la toma de decisiones.

Para que el resultado de la interventoría cumpla con su objetivo se requiere un interventor que se caracterice por su liderazgo, objetividad, autonomía, capacidad decisoria, imparcialidad,

integridad y diligencia profesional, por ello se requiere que el interventor posea un manejo en aspectos administrativos, financieros, técnicos y legales así:

2.1. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

Notas de Vigencia

- Numeral 1 reenumerado como 2.1 por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Estar informado sobre los trámites administrativos que debe realizar el contratista desde el momento en que se aprueba la póliza de cumplimiento para los contratos que se rigen por la ley [80](#) de 1993 (o a partir de la firma del contrato en aquellos que se rigen por el derecho privado), y existe la disponibilidad presupuestal, y las dependencias a las que debe acudir por razón del mismo, con el objeto de asesorarlo en el momento oportuno. Así como el manejo administrativo que se le debe dar al contrato, lo cual debe relacionarse en los informes administrativos de progreso.

2.2. ASPECTOS FINANCIEROS.

Notas de Vigencia

- Numeral 2 reenumerado como 2.2 por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

El interventor debe tener conocimiento sobre el manejo presupuestal del contrato (disponibilidad, reserva presupuestal, etc.).

2.3. ASPECTOS TÉCNICOS.

Notas de Vigencia

- Numeral 3 reenumerado como 2.3 por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

El interventor debe tener conocimientos respecto a la forma de preparación y presentación de informes, revisión y aprobación de los documentos e informes técnicos.

2.4. ASPECTOS LEGALES.

Notas de Vigencia

- Numeral 4 reenumerado como 2.4 por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

En este sentido es importante resaltar que de acuerdo con las responsabilidades del interventor es indispensable que quien desempeñe dicho rol debe estar debidamente capacitado y preparado en el tema. En consecuencia, cualquiera sea la posibilidad seleccionada, ya sea una interventoría interna o externa, es necesario que las personas encargadas de realizarla conozcan el marco constitucional y legal de la contratación y del Sistema General de Seguridad Social en Salud -en particular respecto al objeto del contrato.

Ahora bien, respecto de las actas e informes que presenta el interventor del contrato estos son considerados como un medio de prueba para la conciliación de conflictos y aplicación de sanciones y correctivos, es por ello que los documentos escritos mediante los cuales el interventor registra su actuación y hace constar el cumplimiento efectivo de sus funciones, constituyen la prueba de los comentarios, observaciones, críticas y recomendaciones realizadas por él durante la ejecución del contrato objeto de supervisión. Dichos documentos de igual manera son medios para garantizarle al contratista el derecho de defensa y contradicción de su actuación.

La interventoría es sinónimo de control a cargo de los entes territoriales, de ahí su responsabilidad de ejercerla con eficiencia en procura del adecuado manejo de los recursos financieros públicos destinados a los programas sociales en salud de la comunidad colombiana.

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

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:

<INCISO > En los casos en que no haya acuerdo para la liquidación o que los entes territoriales no lo hagan una vez vencido el plazo señalado en el presente artículo, el Ministerio de la Protección Social reglamentará el mecanismo por el cual se permita que, a través de un mecanismo de arbitramento técnico se proceda a la liquidación de los mismos, en el menor tiempo posible”.

<INCISO > El Ministerio de la Protección Social mediante Resolución 3309 del 18 de septiembre de 2007 reglamenta el inciso segundo del artículo [17](#) de la Ley 1122 de 2007, disposición que debe ser acatada por las entidades territoriales.

3. LIQUIDACIÓN CONTRATOS.

<Numeral modificado por la Circular 61 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

<Ver Notas del Editor> El numeral 44.2.3 del artículo [44](#) de la Ley 715 de 2001 establece: “44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.”

Notas del Editor

- El numeral 44.2.3 fue derogado por el artículo [145](#) de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47. 957 de 19 de enero de 2011.

El artículo [17](#) de la Ley 1122 de 2007 estableció “Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades

territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial”.

Así mismo, el artículo 50 del Decreto 050 de 2003 establece: Liquidación y/o aclaración y pago de saldos de los contratos del Régimen Subsidiado. De conformidad con lo dispuesto en el artículo [216](#) de la Ley 100 de 1993, en los contratos de administración del régimen subsidiado suscritos entre las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) podrá pactarse la cláusula de liquidación unilateral prevista en la Ley [80](#) de 1993.

En el evento en que no se pacte, todo contrato de administración del régimen subsidiado suscrito entre las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, deberá ser objeto de aclaración y pago de los saldos pendientes a su favor o en contra, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su terminación.

Si vencido este término, no se ha efectuado por mutuo acuerdo, la aclaración y pago de los saldos pendientes a favor o en contra, la entidad territorial procederá a realizarla dentro de los diez (10) días siguientes al vencimiento del término.”

Adicionalmente el artículo [11](#) de la Ley 1150 de 2007 determinó que “la liquidación de los contratos se hará de mutuo acuerdo dentro del término fijado en los pliegos de condiciones o sus equivalentes, o dentro del que acuerden las partes para el efecto. De no existir tal término, la liquidación se realizará dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la expiración del término previsto para la ejecución del contrato o a la expedición del acto administrativo que ordene la terminación, o a la fecha del acuerdo que la disponga.

En aquellos casos en que el contratista no se presente a la liquidación previa notificación o convocatoria que le haga la entidad, o las partes no lleguen a un acuerdo sobre su contenido, la entidad tendrá la facultad de liquidar en forma unilateral dentro de los dos (2) meses siguientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo [136](#) del C. C. A.

Si vencido el plazo anteriormente establecido no se ha realizado la liquidación, la misma podrá ser realizada en cualquier tiempo dentro de los dos años siguientes al vencimiento del término a que se refieren los incisos anteriores, de mutuo acuerdo o unilateralmente, sin perjuicio de lo previsto en el artículo [136](#) del C. C. A.

Los contratistas tendrán derecho a efectuar salvedades a la liquidación por mutuo acuerdo, y en este evento la liquidación unilateral solo procederá en relación con los aspectos que no hayan sido objeto de acuerdo”.

De igual forma, el artículo 68 del Acuerdo 415 de 2009 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estableció que “la liquidación del contrato deberá efectuarse a más tardar cuatro (4) meses finalizado el período contractual. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del régimen subsidiado que no se encuentren en cobertura superior, no podrán acceder a recursos de ampliación de cobertura sin cumplir este requisito.”

Finalmente, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en su Circular 17 del 3 de junio de 2010 indicó: “La Ley 1122 de 2007 en su artículo [17](#) estableció la obligación de las entidades territoriales de realizar la liquidación de mutuo acuerdo de los contratos de régimen subsidiado a más tardar en seis meses a partir de la expedición de la norma. En desarrollo del artículo anteriormente mencionado, el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 3309 de 2007, modificada por la Sentencia C-035/08 de la Corte Constitucional, en este orden de ideas,

las EPS`S y las entidades territoriales debieron liquidar contratos suscritos y ejecutados en su totalidad al cierre de la vigencia 2007.

En razón a que la obligación de liquidar no ha sido cumplida por las entidades territoriales dentro de los plazos señalados, y en la medida que se están configurando eventos de riesgo que afectan el cumplimiento de las metas de continuidad, cobertura y calidad en la prestación de los servicios de salud, esta dirección considera perentorio, que en **un término no mayor a un mes sean liquidados unilateralmente aquellos contratos ejecutados y finalizados antes del cierre de la vigencia fiscal 2008, y de dos meses para aquellos ejecutados y finalizados** a 30 de septiembre 2009, términos contados a partir de la expedición de esta circular.

Aquellos contratos ejecutados y finalizados a partir del primero de octubre de 2009 y a la fecha de expedición de esta circular, serán liquidados en los términos del artículo [11](#) de la Ley 1150 de 2007. Para ello, también se tendrá en cuenta lo establecido en el artículo [38](#) de la Ley 1122 de 2007.

Si como consecuencia de la liquidación de los contratos resultaren valores a favor de las EPS`S o de la entidad territorial, por concepto del aseguramiento, estos deberán destinados (sic) de acuerdo a los lineamientos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

De no darse cumplimiento a lo anterior en el término establecido, hecho del que dará razón el Ministerio de la Protección Social, la Dirección General de Apoyo Fiscal, en cumplimiento de sus funciones respecto al seguimiento y control al uso de los recursos del Sistema General de Participaciones, que le fueron asignadas al Ministerio de Hacienda y Crédito Público mediante el Decreto 791 de 2009, dará aplicación al proceso establecido en el Decreto [028](#) de 2008 y sus normas reglamentarias para ordenar la adopción de medidas preventivas y/o correctivas, entre las que se encuentran la suspensión de giros, el giro directo, y la asunción temporal de la competencia.

Todo lo anterior sin perjuicio de las consecuencias que la no liquidación contractual tenga frente a las competencias directas de los órganos de control, el ministerio Sectorial y la Superintendencia de Salud.”

Por lo anterior la no liquidación de contratos dará lugar a las sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de las medidas preventivas y correctivas a las que hace referencia el Decreto [028](#) de 2008 y la normatividad vigente.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular 61 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.769 de 13 de julio de 2010.
- Numeral 3. adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 49 de 2008:

3. Liquidación de contratos. <Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Por la naturaleza de los recursos comprometidos en los contratos de administración de Régimen Subsidiado estos deben ser liquidados por las partes (municipios y EPS-S) de conformidad con lo previsto en el mismo contrato y en las diferentes normas que regulan el tema, como son, entre otras, la Ley [715](#) de 2001, el Decreto 050 de 2003, la Circular Externa Conjunta 018 MS-074 SNS de 1998 y la Circular 009 de 1999 del entonces Ministerio de Salud, así como lo mencionó el Ministerio de la Protección Social mediante oficio con Radicado 273591 del 18 de diciembre de 2007.

Sin perjuicio de lo anterior, existen elementos para liquidar los contratos y establecer, entre otros, el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones correlativas de las partes. En tal sentido debe tenerse en cuenta que, entre otros mecanismos, la Ley 1122 de 2007, en su artículo [38](#) establece que la Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y sus usuarios.

4. ENVÍO DE LA INFORMACIÓN.

<Numeral modificado por la Circular 60 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> El departamento debe remitir la información que corresponde al departamento como tal.

Esta información, debe ser enviada vía página web a la Superintendencia Nacional de Salud, siguiendo los pasos que se indican en el anexo técnico.

Los municipios por su parte, deben remitir la información directamente a la Superintendencia Nacional de Salud, siguiendo el proceso señalado para los departamentos.

Los Distritos, por su parte, deben remitir la información directamente a la Superintendencia Nacional de Salud, siguiendo el proceso señalado para los departamentos.

Los archivos reportados a la Superintendencia deberán llegar debidamente autenticados, a través de una firma digital por parte del representante legal o de quien él delegue.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular 60 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.640 de 3 de marzo de 2010.
- Numeral 4 adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 49 de 2008:

4. Las entidades territoriales deben tener en cuenta los siguientes aspectos e instrucciones para la remisión de la información:

Los municipios deben elaborar sus respectivos archivos planos, consolidar la información de su jurisdicción y presentarla en medio magnético a la respectiva Dirección Departamental de Salud. Adjunto a estos archivos se debe entregar una certificación en la que conste que los datos registrados en cada uno de los archivos fueron tomados de los documentos soporte debidamente legalizados. Es muy importante tener en cuenta que el único responsable de la consolidación y envío de la información es el Representante de la Dirección Departamental de Salud, pero el reporte a la Superintendencia Nacional de Salud es responsabilidad directa del municipio.

El departamento debe consolidar tanto la información de todos los municipios de su propia jurisdicción, como la que corresponde al departamento como tal. Esta información ya consolidada, debe ser enviada vía página web a la Superintendencia Nacional de Salud, siguiendo los pasos que se indican en el anexo técnico.

Los Distritos, por su parte, deben remitir la información directamente a la Superintendencia Nacional de Salud, siguiendo el proceso señalado para los departamentos.

Las Direcciones Departamentales de Salud deben establecer los cronogramas donde se incluyan las fechas de reporte de información de sus municipios con el fin de garantizar el cumplimiento de los plazos establecidos del envío de información a la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Direcciones Departamentales de Salud en ejercicio de sus competencias de vigilancia y control deben adoptar los instrumentos y mecanismos que permitan verificar la veracidad de la información reportada por los municipios.

En ningún caso podrá modificarse la estructura de los archivos planos y las tablas de referencia que se relacionan en el anexo técnico.

Las Direcciones Departamentales de Salud designarán un funcionario que coordine con los municipios de su jurisdicción el proceso de divulgación, recopilación y envío de la información.

Los archivos reportados a la Superintendencia deberán llegar debidamente autenticados, a través de una firma digital por parte del representante legal o de quien él delegue.

5. FECHAS DE ENVÍO DE LA INFORMACIÓN.

<Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los municipios deberán enviar a la Dirección Departamental de Salud la información de acuerdo con los cortes especificados y en las fechas señaladas en el título de anexos técnicos.

Las Direcciones Departamentales de Salud deberán remitir la información de acuerdo con los cortes especificados y en las fechas señaladas en el título de anexos técnicos.

Cuando la fecha de presentación coincida con un día no laborable, el reporte de la información

deberá efectuarse el día hábil siguiente y en ningún caso la Superintendencia Nacional de Salud otorgará prórroga para su presentación.

Notas de Vigencia

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

6. COMPETENCIAS Y OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN LO RELACIONADO A RENTAS CEDIDAS Y MONOPOLIOS RENTÍSTICOS. <Numeral adicionado por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

<Inciso modificado por la Circular 62 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> 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, y de cigarrillos y tabaco elaborado, nacionales y extranjeros, es de competencia de los departamentos, la cual se ejercerá a través de los órganos encargados de la administración fiscal.

Notas de Vigencia

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

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 57 de 2009:

<INCISO 1> 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 1°. 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.

1. 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.

2. 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.

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009. El numeral 6 y sus subnumerales del texto original son reenumerados como 7 y sus subnumerales.

<Incisos adicionado por la Circular 62 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

Mediante 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”, artículo [6o](#) se crea una sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado, equivalente al 10% de la base gravable; y el artículo [7o](#) determina que los recursos que se generen serán destinados por los Departamento y el Distrito Capital para el sector salud.

El parágrafo 1o del artículo [8o](#) de la Ley 1393 de julio 12 de 2010, 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 parágrafo 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.

7. <6> INFORMACIÓN SOBRE RENTAS CEDIDAS.

Notas de Vigencia

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

7.1. <6.1> LOTERÍAS Y APUESTAS PERMANENTES - CHANCE.

La información que se relaciona en los anexos técnicos correspondientes es la que debe ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Salud Departamentales, Direcciones Territoriales de Salud, Institutos Seccionales de Salud; Fondos Departamentales de Salud y Secretaría Distrital de Salud Bogotá.

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 57 de 2009. Rige a partir de la vigencia 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

Formulario	Periodicidad	Plazo
Reporte de Pagos	Mensual	10 primeros días de cada mes
Notas de Vigencia		

- 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 original de la Circular 47 de 2007:

Formulario Periodicidad Plazo

Reporte de Pagos Mensual 10 primeros días calendario de cada mes

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información. El anexo y los manuales se pueden consultar en la página web www.supersalud.gov.co de la Superintendencia Nacional de Salud.

Notas de Vigencia

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

7.2. <6.2> OTROS JUEGOS DE SUERTE Y AZAR.

La información que se relaciona en los anexos técnicos correspondientes es la que debe ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Salud Municipales y Secretaría Distrital de Salud Bogotá. 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 57 de 2009. Rige a partir de la vigencia 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

Formulario	Periodicidad	Plazo
Reporte de Pagos	Mensual	10 primeros días de cada mes
Notas de Vigencia		

- 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 original de la Circular 47 de 2007:

Formulario Periodicidad Plazo

Reporte de Pagos Mensual 10 primeros días calendario de cada mes

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información. El anexo y los manuales se pueden consultar en la página web www.supersalud.gov.co de la Superintendencia Nacional de Salud.

Notas de Vigencia

- Numeral 6.2 reenumerado por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

7.3. <6.3> IVA CEDIDO A SALUD Y RENTAS DE MONOPOLIO DE LICORES.

7.3.1. <6.3.1.> <Inciso modificado por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Secretarías de Salud Departamentales, Direcciones Territoriales de Salud, Institutos Seccionales de Salud; Fondos Departamentales de Salud y Secretaría Distrital de Salud Bogotá. La información correspondiente a IVA cedido de cervezas, licores, vinos, aperitivos y similares deberá ser diligenciada y remitida por estas entidades. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular solo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

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 original de la Circular 47 de 2007:

<INCISO> La información correspondiente a IVA cedido de cervezas, licores, vinos, aperitivos y similares deberá ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Salud Departamentales, Direcciones Territoriales de Salud, Institutos Seccionales de Salud; Fondos Departamentales de Salud y Secretaría Distrital de Salud Bogotá. 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.

Formulario	Periodicidad	Plazo
Reporte de Pagos	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información. El anexo y los manuales se pueden consultar en la página web www.supersalud.gov.co de la Superintendencia Nacional de Salud.

El Secretario de Salud y/o Director o Jefe del Fondo Departamental de Salud, dentro de los diez (10) días calendario siguientes al finalizar cada semestre, remitirá una relación de los dineros recibidos, inversión ejecutada o proyectos adelantados por el departamento en el sector salud con los recursos provenientes de las rentas del monopolio de licores, indicando la modalidad, las fechas en que fueron realizados y los conceptos.

7.3.2. <6.3.2> <Inciso modificado por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Secretarías de Hacienda. La información que se establece en los anexos técnicos respectivos es la que debe ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Hacienda relacionada con el impuesto al consumo y/o participación porcentual, así como con el IVA cedido a salud. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular solo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

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 original de la Circular 47 de 2007:

<INCISO> La información que se establece en los anexos técnicos respectivos es la que debe ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Hacienda relacionada con el IVA cedido a salud. 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.

7.3.2.1. <6.3.2.1> Las tarifas de impuesto al consumo y/o participación porcentual adoptadas en la entidad territorial deberán ser remitidas, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de expedición del acto administrativo, al correo electrónico licores@supersalud.gov.co

7.3.2.2. <6.3.2.2> Los plazos establecidos son:

<Tabla modificada por la Circular 57 de 2009. Rige a partir de la vigencia 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

Formulario	Periodicidad	Plazo
Cobros al Fondo Cuenta	Mensual	10 primeros días de cada mes
Declaraciones y Pagos	Mensual	
Notas de Vigencia		

- 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 original de la Circular 47 de 2007:

Formulario Periodicidad Plazo

Actualización Entidades Mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Cobros al Fondo Cuenta Mensual

Reporte de Producción Mensual

Declaraciones y Pagos Mensual

Reporte de Actuaciones Mensual

7.3.2.3. <6.3.2.3> <Numeral modificado por la Circular 62 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> La Secretaría de Hacienda Distrital de Bogotá sólo deberá reportar los formularios denominados “Cobros al Fondo Cuenta” y “Declaraciones y Pagos”, correspondientes a cervezas y sifones.

Notas de Vigencia

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

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 57 de 2009:

7.3.2.3 La Secretaría de Hacienda Distrital de Bogotá sólo deberá reportar los formularios denominados “Cobros al Fondo Cuenta”, “Declaraciones y Pagos” y “Reporte de Actuaciones”, correspondientes a cervezas y sifones.

7.3.2.4. <6.3.2.4> En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información. El anexo y los manuales se pueden consultar en la página web www.supersalud.gov.co de la Superintendencia Nacional de Salud.

7.3.2.5. <6.3.2.5> Una vez esta Superintendencia ponga en conocimiento de las Secretarías de Hacienda Departamentales las inconsistencias detectadas en la liquidación y pago del IVA, de conformidad con la información reportada en el Capítulo IV del Título III de esta Circular Única, deberán dar inicio a los procesos tributarios a más tardar dentro del mes siguiente.

7.3.2.6. <6.3.2.6> Las Secretarías de Hacienda Departamental deberán informar al departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina los productos que fueron despachados para consumo en la Isla, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al envío, indicando:

7.3.2.6.1. <6.3.2.6.1> Productor.

6.3.2.6.2. <6.3.2.6.2> Nombre de los productos, presentación y cantidad, por cada producto enviado.

7.3.2.6.3. <6.3.2.6.7> <sic, 6.3.2.6.3> Fecha del envío.

7.3.2.7. <6.3.2.7> La Secretaría de Hacienda del Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina deberá informar, al respectivo departamento, los productos que ingresaron a la Isla, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo, indicando:

7.3.2.7.1. <6.3.2.7.1> Productor.

7.3.2.7.2. <6.3.2.7.2> Nombre de los productos, presentación y cantidad, por cada producto recibido.

7.3.2.7.3. <6.3.2.7.3> Fecha del ingreso.

7.3.2.8. <6.3.2.8> Las respectivas Secretarías de Hacienda darán inicio a los procesos tributarios cuando surjan diferencias entre los productos enviados para consumo en el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y los efectivamente ingresados, a más tardar dentro del mes siguiente.

Notas de Vigencia

- Numeral 6.3 y subnumerales reenumerados por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

7.4. <6.4> MONOPOLIO DE LICORES-SECRETARÍAS DE HACIENDA DEPARTAMENTALES.

La información que se relaciona a continuación corresponde a la que debe ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Hacienda sobre las Rentas del Monopolio de Licores Destilados, así:

7.4.1. <6.4.1.> Dentro de los diez (10) días calendario siguientes al finalizar cada semestre, los montos recaudados, en el semestre inmediatamente anterior, por rentas del monopolio de licores, detalladas por cada concepto, a saber, Impuesto al Consumo y/o Participación Porcentual, Excedentes de la Licorera Departamental, Derechos de Explotación y las demás que se originen

como producto del ejercicio del monopolio.

7.4.2. <6.4.2> <Numeral modificado por la Circular 59 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> Dentro de los diez (10) días calendario siguientes al finalizar cada semestre, los montos recaudados, en el semestre inmediatamente anterior, por rentas del monopolio de licores, detallados por cada concepto, a saber, Impuesto al Consumo y/o Participación Porcentual, Excedentes de la Licorera Departamental, Derechos de Explotación y las demás que se originen como producto del ejercicio del monopolio. De igual manera, los montos ejecutados, discriminados por cada rubro específico de gasto, en la financiación de salud y educación.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado 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 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 57 de 2009:

7.4.2 Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la aprobación del presupuesto del departamento, deberán remitir los montos programados en el ingreso por rentas del monopolio de licores, detallados por cada concepto, a saber: Impuesto al Consumo y/o Participación Porcentual, Excedentes de la Licorera Departamental, Derechos de Explotación y las demás que se originen como producto del ejercicio del monopolio. Así mismo los montos incorporados con destino a la financiación de los servicios de salud y educación, discriminados por cada rubro específico de gasto, de manera que se pueda identificar la aplicación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

6.4.2. Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la aprobación del presupuesto los montos incorporados en el presupuesto del departamento con destino a la financiación de los servicios de salud y educación, discriminando por cada rubro específico de gasto, la fuente de financiación, de manera que se pueda identificar la aplicación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio, al igual que los demás recursos que se destinan a salud.

7.4.3. <6.4.3> <Numeral modificado por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al cierre de cada vigencia fiscal deberán remitir los montos efectivamente recaudados, detallados por cada concepto, a saber: Impuesto al Consumo y/o Participación Porcentual, Excedentes de la Licorera Departamental, Derechos de Explotación y las demás que se originen como producto del ejercicio del monopolio; y los ejecutados en los sectores de salud y educación, por cada rubro específico de gasto, de manera que se pueda identificar la aplicación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, de conformidad con los conceptos de gasto establecidos en el Decreto 4692 de 2005 y demás normas vigentes.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado 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:

6.4.3 Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al cierre de cada vigencia fiscal los montos efectivamente ejecutados el sector salud por rentas del monopolio de licores discriminando por cada rubro específico de gasto la fuente de financiación, de manera que se pueda identificar la aplicación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, de conformidad con los conceptos de gasto establecidos en el Decreto 4692 de 2005 y demás normas vigentes.

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.

Notas de Vigencia

- Numeral 6.4 y subnumerales reenumerados por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

8. <7> FACULTADES DE LA ENTIDAD TERRITORIAL EN LA ATENCIÓN EN SALUD.

Notas de Vigencia

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

8.1. <7.1> INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. <Numeral reemplazado por la Circular 54 de 2009, según lo dispuesto por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Notas del Editor

El editor encuentra en la publicación que la Supersalud hace de esta circular una numeración especial para facilitar las futuras referencias a los mismos la NUMERACIÓN INTERNA se señala conforme a esta publicación. La Numeración que la Super da a los Títulos y Capítulos se repite por lo que el editor incorpora su propia numeración.

<8.1.1> TITULO III-

DE LA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS ENTES TERRITORIALES MUNICIPALES.

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.1.1> CAPITULO I-

DE LA INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES MUNICIPALES EN EL ÁREA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

<Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los municipios en el territorio de su jurisdicción, relacionadas con la prestación de servicios de salud:

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

<8.1.1.2.1> 1.1. El Inciso 3o del párrafo del artículo 16 del Decreto 1011 del 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” reza:

“Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación”.

8.1.1.2.2 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. <Numeral modificado por de la Circular 12 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Las Entidades Territoriales de Salud del Orden Departamental, Distrital y Municipal, en el contexto de la normativa vigente, son responsables de realizar las siguientes actividades y gestiones:

a) Elaboración, implementación y evaluación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) en su condición de compradores de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA).

Las Entidades Territoriales de Salud en su condición de compradores de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA) en lo no cubierto con subsidios a la demanda, deberán implementar, incorporar y desarrollar estrategias o acciones a través del PAMEC, con miras a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud de la Población Pobre No Asegurada (PPNA) a través de su red de prestadores, para lo cual deberán elaborar su documento PAMEC siguiendo las pautas y guías para elaboración establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los municipios certificados una vez elaborado su documento PAMEC como comprador de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA), deberán remitirlo a la Dirección Territorial de Salud del Orden departamental de su jurisdicción para que esta realice el respectivo seguimiento.

Las Entidades Territoriales de Salud del Orden Departamental y Distrital deberán reportar la formulación del Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada y los resultados de evaluación de su PAMEC a la Superintendencia Nacional de Salud, según lo dispuesto en el Anexo Técnico – Archivo Tipo número ST001. En cualquier caso, la Superintendencia podrá requerir la inclusión de acciones adicionales al Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, las cuales deben ser adoptadas y monitoreadas por la entidad. El reporte de la formulación del Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada debe llevarse a cabo a más tardar el 31 de julio del año en curso y el reporte de los resultados de evaluación de las

actividades ejecutadas debe llevarse a cabo a más tardar el 28 de febrero del año siguiente;

b) Realizar inspección, vigilancia y control a la formulación y cumplimiento de los contenidos del PAMEC de los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción, a los que les sea aplicable el PAMEC.

Las Entidades Territoriales de Salud del Orden Departamental y Distrital, en el ejercicio de sus competencias, deberán realizar inspección, vigilancia y control a la formulación y cumplimiento de los contenidos del PAMEC de los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción, a los que les sea aplicable realizar el PAMEC, según las pautas de la normativa vigente.

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital, deberán enviar anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud un informe con los resultados de seguimiento a la formulación y resultados de ejecución de los PAMEC de los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción (a los que les aplique realizar el PAMEC) según lo dispuesto en el Anexo Técnico – Archivo Tipo número ST003.

Las Entidades Territoriales en salud en su evaluación de Habilitación y del PAMEC podrán disponer de la información que será reportada por la IPS a esta Superintendencia, con base en lo reportado en el Anexo técnico - Archivo Tipo número ST002, para su evaluación y seguimiento;

c) Realizar inspección y vigilancia a la formulación y cumplimiento de los contenidos del PAMEC de los municipios certificados de su jurisdicción, en su condición de compradores de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA).

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital, en el ejercicio de sus competencias, deberán realizar inspección y vigilancia a la formulación y cumplimiento de los contenidos del PAMEC de los municipios certificados de su jurisdicción, en su condición de compradores de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA), según las pautas de la normativa vigente.

Las Entidades Territoriales de Salud del Orden Departamental y Distrital, deberán enviar anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud, un informe con los resultados de seguimiento a la formulación y resultados de ejecución de los PAMEC de los municipios certificados de su jurisdicción según lo dispuesto en el Anexo Técnico – Archivo Tipo número ST003.

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 incorporado por la Circular 57 de 2009:

1.2. El artículo 50 del Decreto 1011 del 2006 “por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” reza:

“Artículo 50. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en Salud. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

...

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso”.

1.2.1. Los artículos 53 y 54 del Decreto 1011 del 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” que reglamenta entre otras lo referente a la Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, rezan:

“Artículo 53. Aplicación de las medidas sanitarias de seguridad. El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas”.

“Artículo 54. Sanciones. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 9a de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan”.

Los artículos 577, 578, 579, 580 y 581 de la Ley 9a de 1979 establecen:

“Artículo 577. Teniendo en cuenta la gravedad del hecho y mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta ley, será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con alguna o algunas de las siguientes sanciones:

- a) Amonestación;
- b) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución;
- c) Decomiso de productos;
- d) Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y
- e) Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

Artículo 578. Cuando del incumplimiento de las disposiciones de la presente ley, se deriven riesgos para la salud de las personas, deberá darse publicidad a tal hecho para prevenir a los usuarios.

Artículo 579. El pago de las multas no exime al infractor de la ejecución de la obra, obras o medidas de carácter sanitario que hayan sido ordenadas por la entidad responsable del control.

Artículo 580. Las sanciones administrativas impuestas por las autoridades sanitarias, no eximen de la responsabilidad civil o penal a que haya lugar por las violaciones a los preceptos de la ley.

Artículo 581. Cuando para su funcionamiento un establecimiento o empresa necesitare dos o más tipos de licencias, el Ministerio de Salud podrá otorgar una que comprenda todas las requeridas”.

8.1.1.2.3 Sistema de Información para la Calidad (SIC) <Numeral modificado por de la Circular 12 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Las Entidades Territoriales de Salud del Orden Departamental y Distrital, en el contexto de la normativa vigente, serán responsables de realizar inspección, vigilancia y control a las Instituciones prestadoras de servicios de salud y a los servicios de transporte especial de pacientes de su jurisdicción frente al Sistema de Información para la Calidad.

Las Entidades territoriales Departamentales y Distritales de Salud deberán realizar el reporte sobre el monitoreo realizado a Instituciones prestadoras de servicios de salud y a los servicios de transporte especial de pacientes, en el marco del Sistema de Información para la Calidad (SIC), según lo dispuesto en el Anexo Técnico-Archivo Tipo número ST004.

En cualquier caso, la Superintendencia podrá requerir a la Entidad Territorial, a las Instituciones prestadoras de servicios de salud y/o a los Servicios de transporte especial de pacientes la ampliación de la información reportada por la Entidad Territorial.

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 incorporado por la Circular 57 de 2009:

1.3. El artículo 6o de la Resolución 1446 de 2006 expedida por el Ministerio de la Protección Social reza:

“Artículo 6o. Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud y a las entidades territoriales, en desarrollo de sus competencias, cumplir y hacer cumplir las disposiciones establecidas en la presente resolución y en caso de incumplimiento, adelantar las acciones a que hubiere lugar”.

La Circular 51 de 2007 expedida por el Ministerio de la Protección Social estableció:

“De conformidad con lo señalado, se precisa que las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud en ejercicio de sus facultades de vigilancia y control, deben adelantar las gestiones a fin de cumplir con lo dispuesto en el artículo 4o de la Resolución 001446 de 2006, a saber:

- a) Brindar a los prestadores de servicios de salud del área de su influencia, la asistencia técnica necesaria para el reporte oportuno de la información de los indicadores de calidad, cuando a ello hubiere lugar.
- b) Efectuar los requerimientos a los prestadores de servicios de salud que hayan incumplido con el reporte, advirtiendo que ninguna institución será sancionada por los contenidos de la información reportada; no obstante, en el evento de omitirla, la dirección territorial de salud se vería avocada a aplicar las sanciones previstas en la normatividad vigente, sin perjuicio de la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud prevista en el artículo 6o del Decreto 1018 de 2007”.

En desarrollo de dicha función, las autoridades municipales de salud podrán en cualquier momento solicitar por escrito a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su jurisdicción copia íntegra de los reportes de información de los indicadores de monitoría del sistema, enviados a la Superintendencia Nacional de Salud.

Los indicadores del nivel de monitoría del sistema que deben reportar las instituciones prestadoras de servicios de salud son:

INDICADORES DEL NIVEL DE MONITORIA DEL SISTEMA

<Consultar tabla en la Circular 54 de 2009>

<8.1.1.2.4> 1.4. La Resolución 1043 de 2006, “por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”, en su artículo 1o, literal a) inciso final establece:

“Las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada o modificada, a partir del 1o de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado”.

El artículo 38 de la Resolución 4445 de 1996, por el cual se dictan normas para el cumplimiento

del contenido del Título IV de la Ley 9a de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares” reza:

“Artículo 38. Facultades para vigilancia y control.

Corresponde a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud, establecer los mecanismos para dar cumplimiento a las disposiciones de la presente resolución”.

<8.1.1.2.4.1> 1.4.1. Los artículos 43, 40, 41, 42, 44, 47, 48 y 49 de la Resolución 4445 de 1996 “por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 9a de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares” rezan:

“Artículo 43. Autoridades competentes.

La competencia para la aplicación de las medidas de seguridad la tienen la Dirección Seccional, Distrital o Local de salud y los funcionarios que por decisión de esta, cumplan funciones de vigilancia y control en el ámbito de la presente resolución.

PARÁGRAFO. Los funcionarios que deban cumplir las funciones de vigilancia y control serán identificados por sus respectivos cargos”.

“Artículo 40. De cuáles son las medidas de seguridad.

De acuerdo con el artículo 576 de la Ley 9a de 1979, son medidas de seguridad, las siguientes:

- La clausura temporal de la institución prestadora de servicios de salud, que podrá ser total o parcial.
- La suspensión total o parcial de trabajos o de servicios.
- El decomiso de objetos o productos.
- La destrucción o desnaturalización de artículos o productos.
- La congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos, mientras se toma una decisión definitiva al respecto”.

“Artículo 41. Ejecución de las Medidas de Seguridad.

Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar. Se levantarán cuando se compruebe que no han desaparecido las causas que las originaron”.

“Artículo 42. Efectos de las Medidas de Seguridad.

Las medidas de seguridad surten efectos inmediatos, contra ellas no procede recurso alguno y no requieren formalidades especiales”.

“Artículo 44. De la imposición de una medida Sanitaria de Seguridad.

De la imposición de una medida de seguridad se levantará un acta en la cual consten las circunstancias que han originado la medida y su duración, la cual podrá ser prorrogada”.

“Artículo 47. Iniciación del proceso Sancionatorio.

Aplicada una medida de seguridad, se procederá inmediatamente a iniciar el proceso Sancionatorio”.

SANCIONES

“Artículo 48. De cuáles son las sanciones.

De conformidad con el artículo 577 de la Ley 9a de 1979, las sanciones podrán consistir en:

- a) Amonestación.
- b) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a diez mil (10.000) salarios diarios mínimos legales.
- c) Decomiso de productos.
- d) Suspensión o cancelación del registro o de la autorización, y
- e) Cierre temporal o definitivo de la institución prestadora de servicios de salud o servicio respectivo”.

“Artículo 49. Plazos para traslados de instituciones prestadoras de Servicios de Salud.

A las instituciones prestadoras de servicios de salud que a la fecha de vigencia de la presente resolución, funcionen en edificaciones no susceptibles de cumplir con las normas de la Ley 9a de 1979, de las Resoluciones 4445 de 1996, 4252 de 1997 y de la presente resolución, ya sea mediante modificaciones o ampliaciones, la Dirección de Salud competente, previo el estudio de la situación y las características de cada caso, fijará los plazos que de común acuerdo resulten necesarios para su traslado.

PARÁGRAFO 1o. Toda nueva construcción destinada a cumplir las funciones de Institución Prestadora de Servicios de Salud debe cumplir en su totalidad con los requisitos establecidos en la Resolución 4445 de 1996.

PARÁGRAFO 2o. Cuando las edificaciones destinadas a cumplir la función de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, construidas con anterioridad a la vigencia de la Resolución 4445 de 1996, no cumplan con los requisitos en ella previstos y sean susceptibles de adaptarse a la norma, las respectivas instituciones deberán establecer un plan de cumplimiento en coordinación con la Dirección de Salud competente, cuya duración podrá fijarse, de acuerdo con la magnitud de las adecuaciones requeridas”.

Establecimientos Cosmetología

<8.1.1.2.5> **1.5.** El artículo 12 de la Ley 711 de 2001 “por la cual se reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología y se dictan otras disposiciones en materia de salud estética”. Reza:

“Artículo 12. Supervisión. Los organismos encargados de supervisar la prestación de servicios de salud en los municipios y distritos del país deberán verificar el estricto cumplimiento de las normas y requisitos sanitarios de los establecimientos donde se lleven a cabo actividades a las que se refiere la presente ley. Asimismo, tendrán a su cargo las tareas de inspección, vigilancia y control de los servicios de cosmetología que se presten en su jurisdicción para efectos de lo cual

procederán a elaborar un censo de centros y personas dedicados a la ocupación, dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de esta ley. Este censo será actualizado cada año”.

<8.1.1.2.5.1> 1.5.1. Los artículos 17, 18 y 19 de la Ley 711 del 2001 “Por la cual se reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología y se dictan otras disposiciones en materia de salud estética”. Rezan:

“Artículo 17. Sanciones. El incumplimiento e inobservancia de las disposiciones consagradas en la presente ley, sin perjuicio de las demás acciones administrativas, penales, civiles o policivas, según el caso, generará las siguientes sanciones:

- a) Amonestación privada;
- b) Amonestación pública;
- c) Multas sucesivas de hasta de cien (100) salarios mínimos legales vigentes (smlv);
- d) Suspensión de la personería jurídica;
- e) Cierre temporal del centro de estética o de cosmetología;
- f) Cancelación de la personería jurídica o del concepto de ubicación o documento que lo reemplace, o cierre definitivo del centro de cosmetología o estética”.

“Artículo 18. Imposición. La imposición de sanciones se regirá por las siguientes reglas:

- a) La violación de lo dispuesto en los artículos 6o y 11 de la presente ley dará lugar a las sanciones contempladas en los literales a), b) o c) del artículo anterior, según la gravedad del asunto;
- b) Quienes entorpezcan la función de inspección y vigilancia de las autoridades estarán sujetos a la sanción de multa prevista en el literal c) del artículo anterior;
- c) La violación de lo dispuesto en el artículo 5o de esta ley dará lugar a la sanción allí prevista;
- d) La violación de lo dispuesto en los artículos 7o, 8o y 9o de la presente ley dará lugar a las sanciones previstas en los literales d), e) o f) del artículo anterior;
- e) La violación de lo dispuesto en el artículo 9o de la presente ley dará lugar a sanciones establecidas en los literales b), c), d) y e) del artículo anterior, en forma sucesiva si existe reincidencia, las cuales se aplicarán vencido el plazo de transición previsto en ese artículo.

PARÁGRAFO 1o. Corresponde a las autoridades de salud del respectivo municipio imponer las sanciones en primera instancia, con apelación ante los alcaldes.

PARÁGRAFO 2o. Los procedimientos aplicables serán los previstos en la parte general del Código Contencioso Administrativo.”

“Artículo 19. De la caducidad y la prescripción. La acción administrativa, caducará a los cinco (5) años, a partir del último acto constitutivo de falta y la sanción prescribirá en un término de cinco (5) años”.

Manual bioseguridad establecimientos actividades cosméticas.

<8.1.1.2.6> 1.6. El artículo 2o de la Resolución 2827 del año 2006, por la cual se adopta el Manual de bioseguridad para establecimientos que desarrollen actividades cosméticas o con fines de embellecimiento facial, capilar, corporal y ornamental” expedida por el Ministerio de la Protección Social reza:

“Artículo 2o. Las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales realizarán la vigilancia y el control sobre el cumplimiento del manual de bioseguridad, en los establecimientos dedicados al embellecimiento facial, capilar, corporal y ornamental, el cual debe ser conocido y aplicado por todos los prestadores del servicio”.

Mantenimiento hospitalario

<8.1.1.2.7> 1.7. El numeral [7.6.](#) del Título V de la Circular Unica del año 2007 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud reza:

“...De conformidad con la normatividad mencionada, respecto al deber de las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud de la inspección y vigilancia en el cumplimiento de las normas técnicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, les corresponde a estas velar porque las instituciones prestadoras de salud de su jurisdicción elaboren los informes de asignación, ejecución y aplicación de los recursos destinados al mantenimiento hospitalario. De igual manera las Direcciones de Salud canalizarán los informes de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud y los enviarán a esta Superintendencia, previa verificación de su exactitud y veracidad...”

Participación Social

<8.1.1.2.8> 1.8. El artículo 4o del Decreto 1757 de 1994, por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4o del Decreto-ley 1298 de 1994 reza:

“Artículo 7o. Comités de participación comunitaria. En todos los municipios se conformarán los Comités de Participación Comunitaria en Salud establecidos por las disposiciones legales como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado, para cuyos efectos estarán integrados así:

1. El alcalde municipal, distrital o metropolitano o su respectivo delegado, quien lo presidirá. En los resguardos indígenas el comité será presidido por la máxima autoridad indígena respectiva.
2. El Jefe de la Dirección de Salud Municipal.
3. El Director de la entidad prestataria de servicios de salud del Estado más representativa del lugar, quien presidirá el Comité en ausencia de la autoridad administrativa de que trata el numeral 1o de este artículo. La asistencia del director es indelegable.
4. Un representante por cada una de las formas organizativas sociales y comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área del Municipio, tales como:
 - a) Las formas organizativas promovidas alrededor de los programas de salud como las Uros, Uairas, Coe, Cove, Madres Comunitarias, Gestores de Salud, Empresas Solidarias de Salud, entre otras;
 - b) Las Juntas administradoras locales;

- c) Las organizaciones de la comunidad de carácter veredal, barrial, municipal;
- d) Las asociaciones de usuarios y/o gremios de la producción, la comercialización o los servicios, legalmente reconocidos;
- e) El sector educativo;
- f) La Iglesia.

PARÁGRAFO 1o. Los representantes ante los Comités de Participación Comunitaria serán elegidos para períodos de tres (3) años; podrán ser reelegidos máximo por otro período y deberán estar acreditados por la organización que representen.

PARÁGRAFO 2o. Los Comités de Participación Comunitaria en Salud podrán obtener personería jurídica si lo consideran pertinente para el desarrollo de sus funciones, sin detrimento de los mecanismos democráticos de participación y representatividad.

PARÁGRAFO 3o. En las grandes ciudades, los Comités de Participación Comunitaria, tendrán como referente espacial la comuna, la localidad o el silos respectivo, si ellos se hubieren establecido.

PARÁGRAFO 4o. Los Comités de Participación Comunitaria que se encuentren activos a la fecha de expedición del presente decreto, circunscritos al área de influencia de centros y puestos de salud del municipio, enviarán su representante -debidamente acreditado- ante el Comité de Participación Comunitaria del Municipio”.

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.1.2> CAPITULO II-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES MUNICIPALES EN EL ÁREA DE ASEGURAMIENTO DE LA POBLACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

<Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los municipios en el territorio de su jurisdicción:

<8.1.2.1> Aseguramiento Régimen Subsidiado

1.1. <Ver Notas del Editor> El artículo [44.2.3](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

Notas del Editor

- El numeral 44.2.3 fue derogado por el artículo [145](#) de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47. 957 de 19 de enero de 2011.

“44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías”.

<8.1.2.2> Aseguramiento Régimen Contributivo-Evasión y Elusión de Aportes

1.2. El artículo [44.2.4](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“44.2.4. Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes”.

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.1.3> CAPITULO III-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES MUNICIPALES EN EL ÁREA DE SALUD PÚBLICA.

<Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los municipios en el territorio de su jurisdicción:

Salud Pública

<8.1.3.1> 1.1. El artículo [44.3.3](#) y subsiguientes de la Ley 715 del 2001 rezan:

“44.3.3. Además de las funciones antes señaladas, los distritos y municipios de categoría especial, 1o, 2o y 3o deberán ejercer las siguientes competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.

44.3.3.1. Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los de materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana.

44.3.3.3. Vigilar en su jurisdicción, la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas, residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinará con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar”.

<8.1.3.2> 1.2. El artículo [44.3.4](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“44.3.4. Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis”.

<8.1.3.3> 1.3. El artículo [44.3.5](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“44.3.5. Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.”

<8.1.3.4> 1.4. El inciso 1o del artículo [44.3.6](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“44.3.6. Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9a de 1979 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan”.

<8.1.3.4.1> 1.4.1. Los artículos referentes a medidas de seguridad y sanciones del Título XI “Vigilancia y control” de la Ley 9a de 1979 rezan:

“Medidas de seguridad.

Artículo 576. Podrán aplicarse como medidas de seguridad encaminadas a proteger la Salud Pública, las siguientes:

- a) Clausura temporal del establecimiento, que podrá ser total o parcial;
- b) La suspensión total o parcial de trabajos o de servicios;
- c) El decomiso de objetos y productos;
- d) La destrucción o desnaturalización de artículos o productos, si es el caso, y
- e) La congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos, mientras se toma una decisión definitiva al respecto.

PARÁGRAFO. Las medidas a que se refiere este artículo serán de inmediata ejecución, tendrán carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar”.

Sanciones.

Artículo 577. Teniendo en cuenta la gravedad del hecho y mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta ley, será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con alguna o algunas de las siguientes sanciones:

- a) Amonestación;
- b) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución;
- c) Decomiso de productos;
- d) Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y
- e) Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

Artículo 578. Cuando del incumplimiento de las disposiciones de la presente ley, se deriven riesgos para la salud de las personas, deberá darse publicidad a tal hecho para prevenir a los

usuarios.

Artículo 579. El pago de las multas no exime al infractor de la ejecución de la obra, obras o medidas de carácter sanitario que hayan sido ordenadas por la entidad responsable del control.

Artículo 580. Las sanciones administrativas impuestas por las autoridades sanitarias, no eximen de la responsabilidad civil o penal a que haya lugar por las violaciones a los preceptos de la ley.

Artículo 581. Cuando para su funcionamiento un establecimiento o empresa necesitare dos o más tipos de licencias, el Ministerio de Salud podrá otorgar una que comprenda todas las requeridas.

Sistema de Vigilancia en Salud Pública

<8.1.3.5> 1.5. El artículo 10 del Decreto 3518 del 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones”. reza:

“Artículo 10. Funciones de las Direcciones Municipales de Salud. Las direcciones municipales de salud o la dependencia que haga sus veces, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

- a) Desarrollar los procesos básicos de vigilancia de su competencia, de acuerdo con lo previsto en la Ley [715](#) de 2001 y de conformidad con lo dispuesto en el presente decreto o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan;
- b) Garantizar la infraestructura y el talento humano necesarios para la gestión de la vigilancia en el ámbito municipal de acuerdo a su categoría;
- c) Organizar y coordinar la red de vigilancia en Salud Pública de su jurisdicción de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social;
- d) Adoptar e implementar el sistema de información para la vigilancia en Salud Pública establecido por el Ministerio de la Protección Social;
- e) Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y desarrollo de acciones de vigilancia y garantizar el flujo continuo de información de interés en Salud Pública requerida por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción, conforme a sus competencias;
- f) Organizar la comunidad para lograr la participación de la misma en la realización de actividades propias de la vigilancia en Salud Pública;
- g) Realizar la búsqueda activa de casos y contactos para los eventos que así lo requieran e investigar los brotes o epidemias que se presenten en su área de influencia;
- h) Realizar el análisis de la situación de salud en su jurisdicción
- i) Dar aplicación al principio de subsidiariedad en los términos del literal d) del artículo 3o de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de Salud Pública de cualquiera de las áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen”.

<8.1.3.5.1> 1.5.1. El Capítulo V del Decreto 3518 del 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones”. Reza:

“Capítulo V.

Régimen de Vigilancia y Control, Medidas Sanitarias y Sanciones.

Artículo 39. Responsabilidades Frente a la Obligatoriedad de la Información Epidemiológica. Las Unidades Primarias Generadoras de Datos y las Unidades Notificadoras son responsables de la notificación o reporte obligatorio, oportuno y continuo de información veraz y de calidad, requerida para la vigilancia en Salud Pública, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad. El incumplimiento de estas disposiciones dará lugar a las sanciones disciplinarias, civiles, penales, administrativas y demás, de conformidad con las normas legales vigentes.

Artículo 40. Autoridades Sanitarias del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Para efectos de la aplicación del presente decreto, entiéndase por Autoridades Sanitarias del Sivigila, el Ministerio de la Protección Social; el Instituto Nacional de Salud, INS; el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Territoriales de Salud, y todas aquellas entidades que de acuerdo con la ley ejerzan funciones de vigilancia y control sanitario, las cuales deben adoptar medidas sanitarias que garanticen la protección de la Salud Pública y el cumplimiento de lo dispuesto en esta norma, así como adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que hubiere lugar.

Artículo 41. Medidas Sanitarias. Con el objeto de prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o la existencia de una situación que atenten contra la salud individual o colectiva, se consideran las siguientes medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control:

- a) Aislamiento o internación de personas y/o animales enfermos;
- b) Cuarentena de personas y/o animales sanos;
- c) Vacunación u otras medidas profilácticas de personas y animales;
- d) Control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios;
- e) Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas;
- f) Clausura temporal parcial o total de establecimientos;
- g) Suspensión parcial o total de trabajos o servicios;
- h) Decomiso de objetos o productos;
- i) Destrucción o desnaturalización de artículos o productos si fuere el caso;
- j) Congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos.

PARÁGRAFO 1o. Sin perjuicio de las medidas antes señaladas y en caso de epidemias o situaciones de emergencia sanitaria nacional o internacional, se podrán adoptar medidas de carácter urgente y otras precauciones basadas en principios científicos recomendadas por expertos con el objetivo de limitar la diseminación de una enfermedad o un riesgo que se haya extendido ampliamente dentro de un grupo o comunidad en una zona determinada.

PARÁGRAFO 2o. Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que hubiere lugar.

Artículo 42. Aislamiento o Internación de Personas y/o animales enfermos. Consiste en el

aislamiento o internación de individuos o grupos de personas y/o animales, afectados por una enfermedad transmisible u otros riesgos ambientales, químicos y físicos, que pueda diseminarse o tener efectos en la salud de otras personas y/o animales susceptibles. El aislamiento se hará con base en certificado médico y/o veterinario expedido por autoridad sanitaria y se prolongará sólo por el tiempo estrictamente necesario para que desaparezca el peligro de contagio o diseminación del riesgo.

Artículo 43. Cuarentena de Personas y/o Animales Sanos. Consiste en la restricción de las actividades de las personas y/o animales sanos que hayan estado expuestos, o que se consideran que tuvieron un alto riesgo de exposición durante el periodo de transmisibilidad o contagio a enfermedades transmisibles u otros riesgos, que puedan diseminarse o tener efectos en la salud de otras personas y/o animales no expuestas. La cuarentena podrá hacerse en forma selectiva y adaptarse a situaciones especiales según se requiera la segregación de un individuo o grupo susceptible o la limitación parcial de la libertad de movimiento, para lo cual se procederá en coordinación con las autoridades pertinentes y atendiendo las regulaciones especiales sobre la materia. Su duración será por un lapso que no exceda del periodo máximo de incubación de una enfermedad o hasta que se compruebe la desaparición del peligro de diseminación del riesgo observado, en forma tal que se evite el contacto efectivo con individuos que no hayan estado expuestos.

Artículo 44. Vacunación y otras medidas profilácticas. Se refiere a la aplicación de métodos y procedimientos de protección específica de comprobada eficacia y seguridad, existentes para la prevención y/o tratamiento presuntivo de enfermedades y riesgos para la salud. Estas medidas podrán exigirse o aplicarse en situaciones de riesgo inminente de acuerdo con las recomendaciones de las autoridades sanitarias.

Artículo 45. Control de Agentes y Materiales Infecciosos y Tóxicos, Vectores y Reservorios. Consiste en las medidas y procedimientos existentes para el control o eliminación de agentes o materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios, presentes en las personas, animales, plantas, materia inerte, productos de consumo u otros objetos inanimados, que puedan constituir un riesgo para la Salud Pública. Incluyen desinfección, descontaminación, desinfestación, desinsectación y desratización.

Artículo 46. Desocupación o Desalojamiento de Establecimientos o Viviendas. Consiste en la orden, por razones de prevención o control epidemiológico, de desocupación o desalojo de un establecimiento o vivienda, cuando se considere que representa un riesgo inminente para la salud y vida de las personas.

Artículo 47. Clausura Temporal de Establecimientos. Consiste en impedir, por razones de prevención o control epidemiológico y por un tiempo determinado, las tareas que se desarrollan en un establecimiento, cuando se considere que están causando un problema sanitario. La clausura podrá aplicarse sobre todo el establecimiento o sobre parte del mismo.

Artículo 48. Suspensión Parcial o Total de Trabajos o Servicios. Consiste en la orden, por razones de prevención o control epidemiológico, de cese de actividades o servicios, cuando con estos se estén violando las normas sanitarias. La suspensión podrá ordenarse sobre todos o parte de los trabajos o servicios que se adelanten o se presten.

Artículo 49. Decomiso de Objetos o Productos. El decomiso de objetos o productos consiste en su aprehensión material, cuando no cumplan con los requisitos, normas o disposiciones sanitarias

y por tal motivo constituyan un factor de riesgo epidemiológico. El decomiso se cumplirá colocando los bienes en depósito, en poder de la autoridad sanitaria.

Artículo 50. Destrucción o Desnaturalización de Artículos o Productos. La destrucción consiste en la inutilización de un producto o artículo. La desnaturalización consiste en la aplicación de medios físicos, químicos o biológicos, tendientes a modificar la forma, las propiedades de un producto o artículo. Se llevará a cabo con el objeto de evitar que se afecte la salud de la comunidad.

Artículo 51. Congelación o Suspensión Temporal de la Venta o Empleo de Productos y Objetos. Consiste en colocar fuera del comercio, temporalmente y hasta por sesenta (60) días, cualquier producto cuyo uso, en condiciones normales, pueda constituir un factor de riesgo desde el punto de vista epidemiológico. Esta medida se cumplirá mediante depósito dejado en poder del tenedor, quien responderá por los bienes. Ordenada la congelación se practicarán una o más diligencias en los lugares en donde se encontraren existencias y se colocarán bandas, sellos u otras señales de seguridad, si es el caso. El producto cuya venta o empleo haya sido suspendido o congelado deberá ser sometido a un análisis en el cual se verifique si sus condiciones se ajustan o no a las normas sanitarias. Según el resultado del análisis el producto se podrá decomisar o devolver a los interesados.

Artículo 52. Aplicación de Medidas Sanitarias. Para la aplicación de las medidas sanitarias, las autoridades competentes podrán actuar de oficio, por conocimiento directo o por información de cualquier persona o de parte del interesado. Una vez conocido el hecho o recibida la información, según el caso, la autoridad sanitaria procederá a evaluarlos de manera inmediata y a establecer la necesidad de aplicar las medidas sanitarias pertinentes, con base en los peligros que pueda representar desde el punto de vista epidemiológico.

Establecida la necesidad de aplicar una medida sanitaria, la autoridad competente, con base en la naturaleza del problema sanitario específico, en la incidencia que tiene sobre la salud individual o colectiva y los hechos que origina la violación de las normas sanitarias, aplicará aquella que corresponda al caso. Aplicada una medida sanitaria se procederá inmediatamente a iniciar el procedimiento sancionatorio.

Artículo 53. Efectos de las Medidas Sanitarias. Las medidas sanitarias surten efectos inmediatos, contra las mismas no procede recurso alguno y solo requieren para su formalización, el levantamiento de acta detallada, en la cual consten las circunstancias que han originado la medida y su duración, si es del caso, la cual podrá ser prorrogada. El acta será suscrita por el funcionario y las personas que intervengan en la diligencia dejando constancia de las sanciones en que incurra quien viole las medidas impuestas. Las medidas sanitarias se levantarán cuando desaparezcan las causas que las originaron.

Artículo 54. Iniciación del Procedimiento Sancionatorio. El procedimiento sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud o información de funcionario público, por denuncia o queja debidamente fundamentada presentada por cualquier persona o como consecuencia de haberse tomado previamente una medida sanitaria de prevención, seguridad o control en Salud Pública. El denunciante podrá intervenir en el curso del procedimiento, a solicitud de autoridad competente, para dar los informes que se le pidan. Aplicada una medida sanitaria, esta deberá obrar dentro del respectivo proceso sancionatorio.

Artículo 55. Obligación de Denunciar a la Justicia Ordinaria. Si los hechos materia del

procedimiento sancionatorio fueren constitutivos de delito, se pondrán en conocimiento de la autoridad competente, acompañando copia de las acciones surtidas. La existencia de un proceso penal o de otra índole, no darán lugar a la suspensión del procedimiento sancionatorio.

Artículo 56. Verificación de los Hechos Objeto del Procedimiento. Conocido el hecho o recibida la denuncia o el aviso, la autoridad competente ordenará la correspondiente investigación para verificar los hechos o las omisiones constitutivas de infracción a las disposiciones sanitarias. En orden a dicha verificación, podrán realizarse todas aquellas diligencias tales como visitas, investigaciones de campo, tomas de muestras, exámenes de laboratorio, mediciones, pruebas químicas o de otra índole, inspecciones sanitarias y en general las que se consideren conducentes. El término para la práctica de estas diligencias no podrá exceder de dos (2) meses, contados a partir de la fecha de iniciación de la correspondiente investigación.

Artículo 57. Cesación del Procedimiento. Cuando la autoridad competente encuentre que aparece plenamente comprobado que el hecho investigativo no ha existido, que el presunto infractor no lo cometió, que las disposiciones legales de carácter sanitario no lo consideran como violación o que el procedimiento sancionatorio no podía iniciarse o proseguir, procederá a declararlo así y se ordenará cesar todo procedimiento contra el inculcado. La decisión deberá notificarse personalmente al presunto infractor o en su defecto por edicto conforme a lo dispuesto en el Código Contencioso Administrativo.

Artículo 58. Formulación de Cargos. Si de las diligencias practicadas se concluye que existe mérito para adelantar la investigación, se procederá a notificar personalmente al presunto infractor los cargos que se le formulen. El inculcado podrá conocer y examinar el expediente de la investigación y obtener copia del mismo a su costa. Si no fuere posible hacer la notificación personal, se dejará una citación escrita para que la persona indicada concurra a notificarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes; si no lo hace, se fijará un edicto en la Secretaría de la autoridad sanitaria competente, durante otros cinco (5) días hábiles siguientes, al vencimiento de los cuales se entenderá como surtida la notificación.

Artículo 59. Término para Presentar Descargos, Aportar y Solicitar Pruebas. Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación, el presunto infractor, directamente o por medio de apoderado, deberá presentar sus descargos por escrito y aportar o solicitar la práctica de las pruebas que considere pertinentes.

Artículo 60. Decreto y Práctica de Pruebas. La autoridad competente declarará la práctica de las pruebas que considere conducentes, señalando para los efectos un término que no podrá ser inferior a quince (15) días hábiles, que podrán prorrogarse por un periodo igual si en el término inicial no se hubieran podido practicar las decretadas.

Artículo 61. Calificación de la Falta e Imposición de la Sanción. Vencido el término de que trata el artículo anterior y dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al mismo, la autoridad competente procederá a calificar la falta y a imponer la sanción correspondiente de acuerdo con dicha clasificación.

Artículo 62. Circunstancias Agravantes. Se consideran circunstancias agravantes de una infracción, las siguientes:

- a) Reincidir en la comisión de la misma falta;
- b) Realizar el hecho con pleno conocimiento de sus efectos dañosos o con la complicidad de

subalternos o su participación bajo indebida presión;

c) Cometer la falta para ocultar otra;

d) Rehuir la responsabilidad o atribuírsela a otro u otros;

e) Infringir varias obligaciones con la misma conducta,

f) Preparar premeditadamente la infracción y sus modalidades.

Artículo 63. Circunstancias Atenuantes. Se consideran circunstancias atenuantes de una infracción las siguientes:

a) No haber sido sancionado anteriormente o no haber sido objeto de medidas sanitarias;

b) Confesar la falta voluntariamente antes de que se produzca daño a la salud individual o colectiva;

c) Procurar, por iniciativa propia, resarcir el daño o compensar el perjuicio causado, antes de la imposición de la sanción.

Artículo 64. Exoneración de Responsabilidad y Archivo del Expediente. Si se encuentra que no se ha incurrido en violación de las disposiciones sanitarias, se expedirá una resolución por la cual se declare al presunto infractor exonerado de responsabilidad y se ordenará archivar el expediente.

Artículo 65. Imposición de Sanciones. Las sanciones deberán imponerse mediante resolución motivada, expedida por la autoridad sanitaria, y deberá notificarse personalmente al afectado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de su expedición. Si no pudiere hacerse la notificación personal, se hará por edicto de conformidad con lo dispuesto por el Código Contencioso Administrativo. El funcionario competente que no defina la situación bajo su estudio, incurrirá en causal de mala conducta.

Artículo 66. Recursos contra los Actos que Imponen Sanciones. Contra los actos administrativos que imponen una sanción proceden los recursos de reposición y apelación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo. Los recursos deberán interponerse y sustentarse por escrito.

Artículo 67. Clases de Sanciones. Las sanciones podrán consistir en amonestaciones, multas, decomiso de productos o artículos, suspensión de permiso sanitario de funcionamiento de establecimientos y servicios, y cierre temporal o definitivo de establecimiento, edificación o servicio respectivo.

Artículo 68. Amonestación. La amonestación consiste en la llamada de atención que se hace por escrito a quien ha violado una disposición sanitaria, sin que dicha violación implique peligro para la salud o la vida de las personas y tiene por finalidad hacer ver las consecuencias del hecho, de la actividad o de la omisión, así como conminar que se impondrá una sanción mayor si se reincide en la falta. En el escrito de amonestación se precisará el plazo que se da al infractor para el cumplimiento de las disposiciones violadas si es el caso.

Artículo 69. Multas. La multa consiste en la sanción pecuniaria que se impone a una persona natural o jurídica por la violación de las disposiciones sanitarias, mediante la ejecución de una

actividad o la omisión de una conducta. Las multas podrán ser sucesivas y su valor en total podrá ser hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales vigentes al momento de imponerse.

Las multas deberán cancelarse en la entidad que las hubiere impuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecutoria de la providencia que las impone. El no pago en los términos y cuantías señaladas, dará lugar al cobro por jurisdicción coactiva.

Artículo 70. Decomiso. El decomiso de productos o artículos consiste en su incautación definitiva cuando no cumplan con las disposiciones sanitarias y con ellos se atente contra la salud individual y colectiva. El decomiso será impuesto mediante resolución motivada, expedida por las autoridades sanitarias competentes en sus respectivas jurisdicciones y será realizado por el funcionario designado al efecto y de la diligencia se levantará un acta que suscribirán el funcionario y las personas que intervengan en la diligencia. Una copia se entregará a la persona a cuyo cuidado se hubiere encontrado los bienes decomisados.

Artículo 71. Suspensión de permiso sanitario de funcionamiento de establecimientos o servicios. Consiste en la privación temporal que confiere el otorgamiento del permiso de funcionamiento por haberse incurrido en conductas contrarias a las disposiciones del presente decreto y demás normas sanitarias; dependiendo de la gravedad de la falta, podrá establecerse hasta por el término de un (1) año y podrá levantarse al término de la sanción siempre y cuando desaparezcan las causas que la originaron. Durante el tiempo de suspensión, los establecimientos o servicios no podrán desarrollar actividad alguna.

Artículo 72. Cierre Temporal o Definitivo de Establecimientos, Edificaciones o Servicios. El cierre temporal o definitivo de establecimientos, edificaciones o servicios consiste en poner fin a las tareas que en ellos se desarrollan por la existencia de hechos o conductas contrarias a las disposiciones sanitarias. El cierre deberá ser impuesto mediante resolución motivada expedida por la autoridad sanitaria y podrá ordenarse para todo el establecimiento, edificación o servicio o solo para una parte o proceso que se desarrolle en él. La autoridad sanitaria podrá tomar las medidas conducentes a la ejecución de la sanción, tales como imposición de sellos, bandas u otros sistemas apropiados.

PARÁGRAFO 1o. El cierre temporal, total o parcial, según el caso, procede cuando se presenten riesgos para la salud de las personas cuya causa pueda ser controlada en un tiempo determinado o determinable por la autoridad sanitaria que impone la sanción. Durante el tiempo de cierre temporal, los establecimientos o servicios no podrán desarrollar actividad alguna.

PARÁGRAFO 2o. El cierre definitivo, total o parcial, según el caso, procede cuando las causas no pueden ser controladas en un tiempo determinado o determinable. El cierre definitivo total implica la cancelación del permiso sanitario de funcionamiento que se hubiere concedido al establecimiento o servicio.

Artículo 73. Término de las Sanciones. Cuando una sanción se imponga por un período, este empezará a contarse a partir de la ejecutoria de la providencia que la imponga y se computará para efectos de la misma el tiempo transcurrido bajo una medida de seguridad o preventiva.

Artículo 74. Coexistencia de Sanciones. Las sanciones impuestas de conformidad con las normas del presente Decreto, no eximen de la responsabilidad civil, penal, o de otro orden en que pudiere incurrirse por la violación de la Ley 9ª de 1979 y sus disposiciones reglamentarias. El cumplimiento de una sanción no exime al infractor de la ejecución de las medidas sanitarias que

hayan sido ordenadas por la autoridad sanitaria.

Artículo 75. Publicidad de los Hechos para Prevenir Riesgos Sanitarios. Las autoridades sanitarias podrán dar publicidad a los hechos que, como resultado del incumplimiento de las disposiciones sanitarias, deriven riesgos para la salud de las personas con el objeto de prevenir a la comunidad.

Artículo 76. Obligación de Remitir las Diligencias a otras Autoridades Competentes. Cuando, como resultado de una investigación adelantada por una entidad sanitaria, se encuentra que la sanción a imponer es de competencia de otra autoridad, deberán remitirse a ella las diligencias adelantadas para lo que sea pertinente.

Artículo 77. Coordinación de actividades. Cuando quiera que existan materias comunes que, para la imposición de medidas sanitarias y/o sanciones, permitan la competencia de diversas autoridades sanitarias, deberá actuarse en forma coordinada con el objeto de que solo una de ellas adelante el procedimiento.

Artículo 78. Aportes de Pruebas por otras Entidades. Cuando una autoridad judicial o entidad pública de otro sector tenga pruebas en relación con conducta, hecho u omisión que esté investigando una autoridad sanitaria, deberán ser puestas a disposición de la autoridad sanitaria, de oficio o a solicitud de esta, para que formen parte de la investigación.

PARÁGRAFO. Las autoridades sanitarias podrán comisionar a entidades de otros sectores para que practiquen u obtengan pruebas ordenadas o de interés para una investigación o procedimiento a su cargo.

Artículo 79. Atribuciones Policivas de las Autoridades Sanitarias. Para efectos de la vigilancia y cumplimiento de las normas y la imposición de medidas y sanciones de que trata este decreto, las autoridades sanitarias competentes en cada caso serán consideradas como de policía de conformidad con el artículo 35 del Decreto-ley 1355 de 1970 (Código Nacional de Policía).

PARÁGRAFO. Las autoridades de policía del orden nacional, departamental, distrital o municipal, prestarán toda su colaboración a las autoridades sanitarias en orden al cumplimiento de sus funciones”.

Laboratorios Públicos y Privados

<8.1.3.6> 1.6. El artículo 17 del Decreto 2323 del año 2006 reza:

“Artículo 17. Responsabilidades de las Direcciones Locales de Salud. Las direcciones locales de salud estarán encargadas de identificar y mantener un directorio actualizado de los laboratorios públicos y privados de la jurisdicción municipal, independientemente del sector al que pertenezcan, del nivel de complejidad, especialización, o áreas temáticas desarrolladas, así como los servicios de toma de muestra y redes de microscopistas, con el propósito de contribuir con el nivel departamental en la integración funcional de estos a la Red Nacional de Laboratorios y al cumplimiento de metas propuestas en temas relacionados con la gestión de la misma.

PARÁGRAFO. El municipio deberá dar aplicación al principio de subsidiariedad en los términos del literal d) del artículo 3o de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de Salud Pública de cualquiera de las áreas de su jurisdicción lo requiera y justifique”.

Plan Nacional de Salud Pública

<8.1.3.7> 1.7. La línea de política número 4 “Vigilancia en salud y gestión del conocimiento” del capítulo III del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 establece dentro de las estrategias de la vigilancia en salud y gestión del conocimiento, como estrategias a cargo de las entidades territoriales:

“..A cargo de las entidades territoriales:

- a) Desarrollo e implementación de las acciones de vigilancia en salud en su jurisdicción;
- b) Monitoreo, evaluación, y análisis de la situación de salud en su jurisdicción;
- c) Evaluación del impacto de las políticas y estrategias formuladas para atender las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción;
- d) Implementación del sistema de evaluación de gestión y de resultados en salud y bienestar del Sistema de Protección Social, en su jurisdicción;
- e) Implementación del sistema de información de salud en su jurisdicción;
- f) Desarrollo de estrategias de difusión de resultados en salud en su jurisdicción;”

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.1.4> CAPITULO IV-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES MUNICIPALES EN EL AREA DE FINANCIAMIENTO DEL SGSSS.

<Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los municipios en el territorio de su jurisdicción:

Financiación Direcciones Territoriales-Financiamiento Funciones IVC Régimen Subsidiado y Salud Pública

<8.1.4.1> 1.1. El artículo [60](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [60](#). Financiación de las Direcciones Territoriales de Salud. Los gastos de funcionamiento de las dependencias y organismos de dirección de los departamentos, distritos y municipios podrán financiarse con sus ingresos corrientes de libre destinación y podrán destinar hasta un 25% de las rentas cedidas para tal fin.

No menos del veinte por ciento (20%) del monto de las rentas cedidas que se destinen a gastos de funcionamiento, podrán financiar las funciones de asesoría y asistencia técnica, inspección, vigilancia y control del Régimen Subsidiado y Salud Pública, de acuerdo con las competencias establecidas en el artículo [44](#) de la presente ley. En caso de no acreditar la capacidad técnica establecida o que sus resultados no sean satisfactorios, según evaluación y supervisión realizada

por la Superintendencia Nacional de Salud, el Departamento contratará dichos procesos con entidades externas.

Se excluyen de lo dispuesto en este artículo los departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada, los cuales se rigen por lo dispuesto en el artículo 59.

En ningún caso se podrá financiar gastos de funcionamiento con recursos provenientes del Sistema General de Participaciones.”

De otra parte, el artículo [59](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [59](#). Rentas Cedidas y Gastos de Funcionamiento. Adiciónase al artículo 42 de la Ley 643 de 2001 el siguiente párrafo:

“Párrafo 4o. Del 80% contemplado en el literal a) del artículo 42 de la Ley 643 de 2001, los departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada, podrán destinar hasta un cuarenta por ciento (40%) para cubrir los gastos de funcionamiento de las secretarías o direcciones seccionales de salud, mientras estas mantengan la doble característica de ser administradoras y prestadoras de servicios de salud en su jurisdicción”.

Recursos con destinación específica para salud

<8.1.4.2> 1.2. El literal f) del artículo 12 de la Ley 10 de 1990 reza:

“Artículo 12. Dirección Local del Sistema de Salud. En los municipios, el Distrito Especial de Bogotá, el Distrito Cultural y Turístico de Cartagena y las áreas metropolitanas, corresponde a la Dirección Local del Sistema de Salud, que autónomamente se organice:

...

f) Supervisar y controlar el recaudo de los recursos locales que tienen distinción específica para salud”;

<8.1.4.2.1> 1.2.1. Los artículos 49 y 50 de la Ley 10 de 1990 rezan:

“Artículo 49. Sanciones. En desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia, las autoridades competentes, según el caso, podrán imponer, según la naturaleza y gravedad de la infracción de cualquiera de las normas previstas en la presente ley, las siguientes sanciones:

- a) Multas en cuantía hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales;
- b) Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que prestan servicios de salud, por un término hasta de seis meses;
- c) Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten servicios de salud;
- d) Suspensión o pérdida de autorización para prestar servicios de salud.

PARÁGRAFO. Las instituciones de seguridad, previsión social y subsidio familiar, conservarán el régimen de inspección y vigilancia que poseen en la actualidad.

Artículo 50. Sanción Disciplinaria. El incumplimiento de cualquiera de las disposiciones de esta ley, por parte de los empleados responsables, es causal de mala conducta la que acarrea la sanción de destitución”.

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.2> TITULO IV-

DE LA INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS ENTES TERRITORIALES DEPARTAMENTALES.

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.2.1> CAPITULO I-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES DEPARTAMENTALES EN EL ÁREA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

<Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los departamentos en el territorio de su jurisdicción, relacionadas con la prestación de los servicios de salud:

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

<8.1.2.1.1> 1.1. Los artículos [43.1.5](#) y [43.2.6](#) de la Ley 715 del 2001 rezan:

“43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes”.

“43.2.6. Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente”.

Conforme al numeral anterior, los artículos 16, 19, 21, y 23 del Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. rezan:

“Artículo 16. Reporte de Novedades. Con el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá

el “Formulario de Reporte de Novedades”, a través del cual se efectuará la actualización de dicho registro por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud en su respectiva jurisdicción.

PARÁGRAFO. Dentro de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud remitirán al Ministerio de la Protección Social, la información correspondiente a las novedades presentadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud durante cada trimestre. La información remitida debe incluir las sanciones impuestas de conformidad con las normas legales vigentes, así como los procesos de investigación en curso y las medidas de seguridad impuestas y levantadas.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales de Salud remitir trimestralmente a los municipios de su jurisdicción, la información relacionada con el estado de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud, de sus correspondientes áreas de influencia.

Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación”.

“Artículo 19. Verificación del Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos 8o y 9o del presente decreto.

En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 del presente decreto”.

“Artículo 21. Plan de Visitas. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico-administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles. De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.

PARÁGRAFO. Las visitas de verificación podrán ser realizadas mediante contratación externa, acompañadas por un funcionario capacitado de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 20 del presente Decreto y las metas periódicas de visitas que determine el Ministerio de la Protección Social.

Las Entidades Territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación”.

“Artículo 23. Certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas

las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la “Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación”, en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

PARÁGRAFO. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud no podrán negar la certificación por el incumplimiento de normas distintas a las que se exigen para la habilitación”.

Los artículos 8o y 9o de la Resolución 1043 de 2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones” rezan:

“Artículo 8o. Verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación. Con el fin de verificar las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud, las entidades departamentales y distritales de salud, aplicarán el “Manual Unico de Estándares y Verificación” Anexo Técnico número 1 que hace parte integral de la presente Resolución. No se podrán exigir estándares diferentes a los establecidos en dicho Manual.

Las visitas de verificación de las condiciones de la habilitación, deben ser notificadas como mínimo con un (1) día de antelación a su realización y efectuarse de acuerdo con los lineamientos establecidos en el “Manual Unico de Procedimientos de Habilitación” Anexo Técnico número 2, que hace parte integral de la presente resolución. Una vez notificada la fecha de visita de verificación al prestador, este no podrá presentar novedades de cierre o apertura de servicios, mientras la visita no haya concluido”.

“Artículo 9o. Plan de Visitas. Las entidades departamentales y distritales de salud deberán realizar e informar al Ministerio la programación anual de visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención, con base en las prioridades establecidas en el anexo técnico número 2 que hace parte de la presente resolución, de tal manera que cada año se verifique por lo menos el 25% del total de prestadores inscritos en la respectiva vigencia, garantizando que se realice al menos una visita de verificación, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación. Los porcentajes anuales de verificación serán acumulativos.

Las entidades departamentales y distritales de salud, una vez efectuadas las visitas de verificación de prestadores de servicios de salud, reportarán al Ministerio de la Protección Social, la información que este defina mediante circular. Esta información deberá ser remitida dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente de haberse efectuado la visita de verificación.

Si efectuada la visita de verificación se genera algún proceso sancionatorio que ocasione el cierre definitivo del prestador de servicios de salud o de un servicio y en consecuencia la revocatoria de la habilitación, la entidad territorial deberá diligenciar la novedad en el formulario de reporte de novedades definido mediante circular por el Ministerio de la Protección Social. Esta información deberá reportarse al Ministerio de la Protección Social dentro de los cinco (5) primeros días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre”.

El Anexo Técnico número 2 de la Resolución número 1043 de 2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones, reza en sus numerales 2.4, 2.6 y 7.:

“2.4 Proceso de Verificación.

Antes de iniciar el proceso de verificación la Entidad Departamental o Distrital de salud debe realizar las siguientes actividades:

- La dependencia de Vigilancia y Control o la que haga sus veces, de la Entidad Territorial de Salud, debe identificar el total de prestadores de servicios de salud en la jurisdicción. Debe identificar prestadores sin declaración de habilitación acudiendo a la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Identificar prestadores que no presentaron declaración en un proceso activo de búsqueda en diversas fuentes: Prensa, Directorios telefónicos, Censos físicos del DANE o un programa de censo físico de la entidad territorial municipal, distrital o departamental.

- Conformar el grupo de profesionales encargados de la verificación. Calcular el recurso humano para la verificación del total de entidades en un periodo máximo de cuatro (4) años, pero las visitas deberán distribuirse con metas anuales de cumplimiento según la Resolución de habilitación. Las entidades departamentales y distritales de salud deberán realizar e informar al Ministerio la programación anual de visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación, de tal manera que cada año se verifique por lo menos el 25% del total de prestadores inscritos en la respectiva vigencia, garantizando que se realice al menos una visita de verificación, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación.

- Realizar entrenamiento del grupo de profesionales encargados de la verificación en convenio con una Institución educativa con base en el manual único de estándares y verificación.

- Diseñar el cronograma de visitas de verificación. Priorizar las visitas a los prestadores verificados no certificados, continuar con los que no fueron verificados, luego con los certificados que presenten novedad de apertura de nuevos servicios con base en el anexo técnico número 1 que hace parte integral de la presente resolución, y finalmente con los certificados sin novedades; dentro de cada grupo iniciar con los prestadores que presenten mayor riesgo en la prestación de servicios o cubran mayor número de usuarios. Dichas visitas deberán programarse y cumplirse anualmente.

- Los servicios nuevos de urgencias, deberán ser verificados por la entidad territorial correspondiente dentro de los 90 días siguientes a la solicitud de la habilitación (previo proceso de inscripción.

“2.6 Monitorización y Seguimiento a la Implementación del Sistema de Habilitación.

El seguimiento a la implementación del sistema de habilitación, se realizará a través del registro y sus novedades, y reporte de visitas de verificación de manera trimestral, y de los indicadores definidos por el Sistema de Información para la Calidad del Ministerio de la Protección Social. En el nivel regional, las direcciones departamentales y distritales de salud implementarán estos mismos indicadores y adicionalmente realizarán un seguimiento a los principales indicadores de seguimiento a riesgos del Sistema Unico de Habilitación en los prestadores de servicios de salud en su ámbito de jurisdicción.

La medición del impacto se realizará en conjunto con todo el Sistema de Garantía de Calidad, mediante los indicadores definidos en el componente del Sistema de Información para la Calidad

del Ministerio de la Protección Social.

El seguimiento a la implementación del sistema de habilitación, se realizará de manera estricta a partir del siguiente mes de su formulación, mensualmente, y se reportará al Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Calidad o quien haga sus veces, los cinco (5) primeros días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre, se realizarán seguimientos de los siguientes indicadores señalados en la tabla a continuación y demás información solicitada por el Ministerio de la Protección Social. La fuente de información será el Registro Especial de Prestadores y el reporte de las visitas de verificación según lo solicitado por el Ministerio de la Protección Social, para realizar el seguimiento desde el nivel nacional a todo el país. En el nivel territorial, Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud implementarán esta información en su ámbito de jurisdicción.

La medición del impacto se realizará en conjunto con todo el Sistema de Garantía de Calidad, mediante las fichas técnicas de los indicadores definidos en el Sistema de Información para la Calidad.

Tabla 2. Indicadores de Seguimiento al Proceso de Implementación de habilitación.

1. Oferta de servicios de salud por entes territoriales: Total de IPS públicas, IPS privadas, Profesionales Independientes.
2. Proporción de verificación de Prestadores de Servicios de Salud inscritos en el registro especial de prestadores.(desagregado según resultado de la visita)
3. Proporción de Prestadores de servicios de salud con sanción (amonestación, cierre parcial de servicios o cierre total con revocatoria de la habilitación de toda la institución).
4. Proporción de cumplimiento de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en prestadores verificados.
5. Proporción de sanciones por incumplimiento de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

...

“7. Distintivo de Habilitación

...

Frente al Distintivo de Habilitación, la entidad territorial se compromete a:

1. Velar por la existencia de las condiciones de habilitación exigidas para cada servicio habilitado que ostente el Distintivo.
2. Atender las quejas, reclamos y cualquier tipo de inquietud que los usuarios manifiesten respecto a servicios de salud que ostenten el distintivo y que en su concepto, no constituyan garantía de calidad en la atención.
3. Verificar diligentemente el cumplimiento de las condiciones de habilitación de los servicios sobre los cuales existe reclamo alguno por parte de los usuarios.
4. Retirar inmediatamente el distintivo de todo servicio que no mantenga las condiciones de

habilitación que ameritaron su expedición y autorización de uso.

5. Verificar el restablecimiento pleno de las condiciones de habilitación que ameritaron su retiro en caso de que así haya sido, antes de volverlo a entregar.

6. Promover el uso adecuado del Distintivo de Habilitación y su apropiamiento por parte de los usuarios como mecanismo de fortalecimiento de su participación activa en su autocuidado y el control de la oferta del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

7. La entidad territorial se encargará de la custodia del distintivo y podrá ser entregado a la misma entidad en caso de reapertura del servicio en un plazo no mayor a un año, posterior a esta fecha o en caso de deterioro podrá ser destruido, dejando constancia escrita de cada situación.

...

Sanciones:

La adulteración, modificación o duplicación por cualquier medio del Distintivo de Habilitación, así como la fijación de un facsímil de cualquier naturaleza diferente al original será causal de revocatoria de la habilitación del servicio si la tuviere o de las sanciones equivalentes a la operación de un servicio sin habilitación en caso contrario, sin menoscabo de las acciones civiles, penales o disciplinarias a que haya lugar por esta conducta fraudulenta”.

<8.1.2.1.1.1> 1.1.1. Los artículos 24, 49, 53 y 54 del Decreto 1011 del 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” rezan:

“Artículo 24. Revocatoria de la Habilitación. La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida, mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso”.

“Artículo 49. Inspección, Vigilancia y Control del Sistema Unico de Habilitación. La inspección, vigilancia y control del Sistema Unico de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 21 del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones”.

“Artículo 53. Aplicación de las medidas Sanitarias de Seguridad. El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas”.

“Artículo 54. Sanciones. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 9a de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan”.

Los artículos 577, 578, 579, 580 y 581 de la Ley 9a de 1979 establecen:

“Artículo 577. Teniendo en cuenta la gravedad del hecho y mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta ley, será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con alguna o algunas de las siguientes sanciones:

- a) Amonestación;
- b) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución;
- c) Decomiso de productos;
- d) Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y
- e) Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

Artículo 578. Cuando del incumplimiento de las disposiciones de la presente ley, se deriven riesgos para la salud de las personas, deberá darse publicidad a tal hecho para prevenir a los usuarios.

Artículo 579. El pago de las multas no exime al infractor de la ejecución de la obra, obras o medidas de carácter sanitario que hayan sido ordenadas por la entidad responsable del control.

Artículo 580. Las sanciones administrativas impuestas por las autoridades sanitarias, no eximen de la responsabilidad civil o penal a que haya lugar por las violaciones a los preceptos de la ley.

Artículo 581. Cuando para su funcionamiento un establecimiento o empresa necesitare dos o más tipos de licencias, el Ministerio de Salud podrá otorgar una que comprenda todas las requeridas”.

<8.1.2.1.2> 1.2. El artículo 50 del Decreto 1011 del 2006 reza:

“Artículo 50. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en Salud. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

...

Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso”.

<8.1.2.1.2.1> 1.2.1. Las medidas que conforme a la normatividad vigente son aplicables en caso de incumplimiento del numeral 1.2 precitado, corresponden a las contempladas en los artículos 53 y 54 del Decreto 1011 de 2006.

<8.1.2.1.3> 1.3. El artículo 6o de la Resolución 1446 del año 2006 expedida por el Ministerio de la Protección Social reza:

“Artículo 6o. Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud y a las entidades territoriales, en desarrollo de sus competencias, cumplir y hacer cumplir las disposiciones establecidas en la presente resolución y en caso de incumplimiento, adelantar las acciones a que hubiere lugar”.

La Circular 51 de 2007 expedida por el Ministerio de la Protección Social estableció:

“De conformidad con lo señalado, se precisa que las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud en ejercicio de sus facultades de vigilancia y control, deben adelantar las gestiones a fin de cumplir con lo dispuesto en el artículo 4o de la Resolución 001446 de 2006, a saber:

a) Brindar a los prestadores de servicios de salud del área de su influencia, la asistencia técnica necesaria para el reporte oportuno de la información de los indicadores de calidad, cuando a ello hubiere lugar.

b) Efectuar los requerimientos a los prestadores de servicios de salud que hayan incumplido con el reporte, advirtiéndole que ninguna institución será sancionada por los contenidos de la información reportada; no obstante, en el evento de omitirla, la dirección territorial de salud se vería avocada a aplicar las sanciones previstas en la normatividad vigente, sin perjuicio de la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud prevista en el artículo 6o del Decreto 1018 de 2007.

En desarrollo de dicha función, las autoridades departamentales y distritales de salud podrán en cualquier momento solicitar por escrito a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su jurisdicción, copia íntegra de los reportes de información de los indicadores de monitoría del sistema, enviados a la Superintendencia Nacional de Salud.

Los indicadores del nivel de monitoría del sistema que deben reportar las instituciones prestadoras de servicios de salud son:

INDICADORES DEL NIVEL DE MONITORIA DEL SISTEMA

DOMINIO	NOMBRE	NUMERADOR	DENOMINADOR
1. ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita.	Número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución
	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución

Proporción de cancelación de cirugía programada		Número total de cirugías canceladas en el período	Número de cirugías programadas en el período
Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias		Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias
Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología		Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio	Total de atenciones en servicios de imagenología
Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General		Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la Institución
Oportunidad en la realización de cirugía programada		Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía	Número de cirugías programadas realizadas en el período
2. CALIDAD TÉCNICA	Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el período	Número total de egresos vivos en el período
Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada		Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en Evidencia	Número total de pacientes hipertensos diagnosticados
3. GERENCIA DEL RIESGO	Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso	Número total de pacientes hospitalizados

Tasa de Infección intrahospitalaria	Número de pacientes con infección nosocomial	Número total de pacientes hospitalizados
Proporción de vigilancia de Eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados	Número total de eventos adversos detectados
4. SATISFACCIÓN / LEALTAD	Tasa de Satisfacción Global Número total de pacientes que se consideran con los servicios recibidos por la IPS	Número total de pacientes encuestados por la IPS

<8.1.2.1.3.1> 1.3.1 El artículo 52, del Decreto 1011 del 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” que reglamenta entre otras lo referente al Sistema de Información para la Calidad de que trata la Resolución 1446 del 2006, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud” expedida por el Ministerio de la Protección Social, reza:

“Artículo 52. Sistema de Información para La Calidad. Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias”.

Las medidas que conforme a la normatividad vigente son aplicables en caso de incumplimiento del numeral 1.3 precitado, corresponden a las contempladas en los artículos 53 y 54 del Decreto 1011 de 2006.

Construcción y Mantenimiento IPS-Centros de Bienestar del Anciano

<8.1.2.1.4> 1.4. El artículo [43.2.8](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“43.2.8. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar del anciano”.

La Resolución 1043 de 2006, “por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”, en su artículo 1o, literal a inciso final establece:

“Las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada o modificada, a partir del 1o de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado”.

El artículo 38 de la Resolución 4445 de 1996, por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 9a de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares” reza:

“Artículo 38. Facultades para vigilancia y control.

Corresponde a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud, establecer los mecanismos para

dar cumplimiento a las disposiciones de la presente resolución”.

<8.1.2.1.4.1> **1.4.1.** Los artículos 43, 40, 41, 42, 44, 47, 48 y 49 de la Resolución 4445 de 1996, por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 9a de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares” rezan:

“Artículo 43. Autoridades competentes.

La competencia para la aplicación de las medidas de seguridad la tiene la Dirección Seccional, Distrital o Local de salud y los funcionarios que por decisión de esta, cumplan funciones de vigilancia y control en el ámbito de la presente resolución.

PARÁGRAFO. Los funcionarios que deban cumplir las funciones de vigilancia y control serán identificados por sus respectivos cargos”.

“Artículo 40. De cuales son las medidas de seguridad.

De acuerdo con el artículo 576 de la Ley 9a de 1979, son medidas de seguridad, las siguientes:

- La clausura temporal de la institución prestadora de servicios de salud, que podrá ser total o parcial.
- La suspensión total o parcial de trabajos o de servicios.
- El decomiso de objetos o productos.
- La destrucción o desnaturalización de artículos o productos.
- La congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos, mientras se toma una decisión definitiva al respecto”.

“Artículo 41. Ejecución de las medidas de seguridad.

Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar. Se levantarán cuando se compruebe que no han desaparecido las causas que las originaron”.

“Artículo 42. Efectos de las medidas de seguridad.

Las medidas de seguridad surten efectos inmediatos, contra ellas no procede recurso alguno y no requieren formalidades especiales”.

“Artículo 44. De la imposición de una medida sanitaria de seguridad.

De la imposición de una medida de seguridad se levantará un acta en la cual consten las circunstancias que han originado la medida y su duración, la cual podrá ser prorrogada”.

“Artículo 47. Iniciación del Proceso Sancionatorio.

Aplicada una medida de seguridad, se procederá inmediatamente a iniciar el proceso sancionatorio”.

SANCIONES

“Artículo 48. De cuales son las sanciones.

De conformidad con el artículo 577 de la Ley 9a de 1979, las sanciones podrán consistir en:

- a) Amonestación.
- b) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a diez mil (10.000) salarios diarios mínimos legales.
- c) Decomiso de productos.
- d) Suspensión o cancelación del registro o de la autorización, y
- e) Cierre temporal o definitivo de la institución prestadora de servicios de salud o servicio respectivo”.

“Artículo 49. Plazos para traslados de instituciones prestadoras de Servicios de Salud.

A las instituciones prestadoras de servicios de salud que a la fecha de vigencia de la presente resolución, funcionen en edificaciones no susceptibles de cumplir con las normas de la Ley 9a de 1979, de las Resoluciones 4445 de 1996, 4252 de 1997 y de la presente resolución, ya sea mediante modificaciones o ampliaciones, la Dirección de Salud competente, previo el estudio de la situación y las características de cada caso, fijará los plazos que de común acuerdo resulten necesarios para su traslado.

PARÁGRAFO 1o. Toda nueva construcción destinada a cumplir las funciones de Institución Prestadora de Servicios de Salud debe cumplir en su totalidad con los requisitos establecidos en la Resolución 4445 de 1996.

PARÁGRAFO 2o. Cuando las edificaciones destinadas a cumplir la función de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, construidas con anterioridad a la vigencia de la Resolución 4445 de 1996, no cumplan con los requisitos en ella previstos y sean susceptibles de adaptarse a la norma, las respectivas instituciones deberán establecer un plan de cumplimiento en coordinación con la Dirección de Salud competente, cuya duración podrá fijarse, de acuerdo con la magnitud de las adecuaciones requeridas”.

Bancos de Sangre

<8.1.2.1.5> **1.5.** Los artículos 86 y 87 del Decreto 1571 de 1993, por el cual se reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley 9a de 1979, en cuanto a funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados, se crean la Red Nacional de Bancos de Sangre y el Consejo Nacional de Bancos de Sangre y se dictan otras disposiciones sobre la materia”. Rezan:

“Artículo 86. Del control y vigilancia. Sin perjuicio de la competencia atribuida a la Superintendencia Nacional de Salud corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud y a la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, D. C., o a las entidades que hagan sus veces, ejercer la vigilancia, el control y la inspección indispensables y adoptar las medidas de prevención y corrección necesarias para dar cumplimiento a las disposiciones y a los requisitos y prescripciones que para cada caso en particular se establecen en el presente decreto y en las demás disposiciones sanitarias, así como adoptar las medidas sanitarias de seguridad, adelantar los procedimientos y establecer las sanciones que se deriven de su incumplimiento.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud podrá delegar esta facultad a las Direcciones Locales de Salud, previo análisis de sus condiciones técnicas y administrativas.

Artículo 87. Del conocimiento de las disposiciones sanitarias. Las Direcciones de Salud, para garantizar el cumplimiento de las normas establecidas en el presente decreto y demás normas sanitarias y la protección de la comunidad, deberán en cualquier tiempo prevenir a esa sobre la existencia de las disposiciones sanitarias y de los efectos que conlleva su incumplimiento”.

<8.1.2.1.5.1> 1.5.1. Los artículos comprendidos entre el número 88 y el 134 del Decreto 1571 de 1993 “Por el cual se reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley 9a de 1979, en cuanto a funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados, se crean la Red Nacional de Bancos de Sangre y el Consejo Nacional de Bancos de Sangre y se dictan otras disposiciones sobre la materia”.

Rezan:

“Artículo 88. De las medidas sanitarias de seguridad. De conformidad con lo establecido en el artículo 576 de la Ley 9a de 1979, son medidas sanitarias de seguridad las siguientes:

- a) La clausura temporal del establecimiento, que podrá ser parcial o total.
- b) La suspensión parcial o total de actividades y servicios.
- c) El decomiso de objetos, productos, elementos y equipos.
- d) La destrucción o desnaturalización de Unidades de Sangre o de sus componentes y reactivos, si es el caso.
- e) La congelación de productos u objetos o elementos.

Artículo 89. De la definición de las medidas sanitarias de seguridad. Para efectos del presente Decreto se definen las siguientes medidas sanitarias de seguridad:

Clausura temporal, parcial o total del establecimiento. Consiste en impedir temporalmente el funcionamiento de un establecimiento o una parte de este, cuando se considere que está causando un problema sanitario, medida que se adoptará a través de la respectiva aposición de sellos, en la que se expresa la leyenda “Clausurado temporal, total o parcialmente, hasta nueva orden impartida por la autoridad sanitaria”.

De la suspensión parcial o total de servicios. Consiste en la orden, por razones de prevención o control sanitario, del cese de actividades o servicios cuando se considere que están siendo ejecutados con violación de las normas sanitarias. La suspensión podrá ordenarse sobre todos o parte de los trabajos o servicios que se adelanten o se presten.

Del decomiso de los objetos o los productos. Consiste en su aprehensión material, cuando no cumplan con los requisitos, normas o disposiciones sanitarias y en especial las contenidas en este decreto y, por tal motivo, constituyan un factor de riesgo para la salud individual o colectiva. El decomiso se cumplirá colocando tales bienes en depósito, en poder o bajo la custodia de la autoridad sanitaria del nivel correspondiente.

La destrucción de artículos o productos. Consiste en la inutilización de un producto, artículo o elemento.

La desnaturalización consiste en la aplicación de medios físicos, químicos o biológicos tendientes a modificar la forma, las propiedades o las condiciones de un producto o artículo.

La destrucción o desnaturalización se llevará a cabo con el objeto de evitar que se afecte la salud individual o colectiva.

La congelación de productos u objetos. Consiste en colocar temporalmente fuera del comercio, mientras se toma una decisión definitiva al respecto, hasta por un lapso que no exceda de sesenta (60) días, cualquier producto con cuyo uso se violen las condiciones consagradas en el presente decreto u otras normas sanitarias.

Esta medida se cumplirá mediante depósito dejado en poder del tenedor, quien responderá por los bienes. Ordenada la congelación se practicarán una o más diligencias en los lugares en donde se encontraren existencias y se colocarán bandas, sellos u otras señales o medios de seguridad, si es el caso.

El producto cuyo empleo haya sido congelado, deberá ser sometido a un análisis en el cual se verifique si sus condiciones se ajustan o no a las disposiciones del presente decreto y otras normas sanitarias, según el resultado del análisis, el producto se podrá decomisar o devolver a los interesados.

Artículo 90. Objeto de las medidas sanitarias de seguridad. Las medidas sanitarias de seguridad tienen por objeto prevenir o impedir que la ocurrencia de un hecho o la existencia de una situación atenten o puedan significar peligro para la salud individual o colectiva de la comunidad.

Artículo 91. De la actuación. Para la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad, las autoridades sanitarias competentes podrán actuar de oficio o por solicitud de cualquier persona.

Artículo 92. De la comprobación o verificación. Una vez conocido el hecho o recibida la información o la solicitud, según el caso, la autoridad sanitaria que tenga la competencia procederá a evaluar la situación de manera inmediata y a establecer si existe o no la necesidad de aplicar una medida de seguridad como consecuencia de la violación al presente decreto u otras normas sanitarias o de los peligros que la misma pueda comportar para la salud individual o colectiva.

Artículo 93. De la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad. Establecida la necesidad de aplicar una medida sanitaria de seguridad, la autoridad competente, teniendo en cuenta la naturaleza del producto, el tipo de servicio, el hecho que origina la violación de las disposiciones de este decreto y demás normas sanitarias o de la incidencia sobre la salud individual o colectiva, impondrá aquella que considere aplicable al caso.

Artículo 94. De la diligencia. Para efectos de aplicar una medida sanitaria de seguridad, deberá levantarse un acta por triplicado que suscribirá el funcionario que la practica y las personas que intervengan en la diligencia, en la cual deberá indicarse la dirección o ubicación donde se practica la diligencia, los nombres de los funcionarios intervinientes, las circunstancias que haya originado la medida, la clase de medida que se imponga y la indicación de las normas sanitarias presuntamente violadas, copia de la misma se entregará a la persona que atienda la diligencia.

Artículo 95. Del carácter de las medidas sanitarias de seguridad. Por su naturaleza son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio a las

sanciones a que haya lugar, se levantarán cuando se compruebe que han desaparecido las causas que la originaron y contra ellas no procede recurso alguno.

Artículo 96. De las medidas sanitarias de seguridad y la iniciación del procedimiento. Aplicada una medida de seguridad se procederá de manera inmediata a iniciar el procedimiento sancionatorio correspondiente.

Artículo 97. De la iniciación del procedimiento sancionatorio. El procedimiento sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud o información de funcionario público, por denuncia o queja debidamente fundamentada presentada por cualquier persona o, como consecuencia de haber sido tomada previamente una medida sanitaria de seguridad.

PARÁGRAFO. Aplicada una medida de seguridad, esta deberá obrar dentro del respectivo proceso sancionatorio.

Artículo 98. De la intervención del denunciante. El denunciante o quejoso podrá intervenir en el curso del procedimiento para aportar pruebas, o para auxiliar al funcionario competente designado para adelantar la respectiva investigación.

Artículo 99. De la obligación de informar a la justicia ordinaria. Si los hechos materia del procedimiento sancionatorio se considera que pueden llegar a ser constitutivos de delito, se pondrán en conocimiento de la autoridad competente, acompañando copia de las actuaciones surtidas.

PARÁGRAFO. La existencia de un proceso penal o de otra índole no dará lugar a la suspensión del procedimiento sancionatorio previsto en este decreto.

Artículo 100. De la verificación de los hechos. Conocido el hecho o recibida la denuncia o el aviso, la autoridad sanitaria competente ordenará la correspondiente investigación, en orden a verificar los hechos o las omisiones constitutivas de infracción a las disposiciones sanitarias.

Artículo 101. De la diligencia para la verificación de los hechos. En orden a la verificación de los hechos u omisiones, podrán realizarse todas aquellas diligencias que se consideren pertinentes, tales como visitas de inspecciones sanitarias, toma de muestras, exámenes de laboratorio, pruebas de campo, químicas, práctica de dictámenes periciales y, en general, todas aquellas que se consideren conducentes, el término para la práctica de esta diligencia no podrá exceder de dos (2) meses, contados a partir de la fecha de iniciación de la investigación.

Artículo 102. De la cesación del procedimiento. Cuando la Dirección Seccional de Salud competente encuentre con base en las diligencias practicadas que aparece plenamente comprobado que el hecho investigado no ha existido, que el presunto infractor no lo cometió, que las normas técnico - sanitarias no lo consideran como infracción o que el procedimiento sancionatorio no podía iniciarse o proseguirse, procederá a dictar un auto que así lo declare y ordenará cesar todo procedimiento contra el presunto infractor. Este asunto deberá notificarse personalmente al investigado o, en su defecto, por edicto, conforme a lo dispuesto en el Código Contencioso Administrativo.

Artículo 103. De la formulación de cargos. Si de las diligencias practicadas se concluye que existe mérito para adelantar la investigación, o por haberse practicado una medida sanitaria de seguridad, se procederá a notificar personalmente al presunto infractor de los cargos que se le formulan.

PARÁGRAFO. Si no pudiere hacerse la notificación personal, se dejará una citación escrita con un empleado responsable del establecimiento, para que la persona indicada concurra a notificarse dentro de los cinco (5) días calendario siguientes. Si así no lo hiciese, se fijará un edicto en lugar público y visible de la secretaría de la oficina de la autoridad sanitaria competente, por un término de diez (10) días, vencidos los cuales se entenderá surtida la notificación.

Artículo 104. Del término para presentar descargos. Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación, el presunto infractor, directamente o por medio de apoderado, podrá presentar sus descargos en forma escrita y aportar y solicitar la práctica de las pruebas que considere pertinentes.

Artículo 105. Decreto y práctica de pruebas. La autoridad competente decretará la práctica de las pruebas que considere conducentes, señalando para los efectos un término de quince (15) días hábiles, que podrá prorrogarse por un periodo igual, si en el término inicial no se hubiere podido practicar las decretadas.

Artículo 106. De la calificación de la falta e imposición de las sanciones. Vencido el término de que trata el artículo anterior y dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al mismo, la autoridad competente procederá a calificar la falta y a imponer la sanción, si a ello hubiere lugar, de acuerdo con dicha calificación.

Artículo 107. De las circunstancias agravantes. Se consideran circunstancias agravantes de una infracción sanitaria, las siguientes:

- a) Realizar el hecho con pleno conocimiento de sus efectos dañosos, o con la complicidad de subalternos o con su participación bajo indebida presión.
- b) Cometer la falta para ocultar otra.
- c) Rehuir la responsabilidad o atribuírsela sin razones a otro u otros.
- d) Infringir varias disposiciones sanitarias con la misma conducta.
- e) Preparar premeditadamente la infracción y sus modalidades.

Artículo 108. De las circunstancias atenuantes. Se consideran circunstancias atenuantes de una infracción sanitaria, las siguientes:

- a) El no haber sido sancionado anteriormente o no haber sido objeto de medida sanitaria de seguridad por autoridad competente.
- b) El confesar la falta voluntariamente antes de que se produzca daño a la salud individual o colectiva.
- c) Procurar por iniciativa propia, resarcir el daño o compensar el perjuicio causado, antes de la iniciación del procedimiento sancionatorio.

Artículo 109. De la exoneración de responsabilidad. Si se encontrare que no se ha incurrido en violación de las disposiciones sanitarias, se expedirá una resolución por medio de la cual se declare exonerado de responsabilidad al presunto infractor y se ordenará archivar el expediente

PARÁGRAFO. El funcionario competente que no defina la situación bajo su estudio, en el término previsto para ello, incurrirá en causal de mala conducta.

Artículo 110. De la formalidad de las providencias mediante las cuales se imponga una sanción. Las sanciones deberán imponerse mediante resolución motivada, expedida por la autoridad sanitaria competente, la cual deberá notificarse personalmente al afectado o a su representante legal o a su apoderado, dentro del término de los cinco (5) días hábiles posteriores a su expedición.

PARÁGRAFO. Si la notificación no pudiere hacerse en forma personal, se hará mediante edicto de conformidad con lo dispuesto por el Código Contencioso Administrativo.

Artículo 111. De los recursos. Contra las providencias que impongan una sanción, de conformidad con el Código contencioso Administrativo, proceden los recursos de reposición y apelación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de su notificación.

PARÁGRAFO 1o. El recurso de reposición se presentará ante la misma autoridad que expidió la providencia, el de apelación ante el Ministerio de Salud, según el caso.

PARÁGRAFO 2o. Contra las providencias expedidas por el Ministro de Salud, sólo procede el recurso de reposición.

PARÁGRAFO 3o. El recurso de apelación sólo podrá concederse en el efecto devolutivo.

Artículo 112. De las clases de sanción. De conformidad con el artículo 577 de la Ley 9a de 1979, las sanciones podrán consistir en:

- a) Amonestación.
- b) Multas.
- c) Decomiso de productos.
- d) Suspensión o cancelación del Registro o de la Licencia respectiva.
- e) Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

PARÁGRAFO. El cumplimiento de una sanción, no exime al infractor de la ejecución de una obra o medida de carácter sanitario que haya sido ordenada por la autoridad sanitaria competente.

Artículo 113. De la amonestación. Consiste en la llamada de atención que se hace por escrito a quien ha violado cualquiera de las disposiciones sanitarias, sin que dicha violación implique riesgo para la salud o la vida de las personas, y tiene por finalidad hacer ver las consecuencias del hecho, de la actividad o de la omisión y tendrá como consecuencia la conminación.

En el escrito de amonestación se precisará el plazo que se da al infractor para el cumplimiento de las disposiciones violadas, si es el caso.

Artículo 114. De la competencia para amonestar. La amonestación deberá ser impuesta por el Jefe de la Dirección Seccional de Salud o de la entidad que haga sus veces, por la Secretaría de Salud de Santafé de Bogotá, D. C., o por el Ministerio de Salud, cuando sea del caso.

Artículo 115. De la multa. Esta consiste en la sanción pecuniaria que se impone a una persona natural o jurídica por la violación de las disposiciones sanitarias por la ejecución de una actividad o la emisión de una conducta.

Artículo 116. Del valor de las multas. De acuerdo con la naturaleza y calificación de la falta, la autoridad sanitaria competente, mediante resolución motivada podrá imponer multas hasta por una suma equivalente a diez mil (10.000) salarios mínimos legales diarios al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución, a los responsables por la infracción de las normas sanitarias.

Artículo 117. Lugar y término para el pago de las multas. Las multas deberán cancelarse en la entidad que las hubiere impuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecutoria de la providencia que las impone.

El no pago en los términos y cuantías señaladas dará lugar al cobro por jurisdicción coactiva.

Artículo 118. Del decomiso de productos, elementos o equipos. Consiste en su incautación definitiva cuando se compruebe que no cumplen las disposiciones sanitarias y con ellos se atente contra la salud individual o colectiva.

Artículo 119. De la competencia para ordenar el decomiso. Los Jefes de las Direcciones Seccionales de Salud, o las entidades que hagan sus veces o el Ministerio de Salud, según el caso, podrán mediante resolución motivada ordenar el decomiso de los productos.

Artículo 120. Del procedimiento para aplicar el decomiso. El decomiso será realizado por el funcionario designado para el efecto. De la diligencia se levantará acta por triplicado, la cual suscribirán los funcionarios y personas que intervengan en la diligencia. Copia del acta se entregará a la persona a cuyo cuidado se hubieran encontrado los bienes decomisados.

Artículo 121. De la suspensión de la licencia sanitaria de funcionamiento o del registro sanitario. Consiste en la privación temporal del derecho que confiere el otorgamiento de los mismos, por haberse incurrido en conductas contrarias a las disposiciones del presente Decreto y demás normas sanitarias, dependiendo de la gravedad de la falta podrá establecerse por un término no mayor de un (1) año.

Artículo 122. De la cancelación de una licencia sanitaria de funcionamiento. Consiste en la privación definitiva de la autorización o derecho que se había conferido, por haberse incurrido en conductas contrarias a las disposiciones del presente decreto y demás normas sanitarias.

Artículo 123. De la prohibición de desarrollar actividades por suspensión o cancelación. A partir de la ejecutoria de la resolución por la cual se imponga la suspensión o cancelación de licencia, no podrá desarrollarse actividad alguna en el banco de sangre o establecimiento relacionada con el fundamento de la sanción, salvo la necesaria para evitar el deterioro de los equipos o conservación del inmueble.

Artículo 124. De la competencia para la cancelación de registro o licencia. La Licencia Sanitaria de Funcionamiento, será cancelada por la autoridad sanitaria que la haya otorgado.

Artículo 125. De la prohibición de solicitar licencia por cancelación. Cuando se imponga la cancelación de la licencia sanitaria de funcionamiento, no podrá solicitarse una nueva para el mismo establecimiento hasta tanto no se verifique previamente por la autoridad sanitaria que han desaparecido las causas sanitarias que la originaron y dé cumplimiento estricto a la legislación sanitaria exigidas para dicho fin.

Artículo 126. Del cierre temporal o definitivo del banco de sangre. Consiste en poner fin a las

tareas que en ellos se desarrollan, por la existencia de hechos o conductas contrarias a las disposiciones del presente decreto y demás normas sanitarias, una vez se hayan demostrado, a través del respectivo procedimiento aquí previsto. El cierre podrá ordenarse para todo el establecimiento o edificación o sólo para una parte o para un proceso que se desarrolle en él, y puede ser temporal o definitivo.

PARÁGRAFO. El cierre es temporal si se impone por un periodo previamente determinado por la autoridad sanitaria competente, el cual no podrá ser superior a seis (6) meses y es definitivo cuando no se fije un límite en el tiempo.

Artículo 127. Consecuencias del cierre definitivo, total o parcial. El cierre definitivo, total implica la cancelación de la licencia que se hubiere concedido al Banco de Sangre o servicio respectivo.

El cierre definitivo parcial, implica que la licencia no ampare la parte del banco de sangre o servicio afectado.

Artículo 128. De la competencia para la aplicación del cierre temporal o definitivo. La sanción de cierre será impuesta mediante resolución motivada, expedida por los jefes de las Direcciones Seccionales o las entidades que hagan sus veces, según el caso.

Artículo 129. De la ejecución de la sanción de cierre. Las entidades enunciadas en el artículo anterior, podrán tomar las medidas pertinentes para la ejecución de la sanción tales como aposición de sellos, bandas u otros sistemas apropiados.

PARÁGRAFO. Igualmente deberán dar a la publicidad los hechos que como resultado del incumplimiento de las disposiciones sanitarias deriven riesgo para la salud de las personas con el objeto de prevenir a los usuarios; sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal o de otro orden en que pudiera incurrirse por la violación de la Ley 9a de 1979 y sus normas reglamentarias.

Artículo 130. Del término de las sanciones. Cuando una sanción se imponga por un periodo determinado, este empezará a contarse a partir de la fecha de ejecutoria de la providencia que la imponga y se computará para efectos de la misma, el tiempo transcurrido bajo una medida sanitaria de seguridad.

Artículo 131. Carácter policivo de las autoridades sanitarias. Para efectos de la vigilancia, del cumplimiento de las normas y de la imposición de medidas sanitarias y sanciones de que trata este decreto, las autoridades sanitarias competentes, en cada caso, serán consideradas como de policía.

PARÁGRAFO. Las autoridades de policía del orden nacional, departamental, distrital o municipal, prestarán toda su colaboración a las autoridades sanitarias en orden al cumplimiento de sus funciones.

Artículo 132. Traslado de diligencias por incompetencia. Cuando, como resultado de una investigación adelantada por una autoridad sanitaria, se encontrare que la sanción a imponer es de competencia de otra autoridad, deberán remitirse a ellas las diligencias adelantadas, para lo que sea pertinente.

Artículo 133. Cuando se deban practicar pruebas fuera de la jurisdicción de la Dirección del Sistema de Salud o de la entidad que haga sus veces, que se encuentre adelantando un

procedimiento sancionatorio, el Director de la misma podrá comisionar al de otra Dirección para su práctica, caso en el cual señalará los términos apropiados.

Artículo 134. Aporte de pruebas por otras entidades. Cuando una entidad oficial, distinta de las que integran el Sistema de Salud, tengan pruebas en relación con conductas, hechos u omisiones que esté investigando una autoridad sanitaria, tales pruebas deberán ser puestas a disposición de la autoridad correspondiente de oficio o a solicitud de esta, para que formen parte de la investigación.

PARÁGRAFO. Igualmente la autoridad sanitaria podrá comisionar a entidades oficiales que no formen parte del Sistema de Salud, para que practiquen u obtengan pruebas ordenadas o de interés para una investigación o procedimiento adelantado por la autoridad sanitaria”.

Referencia y Contrarreferencia

<8.1.2.1.6> 1.6. Con respecto a los procesos de referencia y contrarreferencia, los literales b) y II) del artículo 11 de la Ley 10 de 1990, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”. Rezan:

“Artículo 11. Funciones de la Dirección Seccional del Sistema de Salud. En los departamentos, intendencias y comisarías, corresponde a la Dirección Seccional del Sistema de Salud:

...

b) Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio seccional;

...

II) Adaptar y aplicar las normas y programas señalados por el Ministerio de Salud, para organizar los regímenes de referencia y contrarreferencia, con el fin de articular los diferentes niveles de atención en salud y de complejidad, los cuales serán de obligatoria observancia para todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud en la respectiva sección territorial”.

Centros Reguladores de Urgencias

<8.1.2.1.7> 1.7. El artículo 18 del Decreto 4747 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”. Reza:

Artículo 18. Organización y operación de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres, - CRUE.

<8.1.2.1.8> 1.8. El artículo 72 del Decreto 1543 de 1997, por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Reza:

“Artículo 72. Autoridad Sancionatoria. Cuando sea el caso iniciar o adelantar procedimiento sancionatorio, práctica de pruebas o investigación, la competencia será de las Direcciones Territoriales de Salud. Cuando se deba practicar pruebas fuera del territorio de una dirección seccional, distrital o local de salud, el jefe de la misma podrá comisionar al de la otra dirección para su práctica, caso en el cual señalará los términos de su duración”.

<8.1.2.1.8.1> 1.8.1. Los artículos 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70 y 71 del decreto 1543 de 1997, por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)” Rezan:

“Artículo 55. Propagación de la Epidemia. Las personas que incumplan los deberes consagrados en los artículos 36 y 41 del Capítulo V del presente decreto, podrán ser denunciadas para que se investigue la posible existencia de delitos por propagación de epidemia, violación de medidas sanitarias y las señaladas en el Código Penal.

Artículo 56. Sanciones. El incumplimiento de las disposiciones del presente decreto por parte de las instituciones públicas, privadas o personas naturales o jurídicas, dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en la Ley 10 de 1990, las cuales serán impuestas por las autoridades sanitarias en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia, de acuerdo a la gravedad de la falta, así:

- a) Multas en cuantía hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales;
- b) Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que presten servicios de salud hasta por un término de seis (6) meses;
- c) Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten servicios de salud;
- d) Suspensión o pérdida de la autorización para la prestación de servicios de salud.

Artículo 57. Proceso Sancionatorio. El proceso sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud de parte interesada, por información del funcionario público, por denuncia, o queja presentada por cualquier persona, o como consecuencia de haberse tomado con antelación una medida de seguridad y preventiva.

PARÁGRAFO. Las medidas de seguridad y preventivas a que se refiere el presente artículo se aplicarán observando las disposiciones sobre la materia previstas en cuanto a vigilancia, control epidemiológico y medidas de bioseguridad contempladas en la Ley 9a de 1979, decretos reglamentarios y demás normas complementarias.

Artículo 58. Información a la Autoridad Competente. Si los hechos materia del proceso sancionatorio fueren constitutivos de delito, se pondrán en conocimiento de la autoridad competente, acompañados de las pruebas pertinentes.

Artículo 59. Denunciante. El denunciante podrá intervenir en el curso del procedimiento a

solicitud de la autoridad competente, para dar los informes que se requieran.

Artículo 60. Existencia de otro Proceso. La existencia de un proceso penal o de otra índole no dará lugar a la suspensión del proceso sancionatorio.

Artículo 61. Investigación. Conocido el hecho o recibida la denuncia o el aviso, la autoridad sanitaria procederá a:

- a) Iniciar investigación preliminar si no existieren pruebas que permitan la formulación de cargos;
- b) formular los cargos a que haya lugar cuando exista un indicio grave de responsabilidad o una prueba suficiente de la comisión del hecho.

Para la verificación de los hechos u omisiones podrán realizarse diligencias tales como visitas, toma de muestras, exámenes de laboratorio, mediciones, pruebas químicas o de otra índole, inspección ocular y en general, las que se consideren conducentes.

Artículo 62. Cesación de Procedimiento. Cuando la autoridad competente encuentre que aparece plenamente comprobado que el hecho investigado no ha existido, que el presunto infractor no lo cometió, que la ley no lo considera como infracción, o que el procedimiento sancionatorio no podía iniciarse o proseguirse, procederá a declararlo así, y ordenará cesar todo procedimiento. Contra esta providencia procederán los recursos de ley y deberá notificarse de conformidad con las disposiciones del Código Contencioso Administrativo.

Artículo 63. Formulación de Cargos. Realizadas las anteriores diligencias, se pondrá en conocimiento del presunto infractor los cargos que se formulen mediante notificación personal, quien podrá conocer y examinar el expediente de la investigación.

Artículo 64. Notificación. Si no fuere posible hacer la notificación personal, se le enviará por correo certificado una citación a la dirección que aquél haya anotado al intervenir por primera vez en la actuación, o a la nueva que figure en la comunicación hecha especialmente para tal propósito. La constancia del envío se anexará al expediente. Si no lo hiciere se fijará un edicto en la secretaría de la entidad sanitaria competente, por el término de diez (10) días con inserción de la parte correspondiente a los cargos, al vencimiento de los cuales se entenderá surtida la notificación.

Artículo 65. Descargos. Dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, el presunto infractor, directamente o por medio de apoderado podrá presentar sus descargos por escrito, aportar las pruebas y/o solicitar la práctica de las que considere pertinentes y de las que sean conducentes.

Artículo 66. Práctica de pruebas. La autoridad competente decretará, a costa de la persona interesada, la práctica de las pruebas que considere conducentes, las que llevará a efecto dentro de un término máximo de treinta (30) días, el cual podrá prorrogarse hasta por un término igual al inicialmente fijado.

Artículo 67. Sanciones. Vencido el término del artículo anterior y dentro de los diez (10) días siguientes al mismo, la autoridad sanitaria procederá a calificar la falta y a imponer la sanción que corresponda.

Artículo 68. Circunstancias Agravantes. Son circunstancias agravantes de una infracción las

siguientes:

- a) Haber obrado por motivos innobles o fútiles;
- b) Realizar el hecho con la complicidad de personas subalternas o con su participación bajo indebida presión;
- c) Cometer la falta para ocultar otra;
- d) Rehuir la responsabilidad o atribuírsela a otra u otras personas;
- e) Ejecutar el hecho aprovechando calamidad, infortunio o peligro común;
- f) Preparar premeditadamente la infracción y sus modalidades.

Artículo 69. Circunstancias Atenuantes. Son circunstancias atenuantes de una infracción las siguientes:

- a) Los buenos antecedentes o conducta anterior;
- b) La indiferencia o la falta de ilustración cuando haya influido en la ejecución del hecho;
- c) Procurar por iniciativa propia resarcir el daño o compensar el perjuicio causado antes de la imposición de la sanción.

Artículo 70. Exoneración de Responsabilidad. Si se encuentra que no se ha incurrido en violación de las normas sanitarias, se expedirá resolución motivada, por la cual se declare al presunto infractor exonerado de responsabilidad y se ordenará archivar el expediente. Contra esta providencia procederán los recursos de ley de conformidad con el Decreto-ley [01](#) de 1994.

PARÁGRAFO. El funcionario competente que no defina la situación bajo su responsabilidad, dentro de los términos previstos en el mismo, incurrirá en causal de mala conducta.

Artículo 71. Notificación de las Sanciones. Las sanciones deberán imponerse mediante resolución motivada, expedida por la autoridad sanitaria y deberá notificarse personalmente al afectado dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de su expedición. Contra esta providencia procederán los recursos de reposición y apelación según el caso, dentro de los cinco (5) días siguientes a su notificación. Si no pudiere hacerse la notificación personal, se hará por edicto de conformidad con lo dispuesto en el Código Contencioso Administrativo.

El recurso de reposición se interpondrá ante la misma autoridad que expidió dicho acto y el de apelación ante su inmediato superior.

PARÁGRAFO. El recurso de apelación se concederá sólo en el efecto devolutivo de conformidad con lo previsto en el artículo 4o de la Ley 45 de 1946”.

<8.1.2.1.9> 1.9. El párrafo del artículo 3o de la Ley 972 de 2005, por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. reza:

“Párrafo. La violación a lo dispuesto en la presente ley, por las EPS/IPS, públicas o privadas, sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y, la

reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, las cuales actuarán de conformidad al proceso sancionatorio de que trata el Decreto 1543 de 1997 que, para el presente caso, no superará los sesenta (60) días hábiles. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantías Subcuenta, ECAT”.

Tecnología Biomédica

<8.1.2.1.10> 1.10. Los artículos 10 y 21 de la Resolución 434 de 2001, “por la cual se dictan normas para la evaluación e importación de tecnologías biomédicas, se definen las de importación controlada y se dictan otras disposiciones”. Expedida por el Ministerio de Salud rezan:

“Artículo 10. De la suspensión en el uso de una Tecnología Biomédica. Si como resultado de la evaluación de una tecnología biomédica implantada o en operación, se determina que esta constituye un riesgo presente o inminente, las direcciones departamentales, distritales y/o municipales deberán proceder a suspender el uso de la tecnología, hasta cuando el riesgo sea eliminado e informar de este hecho, en forma inmediata, al Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 21. De la Suspensión en el uso de Equipo Biomédico. Si como resultado de la evaluación técnica de un equipo biomédico en operación, se determina que este constituye un riesgo presente o inminente para los usuarios, las direcciones departamentales, distritales y/o municipales capitales de departamento en el marco de sus competencias de inspección, vigilancia y control establecidas en la normatividad vigente, deberán suspender el uso del equipo hasta cuando el riesgo sea eliminado”.

<8.1.2.1.10.1> 1.10.1. El artículo 25 de la Resolución 434 de 2001 “Por la cual se dictan normas para la evaluación e importación de tecnologías biomédicas, se definen las de importación controlada y se dictan otras disposiciones”. Expedida por el Ministerio de Salud reza:

“Artículo 25. Vigilancia y control. El cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Resolución estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y las direcciones de salud”.

Comités de Urgencias

<8.1.2.1.11> 1.11. El artículo 6o del Decreto 412 de 1992, por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. reza:

“Artículo 6o. De los Comités de Urgencias. Créase el Comité Nacional de Urgencia como organismo asesor del subsector oficial del sector salud en lo concerniente a la prevención y manejo de las urgencias médicas.

PARÁGRAFO. En cada entidad territorial se crearán por parte de la autoridad correspondiente un Comité de Urgencias, cuya composición y funciones se estipularán en el acto de creación”.

Mantenimiento Hospitalario

<8.1.2.1.12> 1.12. El numeral [7.6.](#) del Título V de la Circular Unica el año 2007 expedida por la Superintendencia Nacional de salud reza:

“... De conformidad con la normatividad mencionada, respecto al deber de las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud de la inspección y vigilancia en el cumplimiento de las normas técnicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, les corresponde a estas velar por que las instituciones prestadoras de salud de su jurisdicción elaboren los informes de asignación, ejecución y aplicación de los recursos destinados al mantenimiento hospitalario. De igual manera las Direcciones de Salud canalizarán los informes de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud y los enviarán a esta Superintendencia, previa verificación de su exactitud y veracidad...”.

Centros de Estética

<8.1.2.1.13> 1.13. Los artículos 8o, 9o, 10 y 11 de la Resolución 2263 de 2004, por la cual se establecen los requisitos para la apertura y funcionamiento de los centros de estética y similares y se dictan otras disposiciones. Expedida por el Ministerio de la Protección Social rezan:

“Artículo 8o. Vigilancia y Control. Sin perjuicio de las funciones establecidas en la normatividad vigente, los departamentos en coordinación con los distritos y municipios ejercerán la inspección, vigilancia y control de los establecimientos a que se refiere la presente resolución y adoptarán las medidas de prevención o correctivas necesarias para dar cumplimiento a lo aquí dispuesto y en las demás normas que sean aplicables. Igualmente las entidades territoriales, son competentes para adoptar las medidas sanitarias de seguridad, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar, conforme a lo dispuesto en los artículos 17 y 18 de la Ley 711 de 2001.

Artículo 9o. Visitas de Inspección. Las entidades territoriales realizarán por lo menos una vez al año o las veces que lo estimen conveniente, una visita a los establecimientos de que trata la presente resolución, con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos aquí establecidos.

Los funcionarios que practiquen la visita a los establecimientos objeto de la presente reglamentación, deberán acreditar su identidad e identificación como autoridad sanitaria; levantarán actas por cada visita, en donde se emita un concepto técnico sanitario del establecimiento y los servicios.

Cuando sea del caso, realizarán el seguimiento a los requerimientos establecidos de acuerdo con el concepto técnico sanitario del acta de visita.

En situaciones de riesgo grave para la Salud Pública, podrán imponer medidas sanitarias de seguridad y sanciones, de acuerdo con lo establecido en los artículos 576 y siguientes de la Ley 9ª de 1979.

Artículo 10. Autorización de Nuevos Servicios. Cuando los establecimientos objeto de la presente reglamentación amplíen los servicios que prestan deberán informar y solicitar su autorización a la respectiva autoridad sanitaria competente.

Artículo 11. Disposiciones Transitorias. Los establecimientos a que hace referencia la presente resolución que a la fecha se encuentran funcionando, contarán con un (1) año a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución para adecuarse, a los requisitos establecidos en la presente norma.

Para el cumplimiento del presente artículo los dueños de los establecimientos o representantes legales, deberán informar por escrito a las autoridades de salud Departamentales, Distritales o Municipales, las adecuaciones a que haya lugar y el tiempo requerido para cumplir con la norma. No obstante lo anterior, la entidad territorial programará visita de inspección al establecimiento con el fin de determinar si las condiciones sanitarias, de bioseguridad y de salud ocupacional que allí se realizan no ponen en el riesgo a los usuarios.

Vencido el plazo aquí establecido, la entidad territorial correspondiente, visitará el establecimiento con el fin de determinar el cumplimiento de lo dispuesto en la presente norma.

Su incumplimiento dará lugar a la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad y de las sanciones contempladas en las Leyes 9ª de 1979 y 711 de 2001”.

Manual Bioseguridad Establecimientos Actividades Cosméticas.

<8.1.2.1.14> 1.14. El artículo 2o de la Resolución 2827 del año 2006, por la cual se adopta el Manual de bioseguridad para establecimientos que desarrollen actividades cosméticas o con fines de embellecimiento facial, capilar, corporal y ornamental” expedida por el Ministerio de la Protección Social reza:

“Artículo 2o. Las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales realizarán la vigilancia y el control sobre el cumplimiento del manual de bioseguridad, en los establecimientos dedicados al embellecimiento facial, capilar, corporal y ornamental, el cual debe ser conocido y aplicado por todos los prestadores del servicio”.

Componentes Anatómicos

<8.1.2.1.15> 1.15. Los artículos 48, 49 y 50 del Decreto 2493 de 2004, por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos”. Rezan:

“Artículo 48. De la Autoridad Sanitaria. Para efecto de lo establecido en el presente decreto, el Invima, en coordinación con las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud, ejercerán las funciones de inspección, vigilancia y control sanitario en los Bancos de Tejidos y de Médula Ósea. Asimismo, las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud ejercerán la vigilancia sanitaria en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas con programas de trasplante”.

“Artículo 49. Aplicación de medidas de Seguridad. El Invima o la autoridad sanitaria competente, en caso de incumplimiento de las disposiciones señaladas en el presente decreto o las normas que lo desarrollen, procederá a aplicar las medidas sanitarias de seguridad a que haya lugar señaladas en el artículo 576 de la Ley 9ª de 1979 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

PARÁGRAFO. El Invima o la autoridad sanitaria competente levantará un acta de cada visita efectuada con el concepto técnico de la cual se dejará copia en el establecimiento.

“Artículo 50. Actuación para la Aplicación de las Medidas Sanitarias. Para la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad, las autoridades competentes podrán actuar de oficio o a solicitud de cualquier persona.

Una vez conocido el hecho o recibida la información o la solicitud según el caso, la autoridad sanitaria competente procederá a evaluar la situación de manera inmediata y establecerá si existe o no la necesidad de aplicar una medida sanitaria de seguridad, la cual se impondrá teniendo en cuenta el tipo de servicio, el hecho que origina la violación de las disposiciones de este decreto y demás normas sanitarias o de la incidencia sobre la salud individual o colectiva, como consecuencia de la violación de los preceptos contenidos en este decreto u otras normas sanitarias o de los peligros que la misma pueda ocasionar a la salud individual o colectiva.

Para efecto de aplicar la medida sanitaria de seguridad, deberá levantarse un acta por triplicado que suscribirá el funcionario público que la practica y las personas que intervengan en la diligencia, en la cual deberá indicarse, como mínimo, la dirección o ubicación donde se practica, los nombres de los funcionarios que participan, las circunstancias que hayan originado la medida, la clase de medida que se imponga, así como el señalamiento de las disposiciones sanitarias presuntamente violadas. Copia de la misma se entregará a la persona que atienda la diligencia.

Si la persona que se encuentra en el lugar en el que se practica la diligencia se niega a firmar el acta, así se hará constar en la misma.

PARÁGRAFO. Aplicada una medida sanitaria de seguridad, se deberá proceder de manera inmediata a iniciar el proceso sancionatorio correspondiente, dentro del cual deberá obrar el acta en la que conste la aplicación de la medida.

<8.1.2.1.15.1> **1.15.1.** Los artículos del 51 al 62 del Decreto 2493 de 2004, por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos”. Rezan:

“Artículo 51. Iniciación del Procedimiento Sancionatorio. El procedimiento sancionatorio se iniciará de oficio o a solicitud del funcionario público por denuncia o queja debidamente fundamentada presentada por cualquier persona o como consecuencia de haber sido adoptada una medida sanitaria de seguridad. Una vez establecida alguna de estas situaciones, la autoridad sanitaria competente ordenará la correspondiente investigación para verificar los hechos u omisiones constitutivas de infracción a las disposiciones sanitarias.

La autoridad sanitaria competente podrá realizar todas aquellas diligencias que se consideren conducentes, tales como visitas, inspecciones sanitarias, toma de muestras, exámenes de laboratorio, pruebas de campo, químicas, prácticas de dictámenes periciales y en general todas aquellas que se consideren necesarias para establecer los hechos o circunstancias objeto de la investigación. El término para la práctica de esta diligencia, no podrá exceder de dos (2) meses, contados a partir de la fecha de iniciación de la correspondiente investigación.

El denunciante podrá intervenir en el curso del procedimiento cuando el funcionario competente designado para adelantar la respectiva investigación, lo considere pertinente con el objeto de ampliar la información o aportar pruebas.

Artículo 52. Archivo del Procedimiento. Cuando la autoridad sanitaria competente establezca con base en las diligencias practicadas que el hecho investigado no existió, que el presunto infractor no lo cometió, que las normas técnicas sanitarias no lo consideran sancionable o que el procedimiento sancionatorio no podía iniciarse o proseguirse, dictará un acto administrativo que así lo declare y ordenará archivar el procedimiento sanitario contra el presunto infractor. Este acto deberá notificarse personalmente al investigado o a su apoderado. En su defecto, la notificación se efectuará por edicto, de conformidad con lo dispuesto por el Código Contencioso

Administrativo.

Artículo 53. Formulación de cargos y presentación de descargos. Si de las diligencias practicadas se concluye que existe mérito para adelantar la investigación, se procederá a notificar personalmente al presunto infractor de los cargos que se formulan y se pondrá a su disposición el expediente con el propósito de que solicite a su costa copia del mismo. Si no pudiere hacerse la notificación personal, la notificación se hará de conformidad con los artículos [44](#) y [45](#) del Código Contencioso Administrativo.

Dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, el presunto infractor, directamente o por medio de apoderado, deberá presentar sus descargos en forma escrita, solicitará la práctica de pruebas y aportará las que tenga en su poder.

Artículo 54. Decreto y Práctica de Pruebas. La autoridad sanitaria competente decretará la práctica de pruebas que considere conducentes señalando para estos efectos un término de quince (15) días hábiles que podrá prorrogarse por un período igual, si en el término inicial no se hubiere podido practicar las decretadas.

Vencido el término de que trata el presente artículo y dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al mismo, la autoridad competente procederá a valorar las pruebas con base en la sana crítica y a calificar la falta e imponer la sanción si a ello hubiere lugar.

PARÁGRAFO. Las autoridades e instituciones distintas a las del Sistema de Seguridad Social que tengan pruebas en relación con conductas, hechos u omisiones que esté investigando una autoridad sanitaria, deben ponerlas a disposición de la autoridad correspondiente, de oficio o a solicitud de esta, para que formen parte de la investigación. La autoridad sanitaria podrá comisionar a otras autoridades, para que practiquen u obtengan las pruebas ordenadas que resulten procedentes para los fines respectivos.

Artículo 55. Exoneración de responsabilidad administrativa sanitaria o imposición de sanciones. Si se encontrare que no se ha incurrido en violación de las disposiciones sanitarias se expedirá el acto administrativo correspondiente por medio del cual se declare exonerado de responsabilidad al presunto infractor y se ordenará archivar el expediente. En caso contrario, se impondrán las sanciones señaladas en el artículo 577 de la Ley 9ª de 1979, mediante resolución motivada, expedida por la autoridad sanitaria competente, la cual deberá notificarse personalmente al afectado o a su representante legal o a su apoderado, conforme lo dispuesto en los artículos [44](#) y [45](#) del Código Contencioso Administrativo.

PARÁGRAFO. Cuando una sanción se imponga por un período determinado, este empezará a contarse a partir de la fecha de ejecutoria del acto administrativo que la imponga y se computará para efectos de la misma, el tiempo transcurrido bajo una medida sanitaria de seguridad.

Artículo 56. Destrucción. Cuando los componentes anatómicos no cumplan con los requisitos establecidos de calidad que garanticen el óptimo funcionamiento de los mismos, se ordenará la inutilización de los mismos.

PARÁGRAFO. La desnaturalización o desactivación de los componentes anatómicos mediante la aplicación de medios físicos, químicos o biológicos tendientes a modificar la forma, propiedades o condiciones del tejido u órgano, se hará conforme con lo establecido en el Decreto 2676 de 2000 o a las normas vigentes que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

Artículo 57. Cierre Temporal o Definitivo. Cuando existan hechos o conductas contrarias a las disposiciones del presente decreto y demás normas sanitarias, se ordenará el cierre temporal o definitivo, poniendo fin a las tareas que en ellos se desarrollan.

El cierre podrá ordenarse para todo el establecimiento o solo para una parte o un proceso que se desarrolle en él y puede ser temporal o definitivo.

El cierre es temporal si se impone por un período previamente, determinado por la autoridad sanitaria competente, el cual no podrá ser superior a seis (6) meses y es definitivo cuando no se fije un límite en el tiempo.

Artículo 58. De la suspensión o cancelación del certificado de cumplimiento de Condiciones Sanitarias o Certificado de buenas Prácticas. El incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y demás normas sanitarias, conllevan la suspensión o cancelación del certificado de cumplimiento de condiciones sanitarias o del certificado de cumplimiento de buenas prácticas, de acuerdo con lo dispuesto en el presente decreto.

Cuando la sanción sea de cancelación del certificado de condiciones sanitarias o del certificado de Buenas Prácticas, no se podrá solicitar una nueva certificación para el establecimiento, hasta tanto no se verifique previamente por la autoridad sanitaria que han desaparecido las causas que la originaron y el cumplimiento estricto de la legislación sanitaria. Para el evento de la cancelación del certificado de condiciones sanitarias o del Certificado de Buenas Prácticas el interesado no podrá solicitarlo nuevamente dentro del año inmediatamente posterior a su cancelación.

Artículo 59. Prohibición de desarrollar actividades cuando se presente suspensión o cancelación. A partir de la ejecutoria de la resolución por la cual se imponga la suspensión o cancelación de los certificados de cumplimiento de condiciones sanitarias o de buenas prácticas, no podrá desarrollarse actividad alguna en los Bancos de Tejidos o de Médula Osea, salvo la necesaria para evitar el deterioro de los equipos o conservación del inmueble.

Artículo 60. Carácter policivo de las Autoridades Sanitarias. Para efectos de la vigilancia, del cumplimiento de las normas y de la imposición de medidas sanitarias y sanciones de que trata este decreto, las autoridades sanitarias aquí señaladas ejercerán funciones de policía sanitaria, de conformidad con el artículo 35 del Decreto-ley 1355 de 1970.

Artículo 61. De la divulgación de las Disposiciones Sanitarias. El Invima, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y los demás integrantes del Sistema, para garantizar la protección a la comunidad y el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el presente decreto y demás legislación sanitaria sobre la materia, deberán informar a la comunidad de su existencia y de los efectos que conlleva el incumplimiento de las mismas.

Artículo 62. Obligación de Informar a la Justicia Ordinaria. Si de los hechos materia del procedimiento sancionatorio se considera que puedan derivarse conductas delictivas, se deberá compulsar copias de las actuaciones surtidas a la autoridad competente con el objeto de que inicie las investigaciones a que hubiere lugar.

PARÁGRAFO. La existencia de un proceso penal o de otra índole, no dará lugar a la suspensión del procedimiento sancionatorio previsto en este decreto.

Transplantes

<8.1.2.1.16> 1.16. El artículo 28 de la Resolución 2640 de 2005 “Por medio de la cual se reglamentan los artículos 3o, 4o, 6o parágrafo 2o, 7o numeral 10, 25 y 46 del Decreto 2493 de 2004 y se dictan otras disposiciones”. Expedida por el Ministerio de la Protección Social reza:

“Artículo 28. De la Vigilancia Epidemiológica de los Transplantes. Las Direcciones Territoriales o Distritales de Salud donde se encuentran las Coordinaciones Regionales de la Red de Donación y Transplantes, deberán realizar análisis estadísticos y de vigilancia epidemiológica a los transplantes realizados en el área de influencia de la Coordinación que tiene a cargo, teniendo en cuenta los reportes hechos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en cuanto a reacciones adversas, complicaciones, rechazos y sobrevida de los transplantes o implantes, conforme a lo establecido por el Ministerio de la Protección Social”.

Atención a la Comunidad

<8.1.2.1.17> 1.17. El artículo 4o del Decreto 1757 de 1994, por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4o del Decreto-ley 1298 de 1994” reza:

“Artículo 4o. Servicio de atención a la Comunidad. Los niveles de Dirección Municipal, Distrital y Departamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizarán un Servicio de Atención a la Comunidad, a través de las dependencias de participación social, para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos. Para el adecuado servicio de atención a la comunidad en salud, se deberá a través suyo:

1. Velar porque las Instituciones Prestatarias de Servicios de Salud, sean públicas, privadas o mixtas, establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones.
2. Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución y/o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.
3. Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las Empresas Promotoras de Salud.
4. Exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestatarias de salud, entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad o a quienes hagan sus veces, de los niveles Departamentales, Distritales y Municipales.
5. Garantizar que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.
6. Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones y/o dependencias responsables de absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso, con el fin de retroalimentar el Servicio de Atención a la Comunidad.

PARÁGRAFO. El Servicio de Atención a la Comunidad dispondrá los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para el cumplimiento de sus funciones dentro del primer año de la fecha de publicación del presente decreto.

IVC Cumplimiento Políticas Públicas

<8.1.2.1.18> 1.18. El artículo [43.1.5](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [43](#). Competencias de los Departamentos en Salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

...

43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes”.

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.2.2> CAPITULO II-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES DEPARTAMENTALES EN EL ÁREA DE ASEGURAMIENTO DE LA POBLACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

<Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los departamentos en el territorio de su jurisdicción:

Aseguramiento Sistema General de Seguridad Social en Salud

<8.1.2.2.1> 1.1. El artículo [43.4.1](#) de la Ley 715 de 2001 reza:

“43.4.1. Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley [100](#) de 1993”.

IVC Cumplimiento Políticas Públicas

<8.1.2.2.2> 1.2. El artículo [43.1.5](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [43](#). Competencias de los Departamentos en Salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

...

43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes”.

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.2.3> CAPITULO III-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES DEPARTAMENTALES EN EL ÁREA DE SALUD PÚBLICA.

<Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los departamentos en el territorio de su jurisdicción:

Salud Pública

<8.1.2.3.1> 1.1. Los artículos [43.3.5](#), 43.3.6, 43.3.7, 43.3.8, 43.3.9 de la Ley 715 del 2001 rezan:

“43.3.5. Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en Salud Pública de los municipios de su jurisdicción”.

“43.3.6. Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública”.

“43.3.7. Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas”.

“43.3.8. Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4a., 5a. y 6a. de su jurisdicción”.

“43.3.9. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de Salud Pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas”.

Sistema de Vigilancia en Salud Pública

<8.1.2.3.2> 1.2. El artículo 9o del Decreto 3518 del 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones, reza:

“Artículo 9o. Funciones de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud. Las direcciones departamentales y distritales de salud, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

- a) Gerenciar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción;
- b) Implementar y difundir el sistema de información establecido por el Ministerio de la Protección Social para la recolección, procesamiento, transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos de vigilancia;
- c) Coordinar el desarrollo y la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su territorio, tanto a nivel interinstitucional como intersectorial y brindar la asistencia técnica y capacitación requerida;
- d) Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, cuando así se requiera;
- e) Organizar y coordinar la red de vigilancia en Salud Pública de su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social;
- f) Integrar el componente de laboratorio de Salud Pública como soporte de las acciones de vigilancia en Salud Pública y gestión del Sistema en su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social;
- g) Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión del Sistema y el cumplimiento de las acciones de vigilancia en Salud Pública, en su jurisdicción;
- h) Realizar el análisis de la situación de la salud de su área de influencia, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en Salud Pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia en el área de su jurisdicción;
- i) Declarar en su jurisdicción la emergencia sanitaria en salud de conformidad con la ley;
- j) Dar aplicación al principio de complementariedad en los términos del literal e) del artículo 3o de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de Salud Pública de cualquiera de los municipios o áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen;
- k) Cumplir y hacer cumplir en el área de su jurisdicción las normas relacionadas con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila”.

<8.1.2.3.2.1> 1.2.1. Las medidas de control que puede aplicar el ente departamental por el incumplimiento de lo establecido en el numeral anterior corresponden a las mismas descritas en el numeral 1.5.1 del Capítulo III del Título III de la presente Circular.

Red de Laboratorios

<8.1.2.3.3> 1.3. El inciso 1o y los numerales 1, 4, 5, 6, 7, 10 y 11 del artículo 12 del Decreto 2323 del año 2006 rezan:

“Artículo 12. Competencias de las Direcciones Territoriales de Salud. Las direcciones territoriales de salud asumirán la dirección y coordinación de la red de laboratorios en el ámbito

departamental o distrital, para lo cual deberán cumplir con las siguientes funciones:

1. Establecer mecanismos para organizar y controlar el funcionamiento de la Red en su jurisdicción.

...

4. Adoptar, difundir e implementar el sistema de información para la Red Nacional de Laboratorios establecido por el nivel nacional.

...

5. Adoptar e implementar en su jurisdicción el sistema de monitoreo y evaluación de la Red Nacional de Laboratorios acorde con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.

...

6. Verificar el cumplimiento de los estándares de calidad de los laboratorios autorizados para la realización de exámenes de interés en Salud Pública que operen en su jurisdicción.

...

7. Mantener el diagnóstico actualizado de la oferta de laboratorios públicos y privados, así como de laboratorios de otros sectores con presencia en su jurisdicción y que tengan relación con la Salud Pública.

...

10. Brindar asistencia técnica a los laboratorios de su área de influencia en temas relacionados con las líneas estratégicas para el eficaz funcionamiento de la Red, con prioridad en las instituciones del sector público.

...

11. Promover y realizar actividades de capacitación en temas de interés para los integrantes de la red según las necesidades.

<8.1.2.3.1> 1.3.1. El artículo 26 del Decreto 2323 del año 2006 reza:

“Artículo 26. Vigilancia y Control. La autoridad competente aplicará las medidas de seguridad, sanciones y el procedimiento establecido en los artículos 10 y siguientes del Decreto 2240 de 1996 a los integrantes de la Red Nacional de Laboratorios que incumplan con lo dispuesto en el presente decreto, sin perjuicio de las demás acciones a que hubiere lugar”.

IVC Cumplimiento Políticas Públicas

<8.1.2.3.4> 1.4. El artículo [43](#).1.5 de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [43](#). Competencias de los Departamentos en Salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

...

43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes”.

Plan Nacional de Salud Pública

<8.1.2.3.5> 1.5. La línea de política número 4 “Vigilancia en salud y gestión del conocimiento” del capítulo III del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 establece dentro de las estrategias de la vigilancia en salud y gestión del conocimiento, como estrategias a cargo de las entidades territoriales:

“...A cargo de las entidades territoriales:

- a) Desarrollo e implementación de las acciones de vigilancia en salud en su jurisdicción;
- b) Monitoreo, evaluación, y análisis de la situación de salud en su jurisdicción;
- c) Evaluación del impacto de las políticas y estrategias formuladas para atender las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción;
- d) Implementación del sistema de evaluación de gestión y de resultados en salud y bienestar del Sistema de Protección Social, en su jurisdicción;
- e) Implementación del sistema de información de salud en su jurisdicción;
- f) Desarrollo de estrategias de difusión de resultados en salud en su jurisdicción;”

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.2.4> CAPITULO IV-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES DEPARTAMENTALES EN EL ÁREA DE FINANCIAMIENTO DEL SGSSS.

<Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los departamentos en el territorio de su jurisdicción:

Recaudo y Aplicación Recursos Salud

<8.1.2.4.1> 1.1. El artículo [43.1.4](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [43](#). Competencias de los Departamentos en Salud. Sin perjuicio de las competencias

establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

...

43.1.4. 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...”

IVC Cumplimiento Políticas Públicas

<8.1.2.4.2> 1.2. El artículo [43.1.5](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [43](#). Competencias de los Departamentos en Salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

...

43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes”.

Financiación Direcciones Territoriales-Financiamiento Funciones IVC Régimen Subsidiado y Salud Pública

<8.1.2.4.3> 1.3. El artículo [60](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [60](#). Financiación de las Direcciones Territoriales de Salud. Los gastos de funcionamiento de las dependencias y organismos de dirección de los departamentos, distritos y municipios podrán financiarse con sus ingresos corrientes de libre destinación y podrán destinar hasta un 25% de las rentas cedidas para tal fin.

No menos del veinte por ciento (20%) del monto de las rentas cedidas que se destinen a gastos de funcionamiento, podrán financiar las funciones de asesoría y asistencia técnica, inspección, vigilancia y control del Régimen Subsidiado y Salud Pública, de acuerdo con las competencias establecidas en el artículo [44](#) de la presente ley. En caso de no acreditar la capacidad técnica establecida o que sus resultados no sean satisfactorios, según evaluación y supervisión realizada por la Superintendencia Nacional de Salud, el Departamento contratará dichos procesos con entidades externas.

Se excluyen de lo dispuesto en este artículo los departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada, los cuales se rigen por lo dispuesto en el artículo [59](#).

En ningún caso se podrán financiar gastos de funcionamiento con recursos provenientes del

Sistema General de Participaciones”.

De otra parte, el artículo [59](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [59](#). Rentas Cedidas y Gastos de Funcionamiento. Adiciónase al artículo 42 de la Ley 643 de 2001 el siguiente párrafo:

“Párrafo 4o. Del 80% contemplado en el literal a) del artículo 42 de la Ley 643 de 2001, los departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada, podrán destinar hasta un cuarenta por ciento (40%) para cubrir los gastos de funcionamiento de las secretarías o direcciones seccionales de salud, mientras estas mantengan la doble característica de ser administradoras y prestadoras de servicios de salud en su jurisdicción”.

Recaudo Recursos Salud

<8.1.2.4.4> 1.4. El literal g) del artículo 11 de la Ley 10 de 1990 reza:

“Artículo 11. Funciones de la Dirección Seccional del Sistema de Salud. En los departamentos, intendencias y comisarías, corresponde a la Dirección Seccional del Sistema de Salud:

...

g) Supervisar el recaudo de los recursos seccionales que tienen destinación específica para salud;”

<8.1.2.4.4.1> 1.4.1. Los artículos 49 y 50 de la Ley 10 de 1990 rezan:

“Artículo 49. Sanciones. En desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia, las autoridades competentes, según el caso, podrán imponer, según la naturaleza y gravedad de la infracción de cualquiera de las normas previstas en la presente ley, las siguientes sanciones:

- a) Multas en cuantía hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales;
- b) Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que prestan servicios de salud, por un término hasta de seis meses;
- c) Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten servicios de salud;
- d) Suspensión o pérdida de autorización para prestar servicios de salud.

PARÁGRAFO. Las instituciones de seguridad, previsión social y subsidio familiar, conservarán el régimen de inspección y vigilancia que poseen en la actualidad.

Artículo 50. Sanción Disciplinaria. El incumplimiento de cualquiera de las disposiciones de esta ley, por parte de los empleados responsables, es causal de mala conducta la que acarrea la sanción de destitución”.

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.3> TITULO V-

DE LA INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS ENTES TERRITORIALES DISTRITALES.

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.3.1> CAPITULO I-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES DISTRITALES EN LAS ÁREAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, ASEGURAMIENTO DE LA POBLACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SALUD PÚBLICA Y FINANCIACIÓN DEL SGSSS.

<Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

El inciso 1o del artículo [45](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [45](#). Competencias en salud por parte de los Distritos. Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación”.

<8.1.3.1> **1.1.** De forma particular, se señala a continuación lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 711 de 2001, por la cual se reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología y se dictan otras disposiciones en materia de salud estética. Que Reza:

“Artículo [12](#). Supervisión. Los organismos encargados de supervisar la prestación de servicios de salud en los municipios y distritos del país deberán verificar el estricto cumplimiento de las normas y requisitos sanitarios de los establecimientos donde se lleven a cabo actividades a las que se refiere la presente ley. Asimismo, tendrán a su cargo las tareas de inspección, vigilancia y control de los servicios de cosmetología que se presten en su jurisdicción para efectos de lo cual procederán a elaborar un censo de centros y personas dedicados a la ocupación, dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de esta ley. Este censo será actualizado cada año”.

<8.1.3.1.1> **1.1.1.** Los artículos 17, 18 y 19 de la Ley 711 del 2001, por la cual se reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología y se dictan otras disposiciones en materia de salud estética. Rezan:

“Artículo 17. Sanciones. El incumplimiento e inobservancia de las disposiciones consagradas en la presente ley, sin perjuicio de las demás acciones administrativas, penales, civiles o policivas, según el caso, generará las siguientes sanciones:

- a) Amonestación privada;
- b) Amonestación pública;
- c) Multas sucesivas de hasta de cien (100) salarios mínimos legales vigentes (smlv);

- d) Suspensión de la personería jurídica;
- e) Cierre temporal del centro de estética o de cosmetología;
- f) Cancelación de la personería jurídica o del concepto de ubicación o documento que lo reemplace, o cierre definitivo del centro de cosmetología o estética”.

“Artículo 18. Imposición. La imposición de sanciones se regirá por las siguientes reglas:

- a) La violación de lo dispuesto en los artículos 6o y 11 de la presente ley dará lugar a las sanciones contempladas en los literales a), b) o c) del artículo anterior, según la gravedad del asunto;
- b) Quienes entorpezcan la función de inspección y vigilancia de las autoridades estarán sujetos a la sanción de multa prevista en el literal c) del artículo anterior;
- c) La violación de lo dispuesto en el artículo 5o de esta ley dará lugar a la sanción allí prevista;
- d) La violación de lo dispuesto en los artículos 7o, 8o y 9o de la presente ley dará lugar a las sanciones previstas en los literales d), e) o f) del artículo anterior;
- e) La violación de lo dispuesto en el artículo 9o de la presente ley dará lugar a sanciones establecidas en los literales b), c), d) y e) del artículo anterior, en forma sucesiva si existe reincidencia, las cuales se aplicarán vencido el plazo de transición previsto en ese artículo.

PARÁGRAFO 1o. Corresponde a las autoridades de salud del respectivo municipio imponer las sanciones en primera instancia, con apelación ante los alcaldes.

PARÁGRAFO 2o. Los procedimientos aplicables serán los previstos en la parte general del Código Contencioso Administrativo”.

“Artículo 19. De la Caducidad y la Prescripción. La acción administrativa, caducará a los cinco (5) años, a partir del último acto constitutivo de falta y la sanción prescribirá en un término de cinco (5) años”.

Notas de Vigencia

- Numeral 7.1 reemplazado por la Circular 54 de 2009, según lo dispuesto por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009. a su vez es reenumerado como 8.1 por la misma Circular
- Título adicionado como numeral 7.1 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:

7.1. Las Entidades Territoriales de los niveles departamental, distrital y municipal deberán ejercer las funciones y competencias determinadas en las leyes y disposiciones reglamentarias vigentes, en el sector salud, especialmente en los temas de aseguramiento, prestación de servicios de salud a nivel territorial, salud pública, participación social, sistemas de información, focalización y financiamiento, en el territorio de su jurisdicción.

Igualmente deberá cumplir con las facultades de vigilancia y control en la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Gobierno Nacional para las entidades que actúan en el sector salud acorde con lo determinado en la Ley [715](#) de 2001 y demás disposiciones legales y reglamentarias vigentes, sin perjuicio de las competencias y funciones de las otras entidades que ejercen inspección, vigilancia y control y observando plenamente las instrucciones de remisión de información a la Superintendencia Nacional de Salud.

De acuerdo con lo establecido en las normas vigentes las entidades territoriales adelantarán los procesos administrativos y pondrán en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud la aplicación de las acciones a que hubo lugar.

8.2. <7.2> SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN.

Notas de Vigencia

- Título adicionado como numeral 7.2 por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

<Incisos modificados por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las Entidades Territoriales responsables del proceso de habilitación, deberán reportar a la Superintendencia Nacional de Salud, el informe de Gestión del Macroproceso de Habilitación en los siguientes procesos:

Notas de Vigencia

- Incisos modificados 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 > Las entidades territoriales a más tardar el 30 de marzo de cada año deberán consolidar la información sobre ejecución presupuestal en mantenimiento hospitalario de las IPS y reportarla a la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud de esta Superintendencia para que tome las medidas que considere necesarias para garantizar el cumplimiento, adjuntando censo de entidades obligadas a implementar y reportar el plan de mantenimiento hospitalario con las características definidas en la presente circular, relación de las acciones ejecutadas en asistencia técnica a las IPS de su jurisdicción, visitas de IVC a la implementación del plan de mantenimiento, IPS que no cumplen con lo establecido en mantenimiento hospitalario respecto a elaboración y ejecución del plan de mantenimiento hospitalario y reporte de información a la entidad territorial.

La información anteriormente descrita deberá ser remitida de acuerdo con la estructura y plazos señalados en el anexo técnico.

Anualmente a más tardar el 31 de enero de cada año, con corte de 30 de diciembre, las entidades territoriales responsables del proceso de habilitación, deberán reportar a la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, el informe de Gestión del Macro Proceso de Habilitación en los siguientes procesos:

Estructura administrativa responsable del proceso de habilitación. Relacionando la asignación de áreas y funcionarios responsables de los procesos de asesoría, capacitación, entrega de documentos de soporte a los prestadores, recepción de la declaración de habilitación, revisión documental, coordinación de visitas de verificación y aplicación de conductas.

Censo actualizado de prestadores. Relacionando el número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, independientes, ambulancias; definidas por públicas, privadas, mixtas.

Censo de servicios. Relacionando servicios ofertados por niveles de complejidad.

Ejecución de visitas de verificación de cumplimiento de estándares de habilitación. Relacionando por prestadores, las visitas programadas y las ejecutadas en el año inmediatamente anterior.

Procesos sancionatorios. Relacionar por prestadores y servicios, sanciones impuestas, procesos de investigación en curso, medidas de seguridad impuestas.

Implementación del PAMEC. Relacionar el cumplimiento por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud, con las pautas indicativas establecidas por el Ministerio de la Protección.

Los archivos de la información anteriormente descrita deberá ser radicada por vía electrónica firmados digitalmente, por parte del representante legal a través del sitio web de la Superintendencia Nacional de Salud, www.supersalud.gov.co en el enlace “Recepción Datos de Vigilados, de acuerdo a estructura descrita”.

Notas de Vigencia

- Numeral 8.2 reenumerado por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

8.3. <7.3> TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.

Notas de Vigencia

- Título adicionado como numeral 7.3 por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Con el objeto de vigilar el cumplimiento de las normas que reglamentan la selección, adquisición, importación y evaluación de la tecnología biomédica, en el anexo técnico de la presente circular, se imparten instrucciones sobre indicadores y la información que debe ser reportada a la Superintendencia Nacional de Salud, entre otras por las Entidades Territoriales de orden departamental y distrital.

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

Notas de Vigencia

- Texto eliminado 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:

Fecha de corte Fecha límite de entrega

Con corte a 31 de diciembre Enero 31 del año siguiente

Con corte a 30 de junio El 31 de julio

Finalmente, en el tema de focalización para el aseguramiento, se debe reportar a la Superintendencia Nacional de Salud la información establecida en el anexo técnico correspondiente con la periodicidad solicitada.

Notas de Vigencia

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

8.4. <7.4> RED DE PRESTADORES.

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

De conformidad con las competencias otorgadas a las Direcciones Territoriales de Salud, en los artículos [43](#) y [55](#) de la Ley 715 de 2001, específicamente las funciones relacionadas con la dirección y prestación de los servicios de salud y de salud pública en el ámbito departamental o distrital, así como lo definido en el artículo [54](#) sobre la organización, dirección, conformación, coordinación, integración y administración de la Red de Prestadores de Servicios de Salud que permitan la articulación de las unidades prestadoras, la utilización adecuada de la oferta en salud

y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, la optimización de la infraestructura que la soporta, y la organización de la red de servicios de salud por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un Sistema de Referencia y Contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad.

De igual manera, teniendo en cuenta las competencias otorgadas a las Direcciones Territoriales de Salud sobre la organización e integración de redes de prestadores de servicios de salud y del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y en concordancia con los lineamientos definidos en la propuesta de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud del Ministerio de la Protección Social.

Es necesario que las Direcciones Territoriales de Salud reporten la organización de la Red de Prestadores de Servicios de Salud en su departamento o Distrito, estableciendo si cuentan con participación intersectorial, su mecanismo de integración por grados de complejidad departamental e interdepartamental y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes y/o muestras biológicas con el cual está brindando la atención en salud a la población de su jurisdicción.

Notas de Vigencia

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

8.5. <7.5> SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

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

La Superintendencia Nacional de Salud considera de especial importancia, el papel de las Entidades Territoriales y las Direcciones de Salud, en la atención y financiación de las urgencias, y en especial en la organización de la red de servicios y de los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en su respectiva jurisdicción, ya que estas actividades tienen especial trascendencia para garantizar la atención de urgencias en todo el territorio nacional y en todos los niveles de atención y grados de complejidad.

Los Departamentos, Distritos y Municipios a través de las respectivas Direcciones de Salud tienen la responsabilidad de aplicar los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en todos los niveles de atención en salud (literal p) del artículo 9o; literal ll) del artículo 11, y el literal l) del artículo 12 de la Ley 10 de 1990 literal d), y registrar las entidades de salud de su jurisdicción, elaborar y actualizar cada seis (6) o cada vez que haya cambios, un listado de todas las instituciones de salud públicas y privadas de su jurisdicción, en el cual se defina claramente su identificación, ubicación y servicios que ofrezcan, y enviarlas a todas las Instituciones que conforman la Red Departamental de Salud a efectos de que el personal médico y paramédico haga una remisión eficaz a los pacientes. Estos listados podrán ser suministrados a las personas que los soliciten. Igualmente deberán contar con estos listados actualizados, para suministrarlos a cualquier persona o sector de la comunidad que los solicite.

Las Direcciones Seccionales de Salud contarán con un mapa de salud en su territorio, en el cual

se encuentren identificadas todas las instituciones de prestación de servicios de salud públicas, privadas y mixtas con los servicios ofrecidos y lo difundirán a todas las instituciones hospitalarias. Garantizarán la adecuada operación de la red de servicios y del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en todos los niveles de atención. El Sistema de Referencia y Contrarreferencia incorporará al sector privado de prestación de servicios de salud.

Sin perjuicio de la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud realizarán las acciones de inspección, vigencia y control sobre las normas de referencia y contrarreferencia contenidas en la resolución. El artículo 11 de la Resolución 741 de 1997 determinan y aplicará las sanciones a que haya lugar de conformidad con lo establecido en el artículo 49 de la Ley 10 de 1990.

Notas de Vigencia

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

8.6. <7.6> MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.

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

De conformidad con el numeral 4 del artículo [176](#) de la Ley 100 de 1993, a la Dirección Seccional, Distrital y Municipal de Salud le corresponde la inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud. Se recuerda la inspección, vigilancia y control en la elaboración y ejecución de los planes de mantenimiento y de la adecuada asignación y utilización de los recursos financieros destinados a las actividades de mantenimiento hospitalario por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción.

De conformidad con el literal a) del artículo 11 de la Ley 10 de 1990, corresponde a la Dirección Seccional, Distrital de Salud Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los Municipios y a las entidades e instituciones que presten el servicio de salud en el territorio de su jurisdicción. Esta asistencia técnica y/o administrativa se prestará, entre otros aspectos, para la elaboración de los planes de mantenimiento hospitalario.

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 se encuentra en el anexo técnico.

De conformidad con la normatividad mencionada, respecto al deber de las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud de la Inspección y Vigilancia en el cumplimiento de las normas técnicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, les corresponde a estas velar por que las instituciones prestadoras de salud de su jurisdicción

elaboren los informes de asignación, ejecución y aplicación de los recursos destinados al mantenimiento hospitalario. De igual manera las Direcciones de Salud canalizarán los informes de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud y los enviarán a esta Superintendencia, previa verificación de su exactitud y veracidad.

Esta Superintendencia ha diseñado el formato correspondiente que se encuentra en el anexo técnico, 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.

Tal como se plantea, el formato es una guía para la elaboración del plan de mantenimiento y por lo tanto las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud deben proveer la asesoría técnica en la elaboración y desarrollo de los planes de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación a aquellas instituciones prestadoras de salud que lo requieran.

Esta Superintendencia ha diseñado el formato respectivo con el fin de suministrar un instrumento para la verificación del cumplimiento de diferentes aspectos del mantenimiento hospitalario en las instituciones prestadoras de salud por parte de las Direcciones de salud. El diligenciamiento del formato deberá realizarse periódicamente de acuerdo al cronograma de visitas a instituciones que defina la Dirección de Salud.

La información contenida en el certificado de asignación y ejecución de recursos deberá ser reportada periódicamente a la Dirección General de Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos de Salud de esta Superintendencia a más tardar el 30 de marzo de cada año por parte de las Direcciones de Salud. La información reportada por la Dirección de Salud será la de todas las instituciones prestadoras de salud de su jurisdicción.

Notas de Vigencia

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

8.7. <7.7> ATENCIÓN DE URGENCIAS.

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

La Ley 10 del 1990 en su artículo 11 asigna como funciones de la Entidad Territorial entre otras:

- a) Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios y a las entidades e instituciones que prestan el servicio de salud en el territorio de su jurisdicción;
- b) Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio seccional;
- h) Ejecutar y adecuar las políticas y normas científico-técnicas y técnico-administrativas trazadas

por el Ministerio de Salud en su jurisdicción;

El Decreto 4747 de 2007 determina que sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y Desastres, CRUE.

El Decreto 412 de 1992 en su artículo 5o determina que las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud están en la obligación de desarrollar programas educativos orientados hacia la comunidad tendientes a disminuir los factores de riesgo que condicionan las patologías de urgencia, según análisis específico de la morbilidad y siempre con miras a estimular la convivencia ciudadana y la no violencia. Para este fin se harán las apropiaciones presupuestales necesarias.

El citado Decreto 412 de 1992 en su artículo 6o determina que en cada entidad territorial se creará un comité de urgencias como organismo asesor en lo concerniente a la prevención y manejo de las urgencias médicas, cuya composición y funciones se estipularán en el acto de creación. La instalación y funcionamiento será responsabilidad del jefe de la dirección seccional o local de salud respectiva y el incumplimiento a lo dispuesto en este decreto dará lugar a las sanciones previstas en el artículo 49 de la Ley 10 de 1990.

De conformidad a lo dispuesto en el numeral 4 del artículo [176](#) de la Ley 100 de 1993, corresponde a las Entidades Territoriales la inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud. A su vez, el artículo [170](#) subrogado por el artículo [119](#) del Decreto Extraordinario 2150 de 1995, determina que el Superintendente Nacional de Salud podrá celebrar convenios con las entidades territoriales para facilitar el ejercicio de sus funciones y establecerá mecanismos de coordinación, cooperación y concertación con el fin de evitar duplicación de la información y procurar la racionalización de las actividades de inspección, y vigilancia.

Con base en lo anterior y teniendo en cuenta principios de cobertura, efectividad y economía, de los procesos administrativos, las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales, adelantarán las averiguaciones preliminares y la instrucción de las investigaciones sobre posibles irregularidades o violaciones a la atención inicial de urgencias y remitirán lo actuado a la Superintendencia Nacional de Salud para la aplicación de las acciones a que hubiere lugar. Para este efecto, las Direcciones de Salud disponen de un término de treinta (30) días para adelantar las averiguaciones preliminares y de un término igual para instruir el proceso administrativo a que haya lugar.

Notas de Vigencia

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

9. <8> FOCALIZACIÓN DE LOS SUBSIDIOS EN SALUD.

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

La Ley 1122 en su artículo [37](#) establece, como uno de los Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

Por su parte en el Conpes Social 22 de enero de 1994 fueron definidos los criterios de focalización, acogidos por la Resolución 65 de 25 de marzo de 1994, en la que se dispuso que “los beneficiarios del gasto social se identificarán a través de la estratificación socioeconómica y de la ficha de clasificación socioeconómica.

Se adoptó a partir de enero de 1995 el modelo de ficha de clasificación socioeconómica conocido como Sisbén. Esta ficha se utiliza además de la identificación de beneficiarios de programas especiales de auxilios a ancianos indigentes a los que se refiere el artículo [257](#) de la Ley 100 de 1993, también para la selección de beneficiarios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud, como lo estableció el Acuerdo número 23 de diciembre de 1995 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, en general para todos los programas de gasto social que impliquen subsidio a la demanda.

En el 2001 en el artículo [94](#) de la Ley 715 se reafirma la focalización como herramienta de asignación de subsidios para la inversión social, definida como: “Focalización de Subsidios al proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables. Para esto, el Conpes Social definirá cada tres años los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales”.

El Conpes Social con el Documento 055 de 2001, aprobó la reforma al sistema de focalización individual del gasto social.

Bajo la coordinación del Departamento Nacional de Planeación, los alcaldes de todo el país serán los responsables de implantar el nuevo Sisbén en sus municipios. Las autoridades locales encuestarán a los potenciales beneficiarios de los subsidios en salud, educación, vivienda, bienestar familiar y Programas de la Red de Apoyo Social.

La Superintendencia dentro de las funciones que le han sido asignadas vigilará que la organización, administración y uso del Sisbén se ciña a los ordenamientos legales. Por lo tanto, hará la evaluación a la aplicación de la metodología utilizada en el territorio municipal en la encuesta Sisbén, correspondiente a lo establecido por Planeación Nacional y por la normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de tal manera que se verificará si se cumplen los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

Las responsabilidades asignadas en ese particular por la normatividad vigente para los Alcaldes y Gobernadores y los soportes de evaluación se relacionan a continuación:

Acciones del municipio en el Proceso de Focalización

RESPONSABILIDADES MUNICIPALES	SOPORTES DE EVALUACION
1. Sensibilizar la población y a las autoridades municipales	Actas de reuniones de sensibilización de población y autoridades
2. Implantación, operación y administración del Sisbén.	Acto administrativo de adopción del Sisbén. Acto administrativo de adopción de la base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud. Acto administrativo de adopción de la base de datos del Régimen Subsidiado de Salud. Base de datos del Sisbén. Base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud. Base de datos de afiliados al Régimen Subsidiado de Salud.
3. Mecanismos existentes para propiciar la participación, control, vigilancia.	Acta de publicación de base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud en el que se evidencie el control social y la participación de la personería municipal.
4. Los mecanismos de control y vigilancia de los desarrollos operativos.	Actas y reportes de actividades de trabajo.
5. El proceso de evaluación y análisis de la información obtenida.	Actas y reportes de actividades de trabajo sobre análisis de la información.
6. La administración y custodia de las bases de datos de los programas sociales.	Existencia de dispositivos de almacenamiento de datos para la remisión de la base de datos. Reporte de novedades de manera regular y oportuna. Existencia de personal entrenado en manejo de base de datos. Existencia de un computador para el manejo de la base de datos del Régimen Subsidiado en Salud. Disponibilidad de los aplicativos informáticos necesarios para la administración de bases de datos.
7. El cumplimiento en la entrega de las bases de datos al departamento y al nivel central.	Actas y reportes de actividades de trabajo sobre reportes de la información al departamento.

Acciones del Departamento en el Proceso de Focalización

RESPONSABILIDADES DEPARTAMENTALES	SOPORTES DE EVALUACION
1. Sensibilizar la población, autoridades y organismos de control municipales.	Actas de reuniones de sensibilización de población y autoridades de Control Municipal y Departamental.
2. Mecanismos para apoyar la implementación (logística, recursos).	Actas de reuniones y soportes de facilitación de elementos e insumos.
3. Formas de prestar la asistencia técnica a los municipios.	Actas de celebración de reuniones y visitas de asistencia técnica.
4. Procesos para el control y vigilancia de los desarrollos operativos.	Existencia de aplicativos informáticos necesarios para la administración de bases de datos.
5. Realización de la interventoría administrativa y técnica en todos los municipios.	Disponibilidad de recurso humano para realizar las visitas de verificación de inconsistencias o corroborar solicitudes de actualización de datos. Disponibilidad de recurso humano suficiente para atender las solicitudes de actualización de datos que realizan los potenciales beneficiarios o las organizaciones comunitarias.
6. Procesos de consolidación de la formación.	Actas y reportes de actividades de trabajo sobre consolidación de la información.
7. La administración de las bases de programas sociales.	Documentos de reporte de las entidades encargadas de la identificación con instrumentos diferentes al Sisbén de las novedades mensualmente que garanticen la calidad de la información. Reporte de base de datos sistematizada y actualizada del ICBF de niños abandonados.

	Listado municipal de indigentes y pacientes en instituciones psiquiátricas. Reporte de la Secretaría de Reinserción de la Presidencia de la República de una base de datos actualizada de la población desmovilizada. Listado actualizado de personas en condición de desplazamiento forzado por la violencia. Listado actualizado de indígenas no afiliados al Régimen Contributivo. Reporte de novedades de las EPS-S de manera regular y oportuna.
8. Ejercer la coordinación a nivel departamental.	Actas y reportes de actividades de trabajo sobre coordinación departamental.

Fuente: Proyecto de Asistencia Técnica para el Fortalecimiento de la Capacidad Institucional de las Entidades Territoriales en la Gestión del Régimen Subsidiado. Programa de Apoyo a la Reforma. Régimen Subsidiado. Ministerio de la Protección Social.

Notas de Vigencia

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

10. <9> REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

<Numeral adicionado por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> En lo relacionado con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo a los artículos 10, 17 y 18 y parágrafo del artículo 16 del Decreto 1011 de 2006, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas jurisdicciones, realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y serán responsables de la administración de la base de datos que contenga dicho registro.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas jurisdicciones serán responsables del envío de reportes al Ministerio de la Protección Social para que este último pueda mantener actualizada la base de datos para el ámbito nacional, así mismo dentro de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud remitirán al Ministerio de la Protección Social, la información correspondiente a las novedades presentadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud durante cada trimestre.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales de Salud remitir trimestralmente a los municipios de su jurisdicción, la información relacionada con el estado de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud, de sus correspondientes áreas de influencia.

Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.

Notas de Vigencia

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

- Numeral 9 adicionado al Título V por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

TÍTULO VI.

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (ADRES).

<Título modificado por la Circular 6 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

A) Definiciones

Para efectos de la correcta aplicación de lo previsto aquí, se recurrirá a la formulación de las definiciones para el entendimiento e interpretación de los lineamientos generales del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas desarrollados en el presente instrumento.

- Administrador: De acuerdo con el artículo [22](#) de la Ley 222 de 1995, “son administradores el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas, o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detenten esas funciones”. El administrador debe obrar de buena fe, con lealtad y con la diligencia de un buen hombre de negocios. Sus actuaciones se cumplirán en interés de la sociedad, teniendo en cuenta los intereses de sus asociados, y en el cumplimiento de su función, deben realizar como mínimo las expresadas en el artículo [23](#) de la mencionada ley.

- Ciclo general de gestión de riesgo: Son las etapas que incorpora un Subsistema de Administración de Riesgos para cada uno de los tipos o categorías de riesgo identificadas.

- Conflicto de interés: Se considera que existe un conflicto de interés cuando por una situación de control, influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas; se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal, desviaciones de recursos de seguridad social, o cualquier situación de hecho, o de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial, o de materialización del riesgo al interior del sector. Estos desequilibrios tienen su fundamento en un “interés privado”, que motiva a actuar en contravía de sus obligaciones y puede generar un beneficio personal, comercial o económico para la parte que incurre en estas conductas.

- Controles: Medidas prudenciales y correctivas que ayudan a contrarrestar la exposición a los diferentes riesgos. Entre estas se encuentra la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras estrategias de gestión.

- Cultura de autocontrol: Concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control, gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a la entidad contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda la organización (desde la Junta Directiva y la Alta Gerencia, hasta los propios empleados), los cuales pueden proveer una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la entidad.

- Evento reputacional: Ocurrencia o acción que tiene el potencial de afectar la reputación de la entidad. Estas acciones pueden ser fundadas o infundadas.

- Factores de riesgo: Fuentes generadoras de riesgos, tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado se encuentra originado por diferentes factores de riesgo que pueden estar entrelazados unos con otros.

- Financiación del terrorismo: Delito que comete toda persona que incurra en alguna de las conductas descritas en el artículo [345](#) del Código Penal^[1].

- Gestión de Riesgo: Es un enfoque estructurado y estratégico liderado por la Alta Gerencia, acorde con las políticas de gobierno organizacional de la entidad, por medio del cual se busca implementar un conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia, o mitigar el impacto de un evento de riesgo potencial (incertidumbre), que pueda afectar los resultados y, por ende, el logro de los objetivos de la entidad, así como el cumplimiento de los objetivos en el SGSSS, o sus obligaciones. Dentro de este conjunto de acciones se incluye, entre otros, el ciclo general de gestión de riesgo.

- Lavado de activos: Proceso mediante el cual organizaciones criminales buscan dar apariencia de legalidad a los recursos generados (bienes o dinero), provenientes de alguna de las actividades ilícitas descritas en el artículo [323](#) del Código Penal.

- Pruebas de desempeño o de autocomprobación (Back Testing): Se desarrolla para evaluar y calibrar la consistencia y confiabilidad de la medición de los indicadores de riesgos estimados por parte del modelo que se está utilizando, mediante la comparación de los resultados que el modelo arrojó, frente a los resultados observados. De esta manera se pueden identificar y ajustar los supuestos, parámetros y demás elementos que hacen parte del modelo de cálculo.

- Pruebas de tensión (Stress Testing): Herramienta de diagnóstico donde bajo varios escenarios de estrés, se simulan diferentes choques extremos a los factores de riesgo para evaluar su sensibilidad e impacto, además de la capacidad de respuesta que la entidad tiene para enfrentarlos. Busca identificar fortalezas y vulnerabilidades de los Subsistemas de Administración de Riesgos de manera individual para cada riesgo, y así la entidad pueda comprender mejor sus propios perfiles de riesgo y validar los límites establecidos.

- Reputación: Percepción agregada que sobre una organización tienen los agentes relacionados con ella, sean estos clientes, accionistas, grupos de interés, partes vinculadas, o público en general, la cual tiene el potencial de afectar la confianza en la entidad, influenciando su volumen de negocios, y su situación general. Esta puede variar por factores tales como el desempeño, escándalos, menciones en prensa, entre otros.

- Riesgo: Posibilidad que ocurra un evento que pueda afectar negativamente el cumplimiento de la operación de la Entidad y que atenten contra los objetivos del SGSSS.

- Riesgo inherente: Cualquier nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control.

- Riesgo residual: Es el nivel de riesgo que resulta luego de la aplicación de las medidas de control o mitigación existentes a los riesgos inherentes.

- Riesgo neto global: Resultado de la combinación de cada uno de los riesgos residuales de la

entidad, teniendo en cuenta la importancia relativa que a cada categoría de riesgo le haya asignado la Entidad.

- Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF): Es el organismo de inteligencia económica y financiera de Colombia que centraliza, sistematiza y analiza la información suministrada por las entidades reportantes y fuentes abiertas, para prevenir y detectar posibles operaciones de lavado de activos, financiación del terrorismo y sus delitos fuente.

B) Componentes y Lineamientos Generales del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas

La ADRES debe tener la capacidad institucional para identificar, evaluar, controlar y mitigar los riesgos que puedan afectar el logro de sus objetivos y, especialmente, el cumplimiento de los objetivos del SGSSS, y sus obligaciones contractuales.

Como se mencionó anteriormente, la ADRES debe gestionar todos los riesgos a los que esté expuesta dentro de su operación, y dependerán de la discrecionalidad y organización que la entidad les quiera dar para su tratamiento. Sin embargo, deberá contemplar, al menos, los siguientes riesgos prioritarios y sus respectivos subsistemas de administración:

I. Riesgo Operacional

II. Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Corrupción

III. Riesgo de Crédito

IV. Riesgo de Liquidez

V. Riesgo de Mercado

Si a la fecha la ADRES ya cuenta con políticas, procedimientos y Subsistemas de prevención y control adoptados para gestionar estos riesgos prioritarios, deberá examinarlas a la luz de los parámetros y lineamientos mínimos dispuestos en la presente Circular y realizar las modificaciones a que haya lugar.

Tanto el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos como los Subsistemas que lo componen deben contar al menos con los siguientes elementos mínimos: i) Ciclo General de Gestión de Riesgos, ii) Políticas, iii) Procesos y Procedimientos, iv) Documentación, v) Estructura Organizacional, vi) Infraestructura Tecnológica, y vii) Divulgación de la Información, y viii) Capacitaciones.

Es deber de la entidad revisar periódicamente las etapas que comprenden el ciclo y los elementos que hacen parte de cada Subsistema, con el fin de realizar los ajustes que consideren necesarios para su efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento. Lo anterior con el fin de que se tenga en cuenta en todo momento las condiciones particulares de la entidad y las del mercado en general.

Tal como se listaron anteriormente, para efectos de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos al interior de la ADRES, como mínimo se debe tener en cuenta los elementos generales que a continuación se desarrollan para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos:

1. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS

Para cada una de las categorías de riesgo a supervisar por esta Superintendencia, se incluyen las

siguientes etapas en los Subsistemas de Administración de Riesgos:

Identificación de riesgos: Consiste en reconocer, explorar exhaustivamente y documentar todos los riesgos internos y externos que podrían afectar tanto los objetivos de la entidad, identificando sus causas, efectos potenciales y la posible interrelación entre los diferentes tipos de riesgos, para lo cual se recomienda la utilización de normas técnicas nacionales, o internacionales.

Para esta identificación, la ADRES podrá seleccionar las metodologías y técnicas que considere más adecuadas, dentro de las que se encuentran estudios científicos, encuestas, entrevistas estructuradas con expertos, talleres, lluvia de ideas, técnicas de escenarios, entre otros.

Evaluación y medición de riesgos: Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. También se deberá considerar el análisis de los riesgos inherentes y residuales, y su participación en el riesgo neto global. Se entenderá por valoración del riesgo, la medida cualitativa o cuantitativa, de su probabilidad de ocurrencia y su posible impacto.

En la medida en que avance el plan de implementación del modelo de Supervisión Basada en Riesgos, la entidad deberá contar con evaluaciones cuantitativas relacionadas con la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados y su impacto. Independientemente de contar con modelos cuantitativos o cualitativos, estos deben estar sustentados técnicamente y documentados.

Es así como para la evaluación y medición de cada uno de los riesgos identificados, la entidad debe contar con información suficiente, completa y de calidad para generar los mejores pronósticos. Si la entidad no cuenta con información suficiente, esta debe establecer mecanismos para tener estimaciones consistentes para cada uno de los riesgos asumidos y deberá documentar las hipótesis y supuestos de sus modelos, así como la información que se tuvo en cuenta para su cálculo, mientras logra obtener la información requerida y necesaria.

Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos: Una vez identificados y evaluados los riesgos, deben compararse con los límites (tolerancia), de riesgos aprobados por la instancia definida en el Gobierno Organizacional de la entidad y su política de riesgos, siempre dentro del marco normativo como referencia. Todo riesgo que exceda los límites, o desviaciones aceptadas debe ser objeto de actividades de mitigación y control, a fin de regresar al nivel de riesgo tolerado, conforme la estrategia adoptada.

Se deben determinar las acciones tendientes a gestionar los riesgos a los que se ve expuesta la entidad, de acuerdo con los niveles de riesgo determinados y las tolerancias al riesgo definidas.

Todas las acciones de gestión del riesgo deberán identificar formalmente responsables, plazos, formas de ejecución, y reportes de avances. Asimismo, deberán estar aprobadas por la instancia del Gobierno Organizacional que corresponda.

Seguimiento y monitoreo: Una vez establecidos los posibles mecanismos, o un conjunto de estos para la mitigación y control de los riesgos que se han identificado como relevantes para la entidad y después de realizar un análisis de causa y efecto para determinar los puntos más críticos a intervenir con mayor prelación, la entidad deberá poner en práctica tales mecanismos y reflejarlos en un plan de implementación de las acciones planteadas en la fase anterior, guardando correspondencia con las características particulares de cada entidad, teniendo en cuenta el grado de complejidad, el tamaño y el volumen de sus operaciones.

Con el fin de realizar el respectivo seguimiento y monitoreo permanente y continuo de la evolución de los perfiles de riesgo y la exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de cada uno de los riesgos identificados, la entidad debe desarrollar un sistema de alertas tempranas que facilite la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización. Esto con una periodicidad acorde con los eventos y factores de riesgo identificados como potenciales, así como con la frecuencia y naturaleza de los mismos. El diseño de dicho sistema de alertas debe incluir la definición de los límites máximos de exposición, o niveles aceptables de riesgo previamente establecidos por la entidad teniendo en cuenta los análisis realizados, la normatividad vigente y los criterios definidos en la política de gestión de riesgo de cada entidad.

Las mediciones de riesgos esperadas, los riesgos derivados y sus controles deben ser contrastados regularmente con la realidad observada, de forma tal que permita establecer si los Subsistemas de Administración de Riesgos han logrado su mitigación y la corrección oportuna y efectiva de eventuales deficiencias. De esta manera la entidad debe contar con indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos residuales y netos, y que estos a su vez se encuentran y se mantengan en los niveles de aceptación previamente establecidos por la entidad.

De llegarse a presentar desviaciones o que se superen los límites previamente establecidos, se deben establecer planes de contingencia para intervenir y tratar los diferentes riesgos, teniendo en cuenta la variabilidad de los riesgos identificados, con el propósito de ajustar las desviaciones lo más pronto posible. Todas las acciones y actividades incluidas en estos planes deben contener la definición de los estándares de seguimiento y monitoreo, además de contar con un responsable, plazos, periodicidad, reportes de avance y de evaluaciones periódicas sobre las estrategias seleccionadas que incluyan el monitoreo de los indicadores propuestos para el seguimiento de las acciones de gestión del riesgo planteadas, los cuales deben ser definidos mediante un cronograma y ser objeto de un proceso de verificación y calidad de la información.

En esta etapa cobra importancia la implementación de mecanismos de retroalimentación donde se promueva la comunicación dinámica y continua y la entrega de los reportes gerenciales y de monitoreo donde se evalúen los resultados obtenidos, su evolución y la ejecución de los controles y estrategias implementadas para mejorar el desempeño en la mitigación de los factores de riesgo en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, y que van dirigidos a todos los involucrados tanto externos como internos, en especial a los órganos de seguimiento definidos por el Gobierno Organizacional de cada entidad. Lo anterior determina la necesidad de implementar planes de mejora en donde se desarrollen estrategias de incorporación de cambios para mejorar los resultados en la gestión de riesgos de la entidad.

2. POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS

La ADRES debe adoptar, en relación con el marco de su Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, como mínimo las políticas o lineamientos generales que permitan el desarrollo del ciclo de la gestión de los riesgos prioritarios de forma eficiente y oportuna. Cada una de las etapas y elementos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos deben contar con políticas claras y aplicables. Estas Políticas de Gestión de Riesgos deberán ser adoptadas por la Junta Directiva, las cuales deben establecer los mecanismos y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de dichas políticas y de las normas que le son aplicables al proceso de gestión de cada riesgo inherente.

Las Políticas de Gestión de Riesgos deben ser revisadas periódicamente y con una periodicidad

mínima anual, con el fin de actualizarlas a las condiciones particulares de la entidad y a las del mercado en general. Tanto la aprobación como las modificaciones que se efectúen a dichas políticas, deben tener constancia en acta de la Junta Directiva, o el comité de riesgos, tal como se menciona más en detalle en el numeral 4 del literal b) del Título VI de la Circular Única.

Asimismo, estas políticas deben ser conocidas por todos los funcionarios de la organización y se deben establecer mecanismos de comunicación que permitan que los profesionales a cargo de las funciones de la gestión de los diversos riesgos conozcan los hechos que pueden impactar sus funciones.

Las políticas que se adopten para la administración de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos deben contemplar como mínimo, los siguientes aspectos en su diseño y operación:

- a) Establecer los elementos necesarios para garantizar la alineación de la planeación estratégica institucional (objetivos y compromisos de la entidad), frente al contexto normativo en materia de la gestión de los diversos riesgos.
- b) Instaurar una cultura de autocontrol, autorregulación, autogestión y mejoramiento continuo en todos los niveles de la Entidad, inspirada y liderada por la Junta Directiva, que oriente el desarrollo de competencias en la gestión de riesgos.
- c) Comunicar a todos los niveles de la organización sobre la política de gestión de riesgos establecida.
- d) Fijar lineamientos de ética y conducta que orienten el actuar de los funcionarios de la entidad para el oportuno y efectivo funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Debe hacerse constancia por escrito de estas políticas e incorporarse en el Código de Conducta y Buen Gobierno (previsto en el artículo 8o numeral 11 del Decreto-ley 1429 de 2011), que debe incluir disposiciones sobre la confidencialidad de la información, manejo de información privilegiada y conflictos de interés. En todo caso, si se hubiera adoptado este instrumento, deberá ajustarse a los lineamientos de la presente circular.
- e) Generar la documentación interna y externa necesaria para la adecuada gestión de los riesgos. Entre ellos se encuentran los manuales, instructivos, volantes, intranet, páginas web, entre otros.
- f) Identificar los factores y actores (usuarios, clientes y/o contrapartes, socios, trabajadores, empleados, proveedores, entre otros), tanto externos como internos, que puedan afectar los objetivos de una adecuada implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos en la Entidad, y de esta manera poderlos trabajar de forma independiente.
- g) Especificar de manera clara y precisa los criterios para cada una de las etapas del ciclo de gestión de riesgo en cada riesgo identificado.
- h) Determinar la directriz institucional en materia de la exposición frente a los riesgos prioritarios, reflejando su nivel máximo de tolerancia, acorde con las metodologías, para definir las escalas de calificación establecidas por la entidad.
- i) Disponer los criterios para la definición de límites frente a posibles pérdidas y a niveles máximos de exposición frente a los distintos tipos de riesgos.
- j) Instaurar los procedimientos a seguir en caso de que se presenten comportamientos aislados,

desviaciones, se sobrepasen los límites, o se presente el incumplimiento a alguna de las políticas previamente establecidas por la entidad bajo un análisis autónomo, al enfrentar cambios fuertes e inesperados en las condiciones de la entidad.

k) Iniciar las acciones necesarias y oportunas en respuesta a los cambios en el perfil de riesgo de la Entidad.

l) Establecer la periodicidad de revisión de la política, con la que se ajusten en todo momento a las condiciones particulares de la entidad y a las del sector en general.

m) Efectuar un monitoreo periódico al cumplimiento de los lineamientos de los Subsistemas de Administración de Riesgos y el comportamiento de cada uno de los riesgos prioritarios.

n) Fijar políticas de información y bases de datos. La entidad deberá incluir en sus políticas, los criterios de seguridad y calidad de la información de todas y cada una de sus operaciones, así como de la información remitida a la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades públicas, en los diferentes formatos, además de las respuestas a los requerimientos exigidos.

o) Instaurar políticas para garantizar que se cuente con información adecuada para la cuantificación de los diferentes riesgos. En caso de no contar con la información suficiente, se debe establecer un plan de acción, en donde se identifiquen los plazos y las actividades que se realizarán para contar con dicha información.

p) Garantizar que cuando se presenten cambios en las metodologías de cuantificación de los diferentes riesgos, se evalúe el impacto y se documenten dichos cambios de una manera adecuada.

q) Establecer los lineamientos del sistema de control interno y el monitoreo frente a los diferentes riesgos.

r) Definir los criterios y los tipos de reportes gerenciales y de monitoreo, tanto internos como externos, así como la forma y frecuencia de la presentación de los resultados de la administración de los diferentes riesgos.

s) Precisar los parámetros generales de la infraestructura tecnológica y el equipo técnico necesario para el adecuado funcionamiento de la gestión de riesgos.

t) Conformar un Comité de Gestión de Riesgos en los términos del numeral 5.3 del presente literal.

u) Designar, de acuerdo con su estructura, un área especializada en la gestión de riesgos de la entidad. Sin perjuicio de la conformación de esta instancia, la ADRES debe velar por una adecuada estructura organizacional que permita una apropiada administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de sus Subsistemas, de acuerdo con las funciones establecidas en el numeral 5.5 del presente literal.

3. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

La ADRES debe establecer los procesos y procedimientos que instrumenten la Política de Gestión de Riesgos y que sean aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgos.

Los procesos y procedimientos que se adopten deben cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

- a) Instrumentar las diferentes etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- b) Garantizar el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, de modo que se puedan adoptar oportunamente los correctivos necesarios.
- c) Contemplar las acciones a seguir en caso de incumplimiento de los límites fijados y los casos en los cuales se deban solicitar autorizaciones especiales.
- d) Generar informes internos y externos, que permitan la toma de decisiones de manera oportuna en todas las instancias de la organización.
- e) Certificar que las actividades de control del cumplimiento de los límites de los riesgos económicos y financieros sean llevadas a cabo por un área funcional diferente al área de tesorería.

4. DOCUMENTACIÓN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

Las etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos deben quedar plasmados en documentos y registros, garantizando la integridad, oportunidad, trazabilidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.

Los procesos y procedimientos, mencionados en el anterior numeral, se deben adoptar y plasmar mediante manuales, en los cuales deben quedar claramente definidas las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas para cada uno de los funcionarios de los diferentes órganos de dirección, administración y control involucrados en la administración de los diversos riesgos.

Estos manuales deben contener como mínimo lo siguiente:

- a) Las políticas para la administración de cada uno de los riesgos.
- b) Las metodologías y procedimientos para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos identificados. A su vez, el establecimiento de los niveles de aceptación y límites de exposición.
- c) La descripción de cómo la estructura organizacional, de acuerdo con lo definido legalmente, garantiza el desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos y fortalece el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
- d) Los roles y responsabilidades de quienes participan en la gestión de los diversos riesgos identificados.
- e) Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas y objetivos de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- f) Los procesos y procedimientos que deben implementar los órganos de control interno frente a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

g) Las estrategias de capacitación y divulgación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

Asimismo, la entidad debe mantener, en todo momento y a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud, la documentación de que trata la presente Circular y debe tener en cuenta como mínimo lo siguiente:

a) Las actas de Junta Directiva o del Comité de Riesgos, donde conste la aprobación de las políticas de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, así como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes, o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.

b) Los instructivos o manuales que contengan los procesos y procedimientos a través de los cuales se llevan a la práctica las políticas aprobadas para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Estos documentos deberán ser firmados por el Representante Legal y ser de fácil consulta y aplicación al interior de la organización.

c) El Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad.

d) Los informes presentados por la Junta Directiva, o quien haga sus veces, el Representante Legal y el Comité de Riesgos. Entre estos debe encontrarse un reporte sobre el cumplimiento de los límites y del nivel de exposición de los diferentes riesgos.

e) Los informes presentados por los órganos de control de la entidad, sobre el funcionamiento y resultados de la implementación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

f) Las actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del informe del Comité de Riesgos.

g) Las actas del Comité de Riesgos, y los reportes a la Junta Directiva y al Representante Legal.

h) Las constancias de las capacitaciones impartidas a todos los empleados, socios, directivos, administradores y cualquier otra persona que tenga vinculación con la entidad sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, con el fin de asegurar que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización.

i) Los documentos y registros que evidencien el funcionamiento oportuno, efectivo y eficiente de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

j) Las metodologías, parámetros, fuentes de información y demás elementos utilizados para la medición de cada uno de los riesgos.

k) El procedimiento a seguir en caso de incumplimiento a los límites preestablecidos en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

l) Disponer de un respaldo físico, o en medio magnético de la documentación mencionada en este numeral.

m) Establecer requisitos de seguridad, de forma tal, que se permita la consulta a información sensible, únicamente por parte de funcionarios autorizados.

n) Determinar criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de la información.

Tanto las políticas, como el manual de procesos y procedimientos de la entidad, las actas donde se apruebe el diseño, implementación o modificación de las políticas, las bases de datos utilizados para la modelación de los diversos riesgos, y demás información, documentación y lineamientos que estén referenciados en esta Circular, deben estar a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud para ser revisados y validar que cumplen con lo establecido en la presente Circular. Asimismo, la SNS en virtud de sus funciones de IVC, podrá requerir dicha información en cualquier momento.

5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La ADRES debe desarrollar y mantener, siguiendo el régimen previsto en sus normas de creación (Ley 1753 de 2016 y Decreto-ley 1429 de 2011), y régimen (Ley [489](#) de 1998), una estructura organizacional apropiada para la administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de acuerdo con su tamaño, estructura, actividad económica y demás características particulares. De igual forma, deben quedar claramente asignadas las responsabilidades de las diferentes personas y áreas involucradas en los respectivos procesos y procedimientos, y establecer reglas internas dirigidas a prevenir y sancionar conflictos de interés, a controlar el uso y a asegurar la reserva de la información.

Sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que se encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias, o en reglamentos, para el diseño y adopción de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, se deben establecer como mínimo las siguientes actividades a cargo de los órganos de dirección y administración de la entidad:

5.1. Junta Directiva

De la implementación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, y en desarrollo de las funciones asignadas a la Junta Directiva de la ADRES, por el artículo 8o del Decreto 1429 de 2016, o normas que lo modifiquen o sustituyan, se derivan las siguientes actividades:

- a) Aprobar las políticas de la entidad en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad.
- b) Aprobar el Código de Conducta y Buen Gobierno, el sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- c) Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.
- d) Aprobar el diseño y definir la periodicidad de los informes internos para los reportes de la gestión de riesgos que se van a presentar a las diferentes áreas de la entidad.
- e) Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, teniendo en cuenta las características de cada riesgo, el tamaño y la complejidad de la entidad.
- f) Realizar el nombramiento del Comité de Riesgos, definir sus funciones y aprobar su reglamento, de acuerdo con las normas legales que le apliquen.
- g) Pronunciarse y hacer seguimiento sobre la información presentada por el Comité de Riesgos y los órganos de control de la entidad, respecto a los niveles de riesgo asumidos por la entidad, las medidas correctivas aplicadas para que se cumplan los límites de riesgo previamente establecidos

y las observaciones o recomendaciones adoptadas para el adecuado desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgo.

h) Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de la exposición a los riesgos de los subsistemas incluidos en el presente capítulo, como mínimo.

i) Aprobar las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de operaciones inusuales y de exposición a los riesgos prioritarios, como mínimo.

j) Monitorear el cumplimiento de los lineamientos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos promoviendo su continuo fortalecimiento y que la toma de decisiones esté en función de la selección e implementación de las estrategias para el tratamiento y control de los diversos riesgos y de su comportamiento.

5.2. Representante Legal

De la implementación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, y en desarrollo de las funciones asignadas al Director General de la ADRES, por el artículo 9o del Decreto 1429 de 2016, o normas que lo modifiquen, o sustituyan, se derivan las siguientes actividades:

a) Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva.

b) Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos y mantener informada a la Junta Directiva.

c) Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar, o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.

d) Velar por que se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tengan relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

e) Informar de manera oportuna mediante Oficio a la Superintendencia Nacional de Salud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente, o prevea que pueda presentarse en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la entidad para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.

5.3 Comité de Riesgos

De manera obligatoria y sin perjuicio del cumplimiento de otras disposiciones, la ADRES debe contar con un Comité de Riesgos, cuyos miembros deben ser nombrados por la Junta Directiva, los cuales deben contar con capacidades idóneas y conocimientos en gestión de riesgos.

El Comité de Riesgos desarrollará como mínimo las siguientes actividades:

a) Coordinar la administración directa, o a través de fiducia, o cualquier otro mecanismo financiero de administración de recursos, el portafolio de inversiones con criterios de seguridad,

liquidez y rentabilidad, de acuerdo con las políticas definidas para la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

b) Aprobar o modificar las políticas relacionadas al manejo del portafolio de inversiones de los recursos del SGSSS, entre estas: Lineamientos de Inversiones, límites de inversión del portafolio, metodología de cupos y asignación de contrapartes, límites de cupos, o los que el comité requiera para el buen manejo de dichos recursos.

c) Analizar las oportunidades de inversión orientado a la identificación de los activos más adecuados para poder realizar operaciones, renovación de vencimientos de operaciones y sustitución de activos, identificando las mejores alternativas desde una perspectiva de rentabilidad y riesgo, que engranen con los objetivos estratégicos de la entidad.

d) Aprobar operaciones financieras que a juicio del Comité requieran, por su especialidad, o nivel de riesgo, de dicha aprobación.

e) Propender por la creación y actualización del manual de funciones y procedimientos en lo referente a los aspectos relacionados con el proceso de inversiones, el seguimiento del riesgo de las mismas y el proceso operativo, cuando se requiera.

f) Apoyar en la expedición del Código de Ética para operaciones realizadas en el proceso de inversiones.

g) Dar seguimiento a los lineamientos de inversión y sobrepasos en los cupos de contraparte asignados, con el fin de hacer las recomendaciones a que haya lugar. Así mismo, hacer seguimiento a los informes de gestión del administrador del portafolio de inversiones de la ADRES, con el fin de dar medidas correctivas de ser necesario.

h) Aprobar o modificar las metodologías referentes a los Subsistemas de Administración de Riesgos.

i) Proponer y evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados.

j) Propender por la creación y actualización del manual de funciones y procedimientos en lo referente a los aspectos relacionados con el proceso de identificación, mitigación y control de los riesgos de la operación de la ADRES.

k) Dar seguimiento a los informes sobre el incumplimiento de los límites y el reporte de eventos de riesgo operativo conforme a las metodologías de administración del riesgo, con el fin de realizar las respectivas recomendaciones para la mitigación efectiva de estos.

l) Formular las iniciativas de mejora que considere necesarias sobre la infraestructura y los sistemas internos de control y gestión de los riesgos.

m) Dar seguimiento a las capacitaciones de los funcionarios del área, en la mitigación y control de riesgos.

n) Analizar los informes presentados por la Oficina de Control Interno para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción y de mejoramiento y la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema de Administración de Riesgos.

o) Las demás que señalen la normatividad vigente de la Superintendencia Nacional de Salud y la Junta Directiva.

p) Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (económicos -incluyendo coberturas o reaseguros -, operativos, lavado de activos, reputacionales, entre otros), asumidos por la entidad, propios de su gestión en el SGSSS.

q) Establecer medidas prudenciales que considere pertinentes para el tratamiento y control de riesgos, de acuerdo con la identificación, evaluación y medición de los riesgos identificados y las políticas que establezca la entidad al respecto.

5.4. Área de Gestión de Riesgos

El área de Gestión de Riesgos de la ADRES es un área de apoyo, orientadora y de evaluación, que estará a cargo de la administración y gestión de los diferentes riesgos a los cuales la entidad se encuentra expuesta, a través de la identificación, medición, control y monitoreo de cada uno de ellos de tal manera que se realice la evaluación continua del ciclo para detectar las desviaciones y generar insumos para la formulación de los planes de mejoramiento y demás información que requiera el Comité de Riesgos, mediante el trabajo conjunto con todas las áreas. Cabe resaltar que esta área debe ser designada de acuerdo con la estructura legalmente definida para la entidad.

El área de Gestión de Riesgos debe ser independiente y funcional de las áreas misionales de la entidad relacionadas, por ejemplo, con el recaudo, la compensación, la liquidación mensual de afiliados, las áreas encargadas de las negociaciones como son compras, tesorería, entre otros, y desarrollará como mínimo las siguientes actividades:

a) Apoyar el diseño de las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto.

b) Sugerir al Comité de Riesgos los ajustes, o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.

c) Velar por el adecuado diseño e implementación de los controles a los diferentes riesgos para mitigar su impacto, en todos los niveles de la organización y su operatividad.

d) Realizar seguimiento, o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.

e) Ayudar a las áreas en la identificación y evaluación de los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar al Comité de Riesgos las observaciones o recomendaciones que considere pertinentes.

f) Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.

g) Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre los riesgos identificados y velar por su cumplimiento. Incluir por lo menos los riesgos de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

h) Analizar los informes presentados por la Oficina de Control Interno que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que

se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

i) Informar al Comité de Riesgos el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

5.5. Órganos de Control

El diseño, desarrollo y ejecución de políticas para la gestión de riesgos deben contemplar procesos de auditoría y control, tanto internos como externos, mediante los cuales se audite el cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos.

La entidad debe establecer instancias responsables de efectuar una revisión y evaluación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, compuesto por cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, así como por otros riesgos identificados por la entidad, las cuales deben informar oportunamente los resultados a los órganos competentes.

El órgano de control será, por lo menos, la Oficina de Control Interno. Este deberá identificar las operaciones realizadas con entidades o personas vinculadas a la entidad, y promover revisiones independientes para validar la efectividad del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad y de los Subsistemas por los cuales está conformado, además de las responsabilidades y obligaciones que se encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias, o en reglamentos.

6. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

La ADRES debe disponer y utilizar la infraestructura tecnológica y los sistemas necesarios para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, los cuales deben generar informes confiables sobre dicha labor y contar con un soporte tecnológico acorde con sus actividades, operaciones, riesgos asociados y tamaño. Cuando no se cuente con dicha infraestructura, debe establecer un plan de acción para cubrir esta falencia en el menor tiempo posible.

Además, deben contar con procesos que permitan realizar un control adecuado del cumplimiento de las políticas y límites establecidos, además de contar con un plan de conservación, custodia y seguridad de la información tanto documental como electrónica.

Los parámetros utilizados en las aplicaciones informáticas para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, que componen el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, deben estar dentro de supuestos fundamentados y ser revisados periódicamente.

Asimismo, la ADRES debe centralizar la información relacionada con la gestión de riesgos, para lo cual debe contar con un sistema adecuado de consolidación eficaz de los distintos riesgos para la toma de decisiones efectivas, el cual deberá ser validado por lo menos una vez al año.

7. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CAPACITACIONES

La entidad debe garantizar que el personal vinculado tenga conocimiento de los objetivos misionales que tenga la Entidad, además de los procedimientos administrativos y operativos asociados a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Para ello la entidad debe diseñar, programar y coordinar planes de divulgación y capacitación como mínimo una vez al

año a todas las dependencias y funcionarios de la entidad y con mayor énfasis a las áreas involucradas en la gestión de estos riesgos, sobre las políticas, procedimientos, herramientas y controles adoptados por parte de la entidad para dar cumplimiento al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

La divulgación y capacitación sobre cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos deben hacer parte de los procesos de inducción de los nuevos empleados. Se debe dejar constancia de las capacitaciones realizadas por medio de la presentación de una evaluación de los temas expuestos para incentivar la adherencia y el entendimiento y en donde se indique como mínimo la fecha, los temas tratados y el nombre de los asistentes.

La entidad debe diseñar un sistema efectivo, veraz, eficiente y oportuno de manejo de la información capaz de generar reportes, tanto internos como externos, que garantice el funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, teniendo en cuenta los procesos y procedimientos establecidos para cada uno.

Este sistema de información debe ser funcional y permitir la dirección y control de la operación en forma adecuada. Además, estos sistemas deben garantizar que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad), y cumplimiento, para lo cual se deben establecer controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo.

7.1. Divulgación de la Información Interna

Como resultado del monitoreo y control de cada uno de los riesgos de los Subsistemas de Administración de Riesgos, la entidad debe elaborar reportes semestrales como mínimo, que permitan establecer el perfil de riesgo de la misma. Asimismo, debe elaborar informes de gestión al cierre de cada año sobre el cumplimiento de las políticas, límites y nivel de exposición a los diferentes riesgos dirigidos al Representante Legal y a la Junta como mínimo. Estos informes deben ser presentados de manera comprensible y deben mostrar las exposiciones por tipo de riesgo y de la manera más desagregada, detallada y clara posible. Adicionalmente, deben presentar los límites establecidos, su grado de cumplimiento y la cuantificación de los efectos de la posible materialización de estos sobre las utilidades, el patrimonio y el perfil de riesgo de la entidad. Los reportes internos son de uso exclusivo de la entidad.

7.2. Divulgación de la Información Externa

Los administradores de la entidad, al cierre de cada ejercicio, deberán realizar un informe sobre la gestión adelantada en materia de administración de riesgos, en el cual como mínimo se deben incluir los subsistemas de gestión de riesgos descritos en esta circular. En este sentido, deberá contener un resumen de su situación en materia de la administración de dichos riesgos con información tanto cualitativa como cuantitativa.

Por un lado, la información cualitativa es indispensable para elaborar y proveer una mejor comprensión de los estados financieros de la entidad y, por tanto, es necesario que la ADRES informe sobre sus objetivos de negocio, estrategias y filosofía en la gestión de riesgos y los controles implementados en cada uno para mitigarlos. Además, la información revelada debe considerar los cambios potenciales en los niveles de riesgo, cambios materiales en las estrategias y límites de exposición para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

Por otro lado, la ADRES debe revelar al público en general, la información cuantitativa sobre la gestión integral de los riesgos (como mínimo de los subsistemas de riesgos definidos en esta circular), como resultado de sus políticas y metodologías internas aplicadas para su control, de acuerdo con lo que los administradores de la entidad consideren pertinente revelar, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiado, confidencial o reservado, respecto de la cual se deben adoptar todas las medidas que consideren necesarias para su protección, incluyendo lo relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.

Las características de la información divulgada estarán relacionadas con el volumen, la complejidad y el perfil de riesgo de las operaciones que maneje la entidad. Asimismo, la ADRES deberá mantener a disposición del público en general, a través de medios que garanticen su acceso, la información general que resulte necesaria para que haya un adecuado y cabal entendimiento respecto de la estructura que la entidad tenga diseñada e implementada, para la identificación, medición y control integral de cada uno de los subsistemas definidos en esta circular, de acuerdo con los mecanismos de rendición de cuentas que la entidad haya establecido en sus políticas.

Lo anterior sin perjuicio del carácter de destinatario de las normas de transparencia para el sector público, que corresponden a la ADRES en virtud del artículo 5o de la Ley Estatutaria 1712 de 2014, y sus distintos reglamentos de desarrollo.

7.3. Acreditar con soportes todas las operaciones, negocios y contratos

La ADRES debe establecer reglas específicas que prohíban la realización de actividades, negocios y contratos sin que exista el respectivo soporte interno o externo, debidamente fechado y autorizado por quienes intervengan en ellos o los elaboren. Todo documento que acredite transacciones, negocios o contratos de la entidad, además de constituir el soporte de la negociación y del registro contable, constituye el respaldo probatorio para cualquier investigación que puedan adelantar las autoridades competentes.

C) Lineamientos específicos de los subsistemas de administración de riesgos

A continuación, se presentan los lineamientos específicos, adicionales a lo establecido en el apartado de lineamientos generales, que deben tener como mínimo los Subsistemas de Administración de Riesgos para cada uno de los siguientes riesgos, sin perjuicio de los demás riesgos identificados por la entidad: operacional, lavado de activos, financiación del terrorismo y corrupción, crédito, liquidez, mercado de capitales.

1. GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL

El Riesgo Operacional corresponde a la posibilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, en la infraestructura, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

Es importante resaltar que, la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos de la entidad, y que pueden materializarse como resultado de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad, prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las características propias de la entidad.

Es así como los riesgos operacionales en la entidad pueden generar pérdidas de dos tipos:

- i) Pérdidas en los resultados operativos esperados, incluyendo la satisfacción de sus usuarios.
- ii) Pérdidas financieras en la entidad.

La adopción del Subsistema de Administración de Riesgo Operacional debe cumplir como mínimo con lo siguiente:

1.1. Ciclo general de gestión del Riesgo Operacional

Para la gestión de este riesgo inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo Operacional que implemente la entidad, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

1.1.1. Identificación del Riesgo Operacional

El Subsistema debe permitir a la entidad definir e identificar la exposición al riesgo operacional, por lo cual, en esta etapa se elabora un perfil de los procesos de las actividades de la entidad con las siguientes acciones:

Levantamiento y documentación de la totalidad de procesos de la entidad. Como mínimo, entre otros definidos por la entidad, se deben tener en cuenta como mínimo los siguientes procesos relevantes para el cumplimiento de las funciones de la Entidad, así estos sean tercerizados:

Recaudo, compensación, liquidación mensual de afiliados y giro.

Auditorías en temas misionales (ej. Recobros, reclamaciones, entre otros).

Gestión financiera.

Atención al usuario.

Gestión del Talento Humano.

Sistemas de información.

Identificación de los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos. La etapa de identificación debe realizarse previamente a la implementación o modificación de cualquier proceso.

Determinar potenciales pérdidas financieras en la entidad causadas por los eventos de riesgo operacional identificados.

Para la identificación, la entidad debe tener su propio y único registro de eventos de riesgo operacional. A continuación, se presenta la información relevante mínima que debe tener un registro de eventos de riesgo operativo:

- a) Referencia: Código interno que relacione el evento en forma secuencial.
- b) Proceso: Identificación del proceso donde se produjo el evento de riesgo, o se vio afectado.
- c) Fecha de descubrimiento: Fecha en que se detecta el evento (día, mes, año, hora).

- d) Fecha de inicio: Fecha en la que el evento tiene su inicio (día, mes, año, hora).
- e) Fecha de finalización: Fecha en que finaliza el evento (día, mes, año, hora).
- f) Descripción del evento: Descripción detallada del evento.
- g) Producto-Servicio afectado: Identificación del producto, o servicio al que el evento afecta.
- h) Clase de evento: Especifique la clase de evento, según la clasificación adoptada (Fraude interno, fraude externo, relaciones laborales, clientes, daños a activos físicos, fallas tecnológicas, ejecución y administración de procesos, entre otros).
- i) Tipo de pérdida: Identificación de la pérdida que origina el evento:
 - Genera pérdida y afecta el estado de resultados de la entidad.
 - Genera pérdida y no afecta el estado de resultados de la entidad.
 - No genera pérdidas.
- j) Divisa: Moneda en la que se materializa el evento (COP, USD, entre otras).
- k) Cuantía: Monto de dinero a la que asciende la pérdida. Este valor debe ser presentado en moneda legal, es decir, en pesos colombianos (COP). Si el evento se presenta en otra moneda diferente a la legal, se utiliza para el cambio la TRM del día en que se contabilizó la pérdida por el evento.
- l) Cuantía total recuperada: Monto de dinero recuperado por acción directa de la entidad. Incluye cuantías recuperadas por seguros.
- m) Cuantía recuperada por seguros: Corresponde al monto de dinero recuperado por el cubrimiento a través de un seguro.
- n) Cuentas del plan de cuentas afectadas: Identifica las cuentas del “Plan de Cuentas” afectadas.
- o) Fecha de contabilización: Fecha en que se registra contablemente la pérdida por el evento (día, mes, año, hora).
- p) Datos del registro: Aquí se detalla quién diligenció el formato, la dependencia y fecha del mismo, así como nombre, firma y cargo de quien lo reporte.

Además de los campos descritos en este numeral, se pueden incorporar dentro del registro de eventos de riesgo operacional otros adicionales que la Entidad considere relevantes para su gestión del riesgo operacional.

1.1.2 Evaluación y Medición del Riesgo Operacional

En esta etapa, el Subsistema de Administración de Riesgo Operacional debe medir la probabilidad de ocurrencia de un evento de riesgo operacional y su impacto en caso de materializarse. En caso de no contar con datos históricos se deberá realizar una aproximación cualitativa, y elaborar un plan de ajuste que posibilite la medición cuantitativa del riesgo posteriormente. Para esta etapa del ciclo, la entidad debe tener como mínimo lo siguiente:

- a) Diseñar y aplicar la metodología de medición acorde con los eventos de riesgo operacional

identificados, procurando una medición del riesgo inherente individual y consolidada de la probabilidad de ocurrencia y del impacto, para así determinar el perfil de riesgo de la entidad.

b) Tener en cuenta dentro de la evaluación, los planes de contingencia y el Plan de Continuidad del Negocio, todos los recursos (físicos, humanos, técnicos y financieros), necesarios para que la entidad enfrente la exposición al riesgo operacional bajo cualquier eventualidad, de acuerdo con su tamaño y nivel de operaciones.

1.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo Operacional

El Subsistema de Administración del Riesgo Operacional debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar los riesgos operacionales inherentes a los que se ve expuesta en el desarrollo de sus operaciones, con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia o impacto en caso de que se materialicen.

Esta etapa debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

a) Diseñar e implementar controles para cada riesgo de manera que se pueda mitigar el riesgo inherente, ya sea a través de medidas que disminuyan su probabilidad, su impacto o ambos.

b) Incluir los controles diseñados dentro de las políticas y procedimientos de la entidad.

c) En cuanto a los riesgos que afecten la operación en condiciones normales de la entidad, esta debe implementar un Plan de Continuidad del Negocio aprobado por la Junta Directiva.

1.1.3.1. Plan de Continuidad del Negocio

La ADRES debe definir, implementar, probar y mantener un proceso para administrar y asegurar la continuidad del negocio en situaciones de emergencia o desastre, incluyendo elementos como la prevención y la atención de emergencias, administración de la crisis, planes de contingencia y capacidad de retorno a la operación normal. Estas medidas deben contar con los siguientes elementos:

a) Identificación de eventos que pueden afectar la operación.

b) Actividades a realizar cuando se presentan las fallas.

c) Alternativas de operación.

d) Proceso de retorno a la actividad normal.

2. GESTIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y CORRUPCIÓN

El Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo corresponde a la posibilidad que, en la realización de las operaciones de la entidad, esta pueda ser utilizada por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas.

Dentro de los principales delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LA/FT), se encuentra el riesgo de corrupción y opacidad, el cual es un riesgo latente que ataca a

la sociedad, porque impide el funcionamiento efectivo de las instituciones, afectando directamente la misión y la visión de las entidades y el flujo normal y efectivo de los recursos, a través de acciones y actitudes contrarias a los valores y principios éticos que deben caracterizar a las personas en su conjunto, sean naturales o jurídicas y de carácter público o privado. De esta manera, al generar políticas de antilavado y contra la financiación del terrorismo, necesariamente se deben tener en cuenta medidas para prevenir y evitar la corrupción y la opacidad.

Es por esto por lo que las diferentes políticas y medidas adoptadas por la entidad deben ir encaminadas en implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética de integridad, transparencia y la lucha contra la corrupción. Los objetivos de estas políticas, medidas y acciones son prevenir, detectar, y cuando sea el caso, informar a las autoridades competentes o denunciar posibles casos de corrupción que, en cualquiera de sus formas, eventualmente se pueda presentar, por parte, o en contra de una entidad.

La implementación y seguimiento a estos riesgos van estrechamente ligados a las políticas, principios y valores institucionales establecidos en el Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de buen gobierno), de ahí la importancia de su implementación y mejoramiento continuo.

El sistema de prevención y control que deben implementar los agentes que componen el SGSSS para la adecuada gestión del riesgo de LA/FT, para lo cual la ADRES deberá adoptar procedimientos y herramientas que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo de su naturaleza y objeto social, y que se ajusten a su tamaño, actividad económica, formas transaccionales y demás características particulares.

La gestión de este riesgo debe comprender el diseño, aprobación e implementación de políticas y procedimientos para la prevención y control del riesgo de LA/FT. Las políticas y procedimientos que se adopten deben permitir el eficiente, efectivo y oportuno funcionamiento y traducirse en reglas de conducta y procedimientos que orienten la actuación de la entidad, sus empleados y socios.

3. GESTIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados.

Teniendo en cuenta la anterior definición, la entidad debe evaluar permanentemente el riesgo inherente que sus activos pierdan valor, como consecuencia que un deudor o contraparte incumpla sus obligaciones. Es así como dentro de esta evaluación debe incorporar oportunamente los cambios significativos de las condiciones de cumplimiento de sus deudores. Para esto, la entidad deberá desarrollar políticas, procedimientos y mecanismos idóneos que le permiten llevar a cabo en forma oportuna el ciclo general de gestión de este riesgo particular.

3.1. Ciclo de gestión de Riesgo de Crédito

Para la gestión de este riesgo inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Crédito que implemente la entidad, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

La entidad deberá incorporar dentro de sus procesos y procedimientos internos para la gestión del riesgo de crédito, los siguientes aspectos específicos:

a) Una evaluación de riesgo por contraparte (incluyendo los instrumentos financieros, tratándose de inversiones), y límites de exposición por contraparte asociadas a la evaluación de riesgos realizada. La entidad podrá realizar una evaluación agrupando activos sobre la base de características y perfiles de riesgo similares, pero deberá realizar esta evaluación en forma individual si el activo es significativo.

b) La definición de procedimientos específicos de seguimiento y cobranza de las deudas y/o restituciones y el establecimiento de mecanismos apropiados de negociación y recuperación de deudas que se encuentran en incumplimiento.

c) La verificación se debe realizar al menos trimestralmente, para que el modelo de cálculo de exposición por riesgo de crédito sea adecuado para reflejar las potenciales pérdidas a las que está expuesta la entidad por el incumplimiento de las contrapartes y que se ajusta a la normatividad vigente.

d) Las bases de datos que sean utilizadas en el proceso de diseño de los modelos que utiliza la ADRES, para la administración del riesgo crediticio se sugiere que tengan una historia mínima de cinco (5) años, una vez la entidad cumpla con esa antigüedad. En el periodo intermedio al cumplimiento de la antigüedad, la entidad deberá preparar un plan de ajuste en el cual se expongan los procedimientos y fechas en las cuales se logrará cumplir con esta recomendación. A partir de la infraestructura tecnológica y de los sistemas necesarios para garantizar la adecuada administración del Riesgo de Crédito se deben generar informes confiables sobre dicha labor.

3.1.1. Identificación del Riesgo de Crédito

Para la identificación de este riesgo, los aspectos mínimos a considerar por parte de la entidad surgen de definir los tipos de activos expuestos a este riesgo, como mínimo las cuentas por cobrar y los instrumentos financieros. Estos últimos incluyen:

a) Cuentas de bancos y Fondos de Inversión Colectivas (FIC, antes Carteras Colectivas), tales como: cuentas corrientes; cuentas de ahorros; cuentas maestras de recaudo; FIC abiertos, del mercado monetario; carteras colectivas cerradas; y otros tipos de encargos fiduciarios o fondos de inversión, fideicomisos, fondos de inversión colectiva inmobiliarios y/o fondos de capital privado, entre otros, siendo locales o extranjeros.

b) Instrumentos inscritos en el Mercado de Valores de Colombia, tales como títulos de deuda pública emitidos o garantizados por la Nación o por el Banco de la República; títulos de renta fija emitidos, aceptados, garantizados o avalados por entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, Fogafín y Fogacoop.

c) Todas las inversiones en títulos, o valores sean de renta fija o renta variable emitidos por entidades nacionales o extranjeras.

3.1.2. Evaluación y Medición del Riesgo de Crédito

El Subsistema de Administración de Riesgo de Crédito debe evaluar las pérdidas estimadas como resultado del incumplimiento de sus contrapartes. Dentro del Subsistema, la entidad puede diseñar modelos para diferentes tipos de activos expuestos a este riesgo, dentro de los cuales

deberá contemplar la estimación de los siguientes elementos:

a) La probabilidad de incumplimiento de los deudores dentro de un periodo de tiempo de 12 meses, una vez la entidad cumpla con esa antigüedad.

b) La estimación de la pérdida esperada en que incurriría la entidad dado el incumplimiento. En este elemento se debe considerar tanto el valor expuesto del activo (saldo de la obligación o valor neto del activo), en el momento del incumplimiento, como la tasa de recuperación del valor del activo una vez se ha materializado el incumplimiento, la cual debe contemplar las recuperaciones efectivas que se han realizado sobre estos incumplimientos en los últimos 3 años (una vez la entidad cumpla con esa antigüedad) y la existencia e idoneidad de las garantías, si las hubiese.

Para estimar la probabilidad de que el deudor/contraparte no cumpla con sus obligaciones en los términos acordados, se recomienda que la entidad tenga en cuenta como mínimo los siguientes aspectos:

i) En el caso de los deudores/cuentas por cobrar y sujeto a la disponibilidad de la información necesaria para su construcción:

Análisis históricos de las cuentas por cobrar de cada deudor, según plazos y cumplimiento de pago.

La calidad del deudor y el plazo de la cartera (a mayor concentración de las deudas de mayor plazo, mayor el riesgo asociado al deudor).

Estimar las posibles pérdidas que resulten de incumplimientos de pago frente a prestaciones realizadas u obligaciones generadas, las cuales involucran entre otros elementos, la evaluación de deterioros o posteriores valoraciones de acuerdo con las políticas contables que sobre los instrumentos financieros haya escogido la entidad, específicamente en las cuentas por cobrar.

ii. En el caso de los instrumentos financieros, se recomienda que la entidad:

Clasifique la seguridad del activo con fundamento en la calificación de crédito emitida por agencias calificadoras de riesgo, tanto para el activo de renta fija como para el emisor, ya que estas calificaciones reflejan las probabilidades de incumplimiento de los activos en cada categoría de calificación.

Asigne factores de riesgo en función de las probabilidades de incumplimiento para cada categoría de seguridad del activo. De no disponer de estudios propios que evalúen estas probabilidades de incumplimiento para los diferentes emisores y tipos de instrumentos financieros, se puede tomar como referencia los ponderadores que se mencionan en el Decreto 2954 de 2010 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, o sus modificatorias, por el cual se modificó el Decreto [2555](#) de 2010, y establece el régimen de patrimonio adecuado para las entidades aseguradoras.

3.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo de Crédito

La ADRES deberá contemplar, dentro de este Subsistema de Administración y Gestión de Riesgos, mecanismos de tratamiento y control del riesgo de crédito, los cuales deben ser aplicados de forma continua. Su frecuencia y criterios de calificación deberán definirse de acuerdo con las políticas de gestión del riesgo que esté dispuesto a asumir la Entidad.

Se consideran buenas prácticas de gestión para el tratamiento y control del riesgo de crédito las siguientes acciones, las cuales por su naturaleza deberán ser refrendadas en los aspectos específicos de la política de gestión del riesgo de crédito de la entidad.

3.1.3.1. Límites de exposición crediticia y de pérdida tolerada

Las políticas de gestión del riesgo deben establecer lineamientos para la fijación de niveles y límites de exposición (iniciales y potenciales), de los créditos totales, individuales y por portafolios de inversión, así como de los límites de concentración por deudor, sector o grupo económico. Asimismo, para establecer porcentajes máximos de tenencia de activos de la categoría más riesgosa y mínimos de los activos de máxima seguridad.

3.1.3.2. Posibles Pérdidas Contingentes

Las posibles pérdidas contingentes derivadas del riesgo de crédito corresponden a la estimación del nivel de incumplimientos de las obligaciones por parte de sus deudores. En este sentido, se recomienda como medida prudencial que la entidad realice un proceso de estimación de estas posibles pérdidas mediante metodologías internas y acorde con las políticas de gestión del riesgo de crédito aprobadas. Se hace énfasis en que las posibles pérdidas contingentes son una forma de medir los riesgos asumidos para poder gestionarlas y buscar las acciones necesarias para mitigarlo, mas no implica constitución de reservas, o requerimientos de capital adicional.

3.1.3.3. Recuperación de cartera

La ADRES debe establecer políticas y procedimientos que les permitan tomar medidas oportunamente para enfrentar incumplimientos con el objeto de minimizar las pérdidas. El diseño debe partir como mínimo de la base histórica de recuperaciones y las variables críticas que determinen la minimización de las pérdidas, o castigos a la cartera. La información sobre los resultados de estas políticas debe ser almacenada como insumo para el afinamiento de los modelos desarrollados para el seguimiento y estimación de pérdidas, así como para alimentar las proyecciones de flujos de caja que permiten gestionar a su vez, el riesgo de liquidez.

3.2. Sistemas de Deterioro

Como resguardo ante la eventual materialización del riesgo de crédito, la entidad deberá contar con un sistema de deterioro como política contable calculado en función de la pérdida esperada.

4. GESTIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ

El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad de que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente), como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).

Como consecuencia de las actividades y operaciones diarias, ADRES se ve expuesta a este riesgo. En particular, la mitigación de riesgo de liquidez está correlacionada con las siguientes prácticas:

- a) Una adecuada recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito).
- b) Una adecuada modelación y monitoreo a las volatilidades del mercado financiero (gestión de riesgo de mercado).

c) Una adecuada modelación y gestión de los flujos por parte de la ADRES de los recursos destinados a salud provenientes del Presupuesto General de la Nación.

La materialización del riesgo de liquidez genera la dilatación o incumplimiento de los pagos a los prestadores de servicios de salud, proveedores y demás acreedores.

Con el objetivo de evitar que las situaciones antes descritas se materialicen, la ADRES debe desarrollar e implementar un Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez, que le permita identificar, medir, controlar y monitorear eficazmente este riesgo. Este Subsistema de Administración le debe permitir tomar decisiones oportunas para mitigar este riesgo.

4.1. Ciclo de gestión de Riesgo de Liquidez

Para la gestión de este riesgo inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez que implemente la entidad, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

4.1.1. Identificación del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a la entidad definir e identificar el riesgo de liquidez al que está expuesta la ADRES en función de los flujos de ingresos y egresos de efectivo y equivalentes de efectivo, de acuerdo con las operaciones autorizadas.

Para realizar la identificación y cuantificación del riesgo de liquidez la entidad debe disponer de la mejor información para efectos de realizar las proyecciones de todos los flujos netos de activos y pasivos, o de ingresos y egresos, y debe contar como mínimo con lo siguiente para poder analizar los posibles descálces:

i. Activos

a) Identificar los activos considerados como líquidos (aquellos que proveen a la Entidad de liquidez inmediata). Se recomienda incluir dentro de estos como mínimo, el disponible que esté consignado en bancos y/o inversiones en Fondos de Inversión Colectiva (FIC), en las siguientes modalidades: cuenta corriente, cuenta de ahorros (cuenta maestra de recaudo), FIC abiertos, del mercado monetario y cualquier otro tipo de encargo fiduciario, o fondo de inversión, fideicomiso, fondos de inversión colectiva de inmobiliarios y fondos de capital privado que no tengan restricciones para el retiro inmediato de recursos (sin pacto de permanencia). Asimismo, se deben identificar todas las inversiones en títulos o valores sean de renta fija, o renta variable emitidos por entidades nacionales o extranjeras, públicas o privadas, que considere de fácil realización (activos que forman parte del portafolio de inversiones de la entidad y que no tengan ninguna restricción de movilidad ni que estén sujetos a algún tipo de gravamen, medida preventiva o de cualquier naturaleza, que impida su libre cesión o transferencia).

b) Identificar los recursos y plazos de recuperación de cartera (cuentas por cobrar). Tener en cuenta el comportamiento histórico de cartera vencida para aplicar factores de descuento o de castigo, en los casos que considere necesario para obtener una aproximación mucho más cercana a la realidad.

c) Proyectar cualquier movimiento de entradas futuras de efectivo por cualquier concepto, entre

los cuales puede estar el portafolio de inversiones: vencimiento de títulos de renta fija, o de operaciones, cobro de cupones, rendimientos de un CDT, dividendos en efectivo, entre otros flujos que se esperan recibir.

ii. Pasivos

- a) Identificar las cuentas por pagar bajo cualquier concepto.
- b) Proyectar cualquier movimiento de salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto, entre los cuales pueden presentarse por la emisión de instrumentos financieros.

4.1.2. Evaluación y Medición del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a la ADRES cuantificar el nivel mínimo diario de efectivo, o equivalentes de efectivo requerido, en moneda nacional o extranjera, de acuerdo con la normatividad vigente, que le permita cumplir de manera oportuna con sus obligaciones de pago.

Es decir, que la entidad debe estar en capacidad de medir y proyectar los flujos de caja de sus activos y pasivos, en diferentes horizontes de tiempo, tanto en un escenario en condiciones normales como en un escenario de crisis bajo hipótesis razonables (stress testing), en el que los flujos de caja se alejan significativamente de lo esperado, por efecto de cambios imprevistos en el entorno de los mercados, de la entidad, o de ambos, y de esta manera, poder calcular sus necesidades de liquidez.

Para la medición del riesgo de liquidez se requiere que la entidad aplique un “test de liquidez”, periódicamente con el fin de identificar potenciales necesidades de liquidez o recursos líquidos para cubrir sus flujos de pago y las causas de potenciales situaciones de iliquidez. Uno de los principales objetivos de este test es que la entidad mejore sus estimaciones conforme lo aplique frecuentemente y pueda prevenir potenciales situaciones adversas. Si bien algunos ingresos y/o egresos son más predecibles que otros, se busca que las estimaciones vayan mejorando a medida que estas se realizan y que con fundamento en las proyecciones de egresos se identifiquen los activos necesarios, o recursos adicionales para poder cubrir estas estimaciones, de acuerdo con unos niveles de tolerancia de riesgo definidos.

Para estructurar el test de liquidez se usa la información de los flujos de efectivo tanto de ingresos como de egresos, de acuerdo con los diferentes tipos de obligaciones y acreencias proyectándolos en un horizonte de tiempo de por lo menos tres (3) meses. Los periodos de proyección se pueden construir de forma diaria, semanal, mensual e incluso trimestral.

La proyección de ingresos y egresos estará basada en la mejor información disponible con la que cuente la entidad, y de acuerdo con supuestos y estimaciones propias, los cuales en todo caso deben ser explicitados y justificados técnicamente por la entidad. Para efectos de la determinación del riesgo inherente de liquidez, la entidad deberá establecer el superávit o déficit de liquidez, que corresponderá a la diferencia entre el monto total de ingresos y egresos de efectivo proyectados. Este monto se utilizará para el cálculo del indicador de liquidez.

Las técnicas de modelación deben abordar como mínimo los siguientes elementos críticos:

- a) Identificación y caracterización de los conceptos de ingresos y egresos más volátiles.
- b) Identificación y caracterización de los recursos líquidos para cubrir las necesidades de

liquidez, teniendo en cuenta factores de descuento cuando se considere necesario.

La entidad deberá, por último, identificar descalces en distintos horizontes de tiempo y realizar un análisis de la liquidez, que le permitan crear señales de alerta temprana y establecer límites encaminados a evitar la materialización de riesgos asociados como el Riesgo de Crédito y Mercado.

4.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo de liquidez al que se ve expuesta en las actividades propias de la entidad.

Estos controles, deberán guardar relación de acuerdo con el volumen y a la complejidad de la operación desarrollada y deberán estar aprobados y ser de conocimiento verificable por la Junta Directiva de la entidad.

Adicionalmente, debe permitir a la entidad realizar seguimiento continuo de su exposición al riesgo de liquidez mediante las alertas tempranas, los límites de exposición y los indicadores de liquidez que la entidad haya elaborado, con el fin de monitorear y realizar los controles adecuadamente y a tiempo para evitar que el riesgo de liquidez pueda llegar a materializarse e impactar negativamente en los objetivos de la entidad.

Dicho seguimiento debe permitir la elaboración de reportes gerenciales y de monitoreo del riesgo de liquidez que evalúe los resultados de las estrategias de la entidad e incluyan el resumen de las posiciones que contribuyen significativamente a dicho riesgo.

A su vez, se deben establecer límites para mantener un nivel mínimo de activos líquidos, que estén acordes con el volumen de operaciones y tamaño de la entidad y sus necesidades de liquidez bajo condiciones normales del negocio y márgenes adicionales de liquidez para enfrentar situaciones de estrés.

Asimismo, la entidad deberá incluir mediciones de escenarios extremos (stress testing y de back testing), como medios para verificar la precisión de las proyecciones obtenidas a través de los test y hacerlos parte del mismo para hacer ajustes posteriores.

Para mejorar la capacidad técnico-administrativa, el flujo de recursos y la calidad y disponibilidad de información necesaria para diseñar el flujo de efectivo se requiere como mínimo:

- a) Sistema de información que permita la identificación del recaudo de los ingresos de la ADRES acorde con los diferentes rubros.
- b) Sistema de información que permita la identificación y programación de los egresos de la ADRES.
- c) Implementación de procesos orientados a garantizar el pago oportuno de las obligaciones de la ADRES.

5. GESTIÓN DEL RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES

El Riesgo de Mercado de Capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas

de un incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida en el valor de sus activos, por causa de las variaciones en las tasas de interés, en la tasa de cambio o cualquier otro parámetro de referencia que afecte cualquier elemento de los estados financieros de la Entidad.

La adopción del Subsistema de Administración de Riesgo de Mercado de Capitales debe cumplir como mínimo con lo siguiente:

5.1. Ciclo general de gestión de Riesgos de Mercado de Capitales

Para la gestión de este riesgo inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Mercado de Capitales que implemente la entidad, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

5.1.1. Identificación del Riesgo de Mercado de Capitales

El Subsistema debe permitir a la entidad definir e identificar la exposición al riesgo de mercado de acuerdo con las siguientes acciones como mínimo:

- i. Definir los factores de riesgo que generan exposición a este riesgo. Como mínimo la entidad debe considerar las tasas de interés, el precio de las acciones, el precio de bienes inmuebles y la tasa de cambio.
- ii. Identificar los activos expuestos a la volatilidad de estas variables, como mínimo:
 - a) Respecto a los activos expuestos a la tasa de interés (instrumentos de renta fija principalmente), considerar al menos los siguientes: bonos ordinarios, bonos subordinados, bonos opcionalmente convertibles en acciones, bonos obligatoriamente convertibles en acciones, Certificados de Depósito a Término (CDT), Títulos de Deuda Pública (TES), bonos de capitalización, y demás inversiones que estén expuestos a este factor de riesgo, ya sea que estén inscritos o no en la Bolsa de Valores de Colombia (BVC).
 - b) Al considerar los activos expuestos al precio de las acciones (instrumentos de renta variable), por lo menos tener en cuenta acciones ordinarias, acciones preferenciales y demás inversiones que estén expuestos a este factor de riesgo, ya sea que estén inscritos o no en la BVC.
 - c) Entre los activos no monetarios que estarían expuestos a la variabilidad en el precio de los bienes inmuebles, contemplar los terrenos, así como las construcciones y edificaciones de la entidad.
 - d) Por último, considerar los activos y pasivos denominados en moneda extranjera a efectos de abordar la volatilidad de la tasa de cambio.

5.1.2. Evaluación y Medición del Riesgo de Mercado de Capitales

El Subsistema de Administración del Riesgo de Mercado de Capitales debe permitir a la ADRES medir y cuantificar las posibles pérdidas esperadas derivadas de la exposición a este riesgo en particular. Para esta etapa del ciclo, la entidad debe tener como mínimo:

- a) Detallar la correspondiente valoración de los activos y pasivos (el precio o valor de mercado),

expuestos a los factores de riesgos identificados por la entidad y mencionados en el numeral anterior como mínimo, aplicando de manera adecuada las mediciones, reconocimiento, presentación y revelación en aplicación del respectivo marco técnico normativo de información financiera y contable.

b) Escoger y aplicar una metodología para valorar la exposición de cada factor de riesgo ante el riesgo de mercado, analizando de manera independiente las variaciones en la tasa de interés, tasa de cambio, precio de las acciones y precio de bienes inmuebles, como mínimo;

c) La entidad debe escoger la metodología que considere más apropiada para la medición, en función de la información disponible, el personal encargado de la estimación y las políticas establecidas por la entidad en la gestión de este riesgo. Para ello, se recomienda analizar la información histórica de las variables que generan exposición al riesgo de mercado para un periodo de observación efectivo de por lo menos un (1) año;

d) Entre los posibles métodos de cálculo se encuentran: métodos paramétricos o no paramétricos tales como el Valor en Riesgo (VaR), simulaciones de Montecarlo, simulaciones históricas, entre otros;

e) Calcular las posibles pérdidas contingentes, determinando su grado de correspondencia con los niveles de riesgo asumidos por la ADRES para cada uno de los factores de riesgo del mercado de capitales (tasa de interés, tasa de cambio, precio de las acciones y precio de bienes inmuebles, como mínimo). Se hace énfasis en que las pérdidas contingentes son una forma de medir los riesgos asumidos para poder gestionarlas y buscar las acciones necesarias para mitigarlo, más no implica constitución de reservas o requerimientos de capital adicional;

f) Consolidar las posibles pérdidas contingentes por los diferentes factores de riesgo del mercado de capitales aplicando la correlación entre los mismos. De no disponer de información propia que le permita cuantificar esta correlación, podrá utilizar los coeficientes de correlación propuestos por la literatura internacional, las disposiciones de Basilea, lo normado por la Superintendencia Financiera de Colombia, entre otras.

5.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo de Mercado de Capitales

El Subsistema de Administración del Riesgo de Mercado de Capitales debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo de mercado de capitales al que se ve expuesta en el desarrollo de sus operaciones. Esta etapa debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

a) Contar con un modelo de seguimiento de riesgo de mercado de capitales donde se identifiquen los criterios utilizados para calcular los niveles de exposición al riesgo, los factores de riesgo, la periodicidad de evaluación y las fuentes de información. Debe haber correspondencia entre el modelo y las características particulares de cada entidad, teniendo en cuenta el grado de complejidad y el volumen de las operaciones expuestas a este riesgo;

b) El modelo debe estar en la capacidad de realizar mediciones que incorporen escenarios extremos (stress testing) en los diferentes factores de riesgo. Asimismo, cuando se presenten cambios estructurales en las variables que generan exposición a este riesgo, el modelo debe considerar estos movimientos en los factores de riesgo. Un ejemplo que se puede usar como referencia es el que se contempla en el Sistema de Administración de Riesgo de Mercado (SARM) de la Superintendencia Financiera de Colombia;

c) Permitir el control de los niveles de exposición a los diferentes factores de riesgo de mercado de capitales y especificar los límites máximos de exposición permitidos por la Entidad y los planes de contingencia para los casos en los que se superen dichos límites.

d) Realizar pruebas de desempeño (back testing) del modelo interno para determinar la consistencia, precisión y confiabilidad del cálculo de las pérdidas inesperadas.

Estos controles, deben corresponder a la complejidad de la operación y las características particulares de cada Entidad y deben estar aprobados por la Junta Directiva o quien haga sus veces.

D. SUPERVISIÓN SNS

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) podrá solicitar información con el fin de evaluar la idoneidad de las políticas de gestión de los riesgos; en este sentido, la entidad deberá tener a disposición toda la información relacionada, incluyendo los documentos de políticas, procedimientos, manuales, instrumentos e indicadores de seguimiento, entre otros, que plasmen el diseño y ejecución para cada uno los Subsistemas de Administración de Riesgos, como mínimo.

Asimismo, la SNS podrá evaluar integralmente la aplicación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y, en particular, en lo relacionado con los Subsistemas de Administración de los Riesgos y los diferentes cálculos de las pérdidas probables o esperadas para cada uno de los riesgos.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular 6 de 2018, 'por la cual se hacen modificaciones a la Circular 047 de 2007 en lo relacionado con el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos, y reporte de información', publicada en el Diario Oficial No. 50.674 de 3 de agosto de 2018.
- Título VI modificado por la Circular 49 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 49 de 2008:

Título VI

Fondo de Solidaridad y Garantía

El Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos, con la estructura y características establecida en los anexos técnicos de la presente Circular la información que a continuación se detalla.

Dicha información debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable.

En materia de Régimen Contributivo, información de:

1. Afiliados al Régimen Contributivo.
2. Afiliados al Régimen Subsidiado.

3. Información de giros de la subcuenta de solidaridad para cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado.
4. Cuentas autorizadas y canceladas por las entidades obligadas a compensar.
5. Costos por recaudo de cotizaciones y rendimientos financieros.
6. Resultados de la compensación por período de compensación causado.
7. Resultados de la Compensación por período de compensación según fecha de presentación.
8. Saldos no compensados.
9. Reintegro por fallecidos, multiafiliados, multicompensados y cédulas inconsistentes.
10. Giros directos pendientes de legalización.
11. Certificaciones de declaraciones recibidas en el mes anterior.
12. Glosas de cotizantes y beneficiarios.
13. Análisis del estado de trámite de recobros medicamentos NO POS y tutelas.
14. Reclamaciones SOAT menores o iguales a $\frac{1}{4}$ del salario mínimo legal mensual vigente (smlmv) y mayores a $\frac{1}{4}$ del salario mínimo legal mensual vigente (smlmv).
15. Información sobre recaudos del Fosyga por concepto de aportes del SOAT, Cajas de Compensación Familiar que no administran Régimen Subsidiado, Indumil y regímenes de excepción.
16. Información sobre presupuesto de ingresos y gastos Subcuentas del Fosyga.
17. Contratos validados activos.
18. Cantidad de afiliados.
19. Información para el giro directo de recurso Fosyga.
20. Glosas.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

TÍTULO VI.

La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma mensual con fecha de corte el último día de cada mes y con fecha límite de entrega el último día calendario del mes siguiente a la fecha de corte.

Los archivos que se envíen deben cumplir totalmente con la estructura y características que se describen en este anexo técnico.

El Consorcio Fiduciario del Fosyga remitirá información sobre:

-- Afiliados al régimen contributivo

- Afiliados al régimen subsidiado
- Recaudo, compensación por período de compensación causado y fecha de compensación
- Reintegro por fallecidos, multiafiliados, multicompensados, cédulas inconsistentes
- Giros directos pendientes de legalización
- Glosas de cotizantes y beneficiarios.

En materia de régimen subsidiado, información de:

1. Giros de la subcuenta de solidaridad
2. Contratos de régimen subsidiado
3. Giros realizados del Fosyga, por cada municipio, departamento y EPS del régimen subsidiado y para todas las modalidades de contratación.

También remitirá información sobre:

Recobros de medicamentos no POS y tutelas

Análisis del estado de trámite de recobros, y reclamaciones SOAT ante la subcuenta ECAT, menores o iguales a $\frac{1}{4}$ SMLMV y mayores a $\frac{1}{4}$ de SMLMV

Análisis de glosas.

Información sobre recaudos del Fosyga

Por concepto de aportes del SOAT

Cajas de Compensación Familiar que no administran régimen subsidiado

INDUMIL

Regímenes de Excepción.

Información gestión financiera de la subcuenta de solidaridad, sobre presupuesto de ingresos y gastos de las subcuentas del Fosyga, que igualmente, se hará de conformidad con lo establecido en el anexo técnico de la presente circular única.

TITULO VII.

PROTECCION DE LOS USUARIOS Y LA PARTICIPACION CIUDADANA.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

CAPITULO I.

PROTECCIÓN AL USUARIO.

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.
- Inciso numeral 2.3 modificado por la Circular 52 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.
- Caítulo modificado parcialmente por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto con las modificaciones introducidas por la Circular 49 de 2008 y 52 de 2008:

CAPITULO I.

PROTECCIÓN AL USUARIO.

La Superintendencia Nacional de Salud considera de vital importancia instruir a las entidades sujetas de inspección, vigilancia y control cuyas funciones están orientadas a la administración de planes de beneficios en salud y a la prestación de los servicios de salud, sobre el trámite que debe seguirse para garantizar el acceso de la población colombiana a los servicios de salud y a los medicamentos.

Por ello, es fundamental recordar que la salud en Colombia goza del amparo constitucional y legal y que en tal sentido, la función de la Superintendencia como rectora del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, es velar por la defensa y la protección de los usuarios de la salud.

Con base en ello, requerimos a los actores vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud, el deber y la obligación de atender con objetividad, ética y profesionalismo los servicios que tienen los usuarios en el Sector Salud, los cuales están soportados principalmente en los principios de universalidad, equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía institucional, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de lo señalado en la Ley [100](#) de 1993, la Ley [1122](#) de 2007, el Decreto 1018 de 2007 y las normas propias de cada uno de los regímenes exceptuados y especiales principalmente en las Leyes [91](#) de 1989, 352 de 1997 y 647 de 2001 y el Decreto 1795 de 2000, insta a los actores del Sistema General Sector Salud al cumplimiento de la normatividad existente relacionada con la protección al usuario en salud, porque de darse una actuación en contra de ley, esta entidad actuará con las facultades conferidas en la normatividad vigente.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Por lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, especialmente las relacionadas con la facultad de impartir instrucciones

y de fijar los criterios y señalar los procedimientos, considera necesario determinar algunas reglas fundamentales aplicables a la atención al usuario y la participación ciudadana.

Así, la Superintendencia Nacional de Salud, establece las siguientes instrucciones que deben cumplir los sujetos vigilados para propender por la protección de los derechos de los usuarios.

1. TRATO DIGNO A LOS USUARIOS.

Es obligación de todos los funcionarios y/o trabajadores de las entidades vigiladas que manejan los trámites administrativos y/o asistenciales del Plan de Salud, ofrecer un trato digno a los usuarios que acudan a solicitar servicios ante la respectiva entidad vigilada.

Dicho trato debe cumplir por lo menos con los siguientes criterios:

1.1. Una administración caracterizada por ser ágil, oportuna, eficaz, eficiente y sensible a las necesidades de los usuarios o clientes externos.

1.2. La atención al usuario se debe caracterizar por solucionar de fondo los requerimientos de atención en salud, ya sea prestándolos directamente o brindando soluciones alternativas de acceso al servicio requerido, lo cual tiene como finalidad única la satisfacción a cabalidad de la necesidad planteada por el usuario.

1.3. <Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> En el trato al usuario, se aplica prioritariamente la valoración al individuo, el respeto, la cordialidad, la orientación y comunicación permanente y el trato humanizado en general. Es necesario advertir que por mandato constitucional y legal, se debe brindar atención preferencial a los niños, niñas y adolescentes y al adulto mayor.

1.4. <Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los principios y derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política y las normas legales vigentes.

1.5. <Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Capacitar en forma permanente sobre el tema de trato digno a aquellos funcionarios encargados y responsables de la atención a los usuarios.

2. ATENCIÓN AL USUARIO.

Es deber de todas las entidades brindar atención integral al usuario de la salud y esta, debe entenderse como un proceso integral en el que es requisito fundamental adoptar pro

cedimientos, mecanismos, medios, instrumentos y canales para que esa atención cumpla con los principios de objetividad y buen trato.

En tal sentido, las administradoras de planes de beneficios en salud y las instituciones de prestadoras de servicios de salud, deberán implementar y desarrollar parámetros para el buen funcionamiento de este proceso.

Por lo anterior, es necesario que se adopten las siguientes medidas:

2.1. OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO.

Todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y prestadoras del servicio de salud, deben tener una oficina de atención al usuario de manera personalizada, ubicada en sitio de fácil acceso y dotada de las herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento. Su horario de atención deberá ser acorde a las necesidades de los usuarios, y dichas oficinas deben contar con una línea gratuita nacional 018000 las veinticuatro (24) horas de los siete (7) días de la semana.

<Inciso adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> De igual forma, las entidades deberán tener una ventanilla preferencial para la atención de las personas mayores de 62 años, de acuerdo con lo establecido en la Ley [1171](#) de 2007. Asimismo, se deben adoptar medidas especiales para la atención de personas discapacitadas.

Las funciones que se le asignen al personal que labore en las Oficinas de Atención al Usuario, deben ser claras y expresas, señaladas en un manual de procesos y procedimientos.

El perfil del personal asignado a esta dependencia, debe reunir los requisitos de idoneidad acorde con las funciones que va a desempeñar, y con sentido de pertenencia a la institución y con las labores asignadas.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Corresponde a cada entidad de salud, facilitar a la Oficina de Atención al Usuario, los medios idóneos y tecnológicos para que se asista y atienda al usuario con prontitud, agilidad, eficiencia y eficacia.

De igual forma, es necesario que la entidad diseñe e implemente canales de comunicación y de acceso a la información, fácil y ágil, por parte del usuario. Así mismo, debe tener un mecanismo apropiado para la radicación de los Derechos de Petición que presenten los interesados.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Es deber y obligación del funcionario responsable de la Oficina de Atención al Usuario, atenderlo, orientarlo y si es del caso acompañar y gestionar su solicitud, la cual podrá presentar de manera escrita, personalizada, telefónica, página “web” o por cualquier otro medio que adecue la entidad para recibir las peticiones instauradas.

En caso que se presente una petición y la decisión de la administración sea contraria, la negación debe sujetarse al formato de negación de servicios y ser efectuada exclusivamente a través de profesionales de la salud, ampliamente capacitados para ello.

Su principal misión en este sentido, será brindar información veraz, oportuna, de calidad, garantizando siempre que no se obstaculice el tratamiento o servicio del afiliado y, en consecuencia, debe asegurarse que la salud y la vida del usuario no presente riesgo en ningún momento a causa de la negación.

Por lo anterior, es necesario reiterar que cada caso debe analizarse de forma individual y es obligación de los vigilados a quien se dirige esta instrucción, prestar eficientemente el servicio y ejercer las acciones pertinentes para el cobro correspondiente, ante quien sea responsable del pago.

Así las cosas, y con el fin que los aspectos señalados en los acápites precedentes sean cumplidos en forma estricta, es preciso que los vigilados diligencien el formato de negación

de servicios de salud y/o medicamentos (SNS-FNSSM) que se encuentra en el anexo técnico de esta circular, haciendo claridad que el mismo no podrá ser modificado.

El formato se tramitará, mínimo con una copia, la cual deberá ser entregada al usuario o a la persona que adelanta la solicitud del medicamento o servicio, dejando en todo caso constancia de recibo por el afectado, así como el trámite dado. Adicionalmente, es indispensable que en las carteleras de los puntos de atención de usuarios, se publique copia ampliada del formato.

Se reitera, entonces, que los sujetos destinatarios de esta instrucción deberán seguir estrictamente los parámetros aquí señalados tanto en forma verbal como por escrito, frente a los usuarios a los que se les niega la atención o el suministro de medicamentos, así:

– Ante la solicitud del servicio o medicamento, la entidad deberá, de forma inmediata explicar al usuario o persona a cargo del mismo, las razones por las cuales no tiene derecho a acceder al servicio solicitado y de la misma manera le deberá indicar todas las alternativas de que disponen (incluido el Comité Técnico Científico) para acceder al servicio o medicamento no autorizado, garantizando el acompañamiento por parte de la aseguradora o IPS que realiza la negación.

– Se deberá ilustrar detalladamente al afiliado sobre la posibilidad de elevar su petición ante la oficina de atención al usuario de la propia entidad aseguradora o prestadora del servicio y, si ella no es resuelta, a los organismos competentes, respetando siempre las instrucciones ya impartidas por este despacho, sobre trato digno.

– Una vez el afiliado ha sido informado de los aspectos antes señalados, deberá diligenciarse el formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos (SNS-F:NSSM), anexo a esta circular, en forma completa, clara, legible, expedita, al momento mismo de la solicitud.

En relación con el diligenciamiento del formato debe tenerse en cuenta:

1. Que contenga el número consecutivo interno que le asigne cada entidad, conforme a su organización administrativa.
2. La fecha de solicitud, la cual corresponde a aquella en la que el usuario requirió el servicio o medicamento y la de diligenciamiento (día, mes y año en que se tramite el documento).
3. El número de contrato es exclusivamente para las entidades que ofrecen planes adicionales de salud y que, por tanto, tienen un vínculo contractual con el usuario.
4. <Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La casilla de semanas cotizadas necesariamente debe diligenciarse incluyendo todas las semanas de cotización al Sistema, independiente de las que lleve cotizando a la entidad en la que se encuentra actualmente.
5. En el espacio destinado a las alternativas para que el usuario acceda al servicio solicitado, no se trata de hacer una relación preestablecida de opciones para que el afectado escoja, estas son producto del análisis individual del caso; dicho análisis debe ser realizado con el usuario y previo contacto con las entidades que asumirán la prestación, si esto fuere preciso.
6. El nombre y cargo del empleado que autoriza la negación del servicio o medicamento debe estar en letra clara y legible. Igualmente, el formato debe ser suscrito por el profesional de la

salud competente.

Una vez surtido el trámite aquí señalado se solicitará la firma del afectado o quien haga sus veces y se le entregará copia del documento.

La Superintendencia Nacional de Salud periódicamente podrá solicitar copia del formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos así como información del trámite surtido, por lo cual se requiere que la entidad vigilada conserve en archivo organizado estos antecedentes.

2.2. TRÁMITE DE PETICIONES.

La Constitución Política establece, en su artículo [23](#), el derecho de petición. Concordante con lo dispuesto en los artículos [5](#) y subsiguientes del Código Contencioso Administrativo, entonces, la Superintendencia Nacional de Salud clasifica el derecho de petición en: Reclamo, Queja, consulta, información y manifestación.

2.2.1. Reclamo: <Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Se entiende por reclamo la solicitud de investigación por una irregularidad cometida por alguno de los actores del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud o por el incumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley [100](#) de 1993 y sus normas complementarias, y las que la modifica, y que deba ser conocida por esta Superintendencia.

2.2.2. Queja: Se entiende por queja la inconformidad manifestada por un usuario frente a la actuación de un funcionario o trabajador de las entidades aseguradoras o prestadoras de los servicios de salud, por causa o con ocasión del ejercicio irregular de sus funciones.

2.2.3. Consulta: La petición que dirige un usuario para obtener un parecer, concepto, dictamen o consejo.

2.2.4. Información:

2.2.4.1. De carácter particular: cuando la solicitud se hace para el suministro de documentos personales y que son requeridos por el interesado.

2.2.4.2. De carácter general: cuando la petición es de interés para toda una comunidad.

2.3. Instrucciones

Con el fin de que las peticiones que se presenten se resuelvan de manera oportuna y eficiente, cada una de las entidades destinatarias de la presente instrucción debe establecer los mecanismos y procedimientos necesarios para mantener debidamente organizado el sistema de trámite de peticiones el cual, adicionalmente, debe servir de insumo para la elaboración del plan de mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Así mismo, el resultado de las peticiones presentadas contra cada entidad según los registros internos de esta Superintendencia, será tenido en cuenta para evaluar permanentemente a la entidad sobre la debida información a los usuarios y la adecuada prestación de servicios de salud.

Igualmente toda entidad que tramite las peticiones de los usuarios, empleará para su registro, conservación y control, un sistema de archivo que podrá organizarse a través de un formato de control que contenga como mínimo los siguientes aspectos:

- Fecha de recibo de la petición.
- El estado del trámite
- La codificación asignada por la entidad
- Nombre de la persona que firma la queja o reclamación
- Aspecto o tema principal que motivó la queja
- Lugar de origen de la petición
- Régimen (contributivo, subsidiado, vinculado, otro)
- Decisión.

Con el fin de que los usuarios estén debidamente enterados, las Entidades destinatarias de la presente circular, tienen la obligación de informarles ampliamente sobre la ubicación y dependencia que recepcionará y resolverá las peticiones por ellos presentadas.

Cuando una petición relacionada con la prestación del servicio de salud por parte de las entidades vigiladas, se reciba directamente por la Superintendencia Nacional de Salud, esta avocará su conocimiento y le dará traslado a la entidad respectiva para que dentro de los cinco (5) días siguientes a su recibo proceda a dar respuesta por escrito al peticionario o quejoso, enviando copia de la respuesta a la Superintendencia Nacional de Salud con fotocopia de los documentos entregados al peticionario si los hubiere, sin perjuicio que la entidad deba rendir las explicaciones pertinentes de acuerdo con lo establecido en la normatividad legal vigente.

La petición se entenderá incumplida o desatendida en caso de no recibirse copia de la respuesta o de recibirse incompleta o fuera de término. En este sentido debe entenderse que no hay respuesta en los eventos en los cuales la entidad implicada no remite una solución de fondo frente a las inquietudes planteadas por el usuario respectivo.

La respuesta y decisión de la entidad al peticionario deberá ir fechada y con la dirección correcta; ser completa, clara, precisa y contener la solución o aclaración de lo reclamado y los fundamentos legales, estatutarios o reglamentarios que la soporten. Además, deberá ir acompañada de copia de los documentos que, de acuerdo con las circunstancias, se estimen apropiados para respaldar las afirmaciones o conclusiones de la institución.

Tratándose de peticiones presentadas directamente a las entidades, estas asumirán la responsabilidad de tramitarlas y resolverlas de manera satisfactoria.

Sin embargo, la Superintendencia Nacional de Salud, podrá revisar la actuación de cualquier institución ante la cual haya sido presentada una petición y constatar si la misma fue resuelta en cumplimiento de las normas que regulan su actividad y bajo la observancia de los principios de la adecuada prestación de los servicios, de la información necesaria al usuario, de la eficacia, celeridad y oportunidad.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> En este sentido, es obligación de las entidades a quienes se dirige la presente instrucción adoptar los correspondientes sistemas de archivo que les permitan, de conformidad con los

requerimientos que periódicamente efectúe esta Entidad, suministrar la información pertinente a través de la cual se pondere la materialidad y frecuencia de las peticiones.

La presente instrucción requiere un especial compromiso por parte de sus destinatarios, ya que de su aplicación resultará el mejoramiento de la calidad del servicio, reducción de conflictos y satisfacción de los usuarios. No obstante esta Superintendencia estará atenta al estricto cumplimiento de la misma.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Finalmente, en toda comunicación que se dirija a un usuario en relación con una petición, se deberá incorporar la advertencia, en caracteres destacados, que frente a cualquier desacuerdo en la decisión adoptada por la entidad ante la cual se elevó la respectiva queja o petición, se puede elevar consulta ante la correspondiente Dirección de Salud, sea esta la Departamental, Distrital o Local, si es del Régimen Subsidiado. Para los demás regímenes se elevará ante la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de la competencia preferente que le corresponde a esta, como ente rector en materia de inspección, vigilancia y control.

2.3. ATENCIÓN TELEFÓNICA.

La calidad en la atención al usuario comprende actividades como la atención inicial de urgencia, la referencia y contrarreferencia, la atención de peticiones que hacen necesario un sistema eficiente y eficaz de información y atención al usuario.

Así mismo, se debe hacer particular énfasis en que los derechos fundamentales que deben garantizar los destinatarios de esta instrucción pueden estar amenazados en cualquier momento, sin distinción de hora o día, lo que hace que la atención al usuario deba ser permanente.

En virtud de lo expuesto, todas las entidades objeto de la presente instrucción deben disponer de atención telefónica para los usuarios las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> En desarrollo de lo anterior, para los propósitos mencionados en esta instrucción, con las características anteriores y con el fin de decidir de fondo las inquietudes y solicitudes de sus usuarios, todas las Entidades Administradoras y Prestadoras de Planes de Beneficios, deberán tener, al menos, un número telefónico local, uno gratuito regional y uno nacional, así como las Entidades Promotoras de Salud, las empresas que ofrezcan planes adicionales en salud y los servicios de ambulancia prepagada, deberán tener números locales en los departamentos donde tengan afiliados y un número gratuito nacional, los cuales deben ser publicitados a través de medios apropiados para el conocimiento de la comunidad en su respectiva jurisdicción.

<Inciso modificado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los números telefónicos que se tengan destinados a los fines de esta circular deberán ser reportados por las entidades a través de la página de la Superintendencia www.supersalud.gov.co, en el enlace que para tal fin se disponga, en los primeros diez días de los meses de enero, abril, julio y octubre, y sus modificaciones inmediatamente suceda el cambio.

Las entidades objeto de la presente instrucción deberán divulgar los números de atención telefónica a los usuarios y atender y resolver de fondo todas las llamadas que se hagan a estos

números.

La Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones verificará periódicamente el cumplimiento a lo señalado anteriormente y recibirá las inquietudes de los usuarios para comprobar el funcionamiento de este mecanismo.

2.4. RED INTERACTIVA.

Otro medio o canal que se debe implementar o fortalecer es el acceso de los usuarios a la entidad para presentar una petición a través de las páginas “Web”. A través de ella los usuarios podrán interponer sus peticiones y a las mismas se les debe dar el trámite correspondiente de acuerdo con las normas y los términos establecidos por la ley.

En todo caso, las entidades del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán adoptar e implementar todos los mecanismos posibles para facilitar el acceso a los usuarios y de igual forma se les deberá responder con objetividad, buen trato y profesionalismo.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

CAPITULO I.

PROTECCIÓN AL USUARIO.

La Superintendencia Nacional de Salud considera de vital importancia instruir a las entidades sujetas de inspección, vigilancia y control cuyas funciones están orientadas a la administración de planes de beneficios en salud y a la prestación de los servicios de salud, sobre el trámite que debe seguirse para garantizar el acceso de la población colombiana a los servicios de salud y a los medicamentos.

Por ello, es fundamental recordar que la salud en Colombia goza del amparo constitucional y legal y que en tal sentido, la función de la Superintendencia como rectora del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, es velar por la defensa y la protección de los usuarios de la salud.

Con base en ello, requerimos a los actores vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud, el deber y la obligación de atender con objetividad, ética y profesionalismo los servicios que tienen los usuarios en el Sector Salud, los cuales están soportados principalmente en los principios de universalidad, equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía institucional, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

La Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de lo señalado en la ley [100](#) de 1993, la Ley [1122](#) de 2007, el Decreto 1018 de 2007 y las normas propias de cada uno de los régimen exceptuados y especiales principalmente en las Leyes [91](#) de 1989, 352 de 1997 y 647 de 2001 y el Decreto 1795 de 2000, insta a los actores del Sector Salud al cumplimiento de la normatividad existente relacionada con la protección al usuario en salud, porque de darse una actuación en contra de ley, esta entidad actuará con las facultades conferidas en la normatividad vigente.

Por lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, especialmente las relacionadas con la facultad de impartir

instrucciones y de fijar los criterios y señalar los procedimientos, considera necesario determinar algunas reglas fundamentales aplicables a la atención al usuario.

Así, la Superintendencia Nacional de Salud, establece las siguientes instrucciones que deben cumplir los sujetos vigilados para propender por la protección de los derechos de los usuarios.

1. TRATO DIGNO A LOS USUARIOS.

Es obligación de todos los funcionarios y/o trabajadores de las entidades vigiladas que manejan los trámites administrativos y/o asistenciales del Plan de Salud, ofrecer un trato digno a los usuarios que acudan a solicitar servicios ante la respectiva entidad vigilada.

Dicho trato debe cumplir por lo menos con los siguientes criterios:

1.1. Una administración caracterizada por ser ágil, oportuna, eficaz, eficiente y sensible a las necesidades de los usuarios o clientes externos.

1.2. La atención al usuario se debe caracterizar por solucionar de fondo los requerimientos de atención en salud, ya sea prestándolos directamente o brindando soluciones alternativas de acceso al servicio requerido, lo cual tiene como finalidad única la satisfacción a cabalidad de la necesidad planteada por el usuario.

1.3 En el trato al usuario, se aplica prioritariamente la valoración al individuo, el respeto, la cordialidad, la orientación y comunicación permanente y el trato humanizado en general.

1.4 Servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los principios y derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política.

1.5 Capacitar en forma permanente a aquellos funcionarios encargados y responsables de la atención a los usuarios.

2. ATENCIÓN AL USUARIO.

Es deber de todas las entidades brindar atención integral al usuario de la salud y esta, debe entenderse como un proceso integral en el que es requisito fundamental adoptar pro

cedimientos, mecanismos, medios, instrumentos y canales para que esa atención cumpla con los principios de objetividad y buen trato.

En tal sentido, las administradoras de planes de beneficios en salud y las instituciones de prestadoras de servicios de salud, deberán implementar y desarrollar parámetros para el buen funcionamiento de este proceso.

Por lo anterior, es necesario que se adopten las siguientes medidas:

2.1. OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO.

Todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y prestadoras del servicio de salud, deben tener una oficina de atención al usuario de manera personalizada, ubicada en sitio de fácil acceso y dotada de las herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento. Su horario de atención deberá ser acorde a las necesidades de los usuarios, y dichas oficinas deben contar con una línea gratuita nacional

018000 las veinticuatro (24) horas de los siete (7) días de la semana.

Las funciones que se le asignen al personal que labore en las Oficinas de Atención al Usuario, deben ser claras y expresas, señaladas en un manual de procesos y procedimientos.

El perfil del personal asignado a esta dependencia, debe reunir los requisitos de idoneidad acorde con las funciones que va a desempeñar, y con sentido de pertenencia a la institución y con las labores asignadas.

Corresponde a cada entidad de salud, facilitar a la Oficina de Atención al Usuario, los medios idóneos para que se asista y atienda al usuario con prontitud, agilidad, eficiencia y eficacia.

De igual forma, es necesario que la entidad diseñe e implemente canales de comunicación y de acceso a la información, fácil y ágil, por parte del usuario. Así mismo, debe tener un mecanismo apropiado para la radicación de los Derechos de Petición que presenten los interesados.

Es deber y obligación del funcionario responsable de la Oficina de Atención al Usuario, atender al usuario, orientarlo y si es del caso acompañar y gestionar su solicitud, la cual podrá presentar de manera escrita, personalizada, telefónica, página “web” o por cualquier otro medio que adecue la entidad para recibir las peticiones instauradas.

En caso que se presente una petición y la decisión de la administración sea contraria, la negación debe sujetarse al formato de negación de servicios y ser efectuada exclusivamente a través de profesionales de la salud, ampliamente capacitados para ello.

Su principal misión en este sentido, será brindar información veraz, oportuna, de calidad, garantizando siempre que no se obstaculice el tratamiento o servicio del afiliado y, en consecuencia, debe asegurarse que la salud y la vida del usuario no presente riesgo en ningún momento a causa de la negación.

Por lo anterior, es necesario reiterar que cada caso debe analizarse de forma individual y es obligación de los vigilados a quien se dirige esta instrucción, prestar eficientemente el servicio y ejercer las acciones pertinentes para el cobro correspondiente, ante quien sea responsable del pago.

Así las cosas, y con el fin que los aspectos señalados en los acápites precedentes sean cumplidos en forma estricta, es preciso que los vigilados diligencien el formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos (SNS-FNSSM) que se encuentra en el anexo técnico de esta circular, haciendo claridad que el mismo no podrá ser modificado.

El formato se tramitará, mínimo con una copia, la cual deberá ser entregada al usuario o a la persona que adelanta la solicitud del medicamento o servicio, dejando en todo caso constancia de recibo por el afectado, así como el trámite dado. Adicionalmente, es indispensable que en las carteleras de los puntos de atención de usuarios, se publique copia ampliada del formato.

Se reitera, entonces, que los sujetos destinatarios de esta instrucción deberán seguir estrictamente los parámetros aquí señalados tanto en forma verbal como por escrito, frente a los usuarios a los que se les niega la atención o el suministro de medicamentos, así:

– Ante la solicitud del servicio o medicamento, la entidad deberá, de forma inmediata

explicar al usuario o persona a cargo del mismo, las razones por las cuales no tiene derecho a acceder al servicio solicitado y de la misma manera le deberá indicar todas las alternativas de que disponen (incluido el Comité Técnico Científico) para acceder al servicio o medicamento no autorizado, garantizando el acompañamiento por parte de la aseguradora o IPS que realiza la negación.

– Se deberá ilustrar detalladamente al afiliado sobre la posibilidad de elevar su petición ante la oficina de atención al usuario de la propia entidad aseguradora o prestadora del servicio y, si ella no es resuelta, a los organismos competentes, respetando siempre las instrucciones ya impartidas por este despacho, sobre trato digno.

– Una vez el afiliado ha sido informado de los aspectos antes señalados, deberá diligenciarse el formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos (SNS-F:NSSM), anexo a esta circular, en forma completa, clara, legible, expedita, al momento mismo de la solicitud.

En relación con el diligenciamiento del formato debe tenerse en cuenta:

1. Que contenga el número consecutivo interno que le asigne cada entidad, conforme a su organización administrativa.
2. La fecha de solicitud, la cual corresponde a aquella en la que el usuario requirió el servicio o medicamento y la de diligenciamiento (día, mes y año en que se tramite el documento).
3. El número de contrato es exclusivamente para las entidades que ofrecen planes adicionales de salud y que, por tanto, tienen un vínculo contractual con el usuario.

La casilla de semanas cotizadas necesariamente debe llenarse incluyendo todas las semanas de cotización al Sistema, independiente de las que lleve cotizando a la entidad en la que se encuentra actualmente.

5. En el espacio destinado a las alternativas para que el usuario acceda al servicio solicitado, no se trata de hacer una relación preestablecida de opciones para que el afectado escoja, estas son producto del análisis individual del caso; dicho análisis debe ser realizado con el usuario y previo contacto con las entidades que asumirán la prestación, si esto fuere preciso.

6. El nombre y cargo del empleado que autoriza la negación del servicio o medicamento debe estar en letra clara y legible. Igualmente, el formato debe ser suscrito por el profesional de la salud competente.

Una vez surtido el trámite aquí señalado se solicitará la firma del afectado o quien haga sus veces y se le entregará copia del documento.

La Superintendencia Nacional de Salud periódicamente podrá solicitar copia del formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos así como información del trámite surtido, por lo cual se requiere que la entidad vigilada conserve en archivo organizado estos antecedentes.

2.2. TRÁMITE DE PETICIONES.

La Constitución Política establece, en su artículo [23](#), el derecho de petición. Concordante con lo dispuesto en los artículos [5](#) y subsiguientes del Código Contencioso Administrativo, entonces, la Superintendencia Nacional de Salud clasifica el derecho de petición en:

Reclamo, Queja, consulta, información y manifestación.

2.2.1 Reclamo. Se entiende por reclamo la solicitud de investigación por una irregularidad cometida por alguno de los actores del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud o por el incumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley [100](#) de 1993 y sus normas complementarias, y que deba ser conocida por esta Superintendencia.

2.2.2. Queja: Se entiende por queja la inconformidad manifestada por un usuario frente a la actuación de un funcionario o trabajador de las entidades aseguradoras o prestadoras de los servicios de salud, por causa o con ocasión del ejercicio irregular de sus funciones.

2.2.3. Consulta: La petición que dirige un usuario para obtener un parecer, concepto, dictamen o consejo.

2.2.4. Información:

2.2.4.1. De carácter particular: cuando la solicitud se hace para el suministro de documentos personales y que son requeridos por el interesado.

2.2.4.2. De carácter general: cuando la petición es de interés para toda una comunidad.

2.3. Instrucciones

Con el fin de que las peticiones que se presenten se resuelvan de manera oportuna y eficiente, cada una de las entidades destinatarias de la presente instrucción debe establecer los mecanismos y procedimientos necesarios para mantener debidamente organizado el sistema de trámite de peticiones el cual, adicionalmente, debe servir de insumo para la elaboración del plan de mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Así mismo, el resultado de las peticiones presentadas contra cada entidad según los registros internos de esta Superintendencia, será tenido en cuenta para evaluar permanentemente a la entidad sobre la debida información a los usuarios y la adecuada prestación de servicios de salud.

Igualmente toda entidad que tramite las peticiones de los usuarios, empleará para su registro, conservación y control, un sistema de archivo que podrá organizarse a través de un formato de control que contenga como mínimo los siguientes aspectos:

- Fecha de recibo de la petición.
- El estado del trámite
- La codificación asignada por la entidad
- Nombre de la persona que firma la queja o reclamación
- Aspecto o tema principal que motivó la queja
- Lugar de origen de la petición
- Régimen (contributivo, subsidiado, vinculado, otro)
- Decisión.

Con el fin de que los usuarios estén debidamente enterados, las Entidades destinatarias de la presente circular, tienen la obligación de informarles ampliamente sobre la ubicación y

dependencia que recepcionará y resolverá las peticiones por ellos presentadas.

Cuando una petición relacionada con la prestación del servicio de salud por parte de las entidades vigiladas, se reciba directamente por la Superintendencia Nacional de Salud, esta avocará su conocimiento y le dará traslado a la entidad respectiva para que dentro de los cinco (5) días siguientes a su recibo proceda a dar respuesta por escrito al peticionario o quejoso, enviando copia de la respuesta a la Superintendencia Nacional de Salud con fotocopia de los documentos entregados al peticionario si los hubiere, sin perjuicio que la entidad deba rendir las explicaciones pertinentes de acuerdo con lo establecido en la normatividad legal vigente.

La petición se entenderá incumplida o desatendida en caso de no recibirse copia de la respuesta o de recibirse incompleta o fuera de término. En este sentido debe entenderse que no hay respuesta en los eventos en los cuales la entidad implicada no remite una solución de fondo frente a las inquietudes planteadas por el usuario respectivo.

La respuesta y decisión de la entidad al peticionario deberá ir fechada y con la dirección correcta; ser completa, clara, precisa y contener la solución o aclaración de lo reclamado y los fundamentos legales, estatutarios o reglamentarios que la soporten. Además, deberá ir acompañada de copia de los documentos que, de acuerdo con las circunstancias, se estimen apropiados para respaldar las afirmaciones o conclusiones de la institución.

Tratándose de peticiones presentadas directamente a las entidades, estas asumirán la responsabilidad de tramitarlas y resolverlas de manera satisfactoria.

Sin embargo, la Superintendencia Nacional de Salud, podrá revisar la actuación de cualquier institución ante la cual haya sido presentada una petición y constatar si la misma fue resuelta en cumplimiento de las normas que regulan su actividad y bajo la observancia de los principios de la adecuada prestación de los servicios, de la información necesaria al usuario, de la eficacia, celeridad y oportunidad.

En el sentido antes expuesto, es obligación de las entidades a quienes se dirige la presente instrucción adoptar los correspondientes sistemas de archivo que les permitan, de conformidad con los requerimientos que periódicamente efectúe este Despacho, suministrar la información pertinente a través de la cual se pondere la materialidad y frecuencia de las peticiones.

La presente instrucción requiere un especial compromiso por parte de sus destinatarios, ya que de su aplicación resultará el mejoramiento de la calidad del servicio, reducción de conflictos y satisfacción de los usuarios. No obstante esta Superintendencia estará atenta al estricto cumplimiento de la misma.

Finalmente, en toda comunicación que se dirija a un usuario en relación con una petición, se deberá incorporar la advertencia, en caracteres destacados, que frente a cualquier desacuerdo en la decisión adoptada por la entidad ante la cual se elevó la respectiva queja o petición, se puede elevar consulta ante la correspondiente Dirección de Salud, sea esta la Departamental, Distrital o Local, sin perjuicio de la competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, como autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control.

2.3. ATENCIÓN TELEFÓNICA.

La calidad en la atención al usuario comprende actividades como la atención inicial de urgencia, la referencia y contrarreferencia, la atención de peticiones que hacen necesario un sistema eficiente y eficaz de información y atención al usuario.

Así mismo, se debe hacer particular énfasis en que los derechos fundamentales que deben garantizar los destinatarios de esta instrucción pueden estar amenazados en cualquier momento, sin distinción de hora o día, lo que hace que la atención al usuario deba ser permanente.

En virtud de lo expuesto, todas las entidades objeto de la presente instrucción deben disponer de atención telefónica para los usuarios las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

En desarrollo de lo anterior, para los propósitos mencionados en esta instrucción, con las características anteriores y con el fin de decidir de fondo las inquietudes y solicitudes de sus usuarios, todas las Entidades Administradoras y Prestadoras de Planes de Beneficios, deberán tener, al menos, un número telefónico local, uno gratuito regional y uno nacional, así como las Entidades Promotoras de Salud, las empresas que ofrezcan planes adicionales en salud y los servicios de ambulancia prepagada, deberán tener números locales en los departamentos donde tengan afiliados y un número gratuito nacional.

Los números telefónicos que se tengan destinados a los fines de esta circular deberán ser reportados por las entidades objeto de la presente circular a la Superintendencia Nacional de Salud a través de su página web (www.supersalud.gov.co) en el enlace que para tal fin se disponga y sus modificaciones se reportarán, en las mismas condiciones, inmediatamente suceda el cambio.

Las entidades objeto de la presente instrucción deberán divulgar los números de atención telefónica a los usuarios y atender y resolver de fondo todas las llamadas que se hagan a estos números.

La Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones verificará periódicamente el cumplimiento a lo señalado anteriormente y recibirá las inquietudes de los usuarios para comprobar el funcionamiento de este mecanismo.

2.4. RED INTERACTIVA.

Otro medio o canal que se debe implementar o fortalecer es el acceso de los usuarios a la entidad para presentar una petición a través de las páginas “Web”. A través de ella los usuarios podrán interponer sus peticiones y a las mismas se les debe dar el trámite correspondiente de acuerdo con las normas y los términos establecidos por la ley.

En todo caso, las entidades del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán adoptar e implementar todos los mecanismos posibles para facilitar el acceso a los usuarios y de igual forma se les deberá responder con objetividad, buen trato y profesionalismo.

1. GENERALIDADES Y FUNDAMENTO. <Subnumeral modificado por la Circular 8 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

Si bien el carácter fundamental del derecho a la salud fue inicialmente reconocido en conexidad con la vida y la dignidad humana por vía jurisprudencial en sede de tutela por la Corte Constitucional. Fue solo hasta la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que este derecho adquirió autonomía como derecho fundamental o exigibilidad directa sin el reenvío a otros derechos, con lo cual se reitera el reconocimiento como derecho esencial e inalienable y, como tal, se hace necesario garantizar el acceso al mismo, no solo mediante la prestación del servicio asistencial, sino también desde el primer contacto, ya sea para obtener información u orientación, o para requerir la materialización de sus derechos frente a las entidades e instituciones responsables de garantizar tanto el acceso, como la efectiva prestación de los servicios. De esta manera, la atención al usuario constituye pilar fundamental del acceso a la salud.

Entre los principios y elementos de este derecho se destacan el de la accesibilidad en condiciones de igualdad y respetando las especificidades de los diversos grupos vulnerables, así como la no discriminación, la accesibilidad física, y el acceso a la información; de igual manera, el de la calidad e idoneidad profesional que implica que los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario; el de interculturalidad, y el de oportunidad⁽²⁾. En el mismo sentido merecen mención especial el principio pro homine, en virtud del cual las autoridades y demás actores del sistema de salud, tienen el deber de adoptar la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas⁽³⁾, el derecho que tienen las personas a acceder a los servicios y tecnologías de salud, que les garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad⁽⁴⁾ y su derecho a que no se les trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio⁽⁵⁾ atendiendo, además, a la prevalencia de derechos y el enfoque diferencial⁽⁶⁾.

Corresponde al Estado ejercer una adecuada inspección, vigilancia y velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población⁽⁷⁾.

Si bien la Ley [1122](#) de 2007 creó el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud⁽⁸⁾, la Ley [1438](#) de 2011 amplió las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud incluyendo entre sus sujetos vigilados a las entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de salud, las administradoras de riesgos laborales en sus actividades de salud, las pertenecientes al régimen de excepción de salud, las universidades en sus actividades de salud, las entidades, las entidades territoriales, entre otros⁽⁹⁾.

Aunado a lo anterior, el derecho de petición también tiene rango de derecho fundamental y en su desarrollo legal se contemplaron términos especiales para su resolución prioritaria cuando deban ser resueltas para evitar un perjuicio irremediable al peticionario, caso en el que, por su misma naturaleza, se enmarcan todas las peticiones relacionadas con servicios de salud ya sea para acceder a los mismos o en las etapas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o cuidados paliativos. Al respecto, puntualiza la norma⁽¹⁰⁾ que cuando por razones de salud o de seguridad personal esté en peligro inminente la vida o la integridad del destinatario de la petición, la autoridad debe adoptar de inmediato las medidas de urgencia necesarias para conjurar dicho peligro.

Por su parte el Decreto-ley [019](#) de 2012 y las normas que los desarrollan otorga plazos máximos para los trámites de salud⁽¹¹⁾, así como otras normas otorgan atención prioritaria a poblaciones vulnerables, como es el caso, por ejemplo, de las personas adultas mayores, los menores de edad,

las personas en condición de discapacidad y las madres gestantes.

Consecuente con lo anterior, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud impartir instrucciones para que todas las entidades e instituciones responsables del aseguramiento o quien haga sus veces y a los prestadores de servicios de salud, ofrezcan a sus usuarios un acceso acorde con sus características particulares, en condiciones dignas y de manera que se garantice la materialización de los citados derechos, principios y elementos, propios del Derecho Fundamental a la Salud, y aquellos que se agreguen la evolución fáctica, científica y/o normativa, dada la progresividad en la que se enmarca este derecho⁽¹²⁾.

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

2. TRATO DIGNO A LOS USUARIOS. <Subnumeral modificado por la Circular 8 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

Todas las personas que requieren servicios de salud se encuentran en un menor o mayor grado de vulnerabilidad y gozan del total amparo de este derecho fundamental. Es obligación de todos los funcionarios y/o trabajadores de las EAPB e IPS, que manejan los trámites administrativos y/o asistenciales de salud, ofrecer un trato digno a los usuarios que acudan a solicitar servicios ante la respectiva entidad vigilada, dicho trato debe cumplir como mínimo, con las siguientes características:

- a) Atención focalizada, ágil, oportuna, eficaz, eficiente y sensible a las necesidades de los usuarios.
- b) Solución de fondo a las solicitudes de atención en salud, ya sea prestadas directamente o a través de terceros, brindando soluciones alternativas de acceso al servicio requerido, para satisfacer íntegramente la necesidad planteada por el usuario.
- c) Dar un trato humanizado, con observancia del respeto, la cordialidad, la orientación y comunicación permanente. Brindar atención preferencial⁽¹³⁾, al adulto mayor, a los niños, niñas, a las personas en condición de discapacidad, a las mujeres gestantes y en general demás personas que, debido a sus condiciones particulares, requieran en un momento determinado atención especial como las personas en etapa de posoperatorio o evidente o manifiesto estado de debilidad.
- d) Capacitar por lo menos una vez al año a aquellos funcionarios encargados y responsables de la atención a los usuarios sobre el tema de trato digno, derechos y deberes de los usuarios en salud y garantizar que ningún trabajador ingresa al servicio de atención al usuario sin la debida capacitación e idoneidad. Las entidades deberán garantizar que el 100% de los funcionarios

encargados de la atención a los usuarios por los diferentes canales de atención, hayan recibido dicha capacitación.

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

3. SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO. <Subnumeral modificado por la Circular 8 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

Es deber de todas las entidades brindar atención integral al usuario de la salud y esta, debe entenderse como un proceso integral en el que es requisito fundamental adoptar procedimientos, mecanismos, medios, instrumentos y canales para que esa atención cumpla con los principios de objetividad y buen trato.

En tal sentido, tanto las EAPB como las IPS, deberán implementar y desarrollar parámetros para el buen funcionamiento de este proceso. Por lo cual, es necesario que se adopten las siguientes medidas.

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

3.1. OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO. <Subnumeral modificado por la Circular 8 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

Las EAPB e IPS, deben tener al menos una oficina de atención al usuario de manera personalizada en los departamentos donde opera y disponer del número de oficinas que se requieran para mantener condiciones de atención digna en los lugares donde cuente con afiliados.

Las Oficinas de Atención al Usuario deberán implementar las normas de calidad y accesibilidad vigentes⁽¹⁶⁾, y para ello contarán, por lo menos, con las siguientes características:

- a) Encontrarse ubicada en sitio de fácil acceso al público.

b) Debidamente identificada.

c) Infraestructura adecuada: Las Oficinas de Atención al Usuario deben garantizar un seguro y fácil desplazamiento de la población en general y el uso en forma confiable, eficiente y autónoma de los servicios instalados adoptando medidas de inclusión; para el efecto, deben contar con:

- Rampas y puertas de acceso que permitan el ingreso de personas en condiciones de movilidad reducida o en sillas de ruedas o coches.
- Señalética adecuada para personas en condición de discapacidad visual.
- Baño(s) público(s) debidamente dotados con lavamanos y elementos de aseo y accesibles a personas en condiciones de movilidad reducida.

En general, las oficinas deberán contar con las condiciones establecidas para el acceso a los edificios establecidos en la normatividad vigente.

d) Garantizar la protección del derecho a la intimidad: por la calidad íntima que tiene el derecho a la salud se debe garantizar que al momento de la atención se guarde la debida reserva y privacidad.

e) Dotación con las herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento. La cantidad de sillas deberá ser proporcional a la cantidad de usuarios que acuden a las instalaciones; con buena iluminación, ventilación y los elementos tecnológicos para el buen desarrollo de las funciones de los trabajadores a cargo de la atención personalizada de manera que no impongan cargas a los usuarios, como solicitudes de fotocopias, etc.

f) Control de tiempos de atención o turnos. Es necesario implementar un control de tiempos de atención o turnos que permita garantizar objetividad, prontitud, eficiencia, trato digno y focalizado, así como también, determinar las acciones de mejora en la atención. En ninguna circunstancia, se limitarán los números de turnos por jornada.

La evidencia de filas extensas o por fuera del horario habitual de atención en las oficinas de atención personalizada al usuario será indicio de limitación y obstaculización del acceso al sistema de salud y deberá ser objeto de observación permanente por las vigiladas para efectos de la materialización del trato digno.

g) Publicaciones. Se debe implementar un mecanismo mediante carteleras físicas y/o digitales donde se informe permanentemente a los usuarios de la sala de espera, sobre los siguientes temas:

- Derechos y deberes de los usuarios.
- Canales de atención y medios de acceso a los diferentes trámites ofrecidos por la vigilada.
- Ubicación y dependencia que recibirá y resolverá las peticiones por ellos presentadas.
- El derecho a que se entregue el formato de negación de servicios, si es del caso.
- Mecanismos de participación ciudadana.
- La demás información que el vigilado considere relevante.

h) Buzón de sugerencias. Debe contar con un mecanismo físico, telefónico y/o electrónico para recibir las sugerencias, felicitaciones y/o denuncias de los usuarios y establecer un procedimiento transparente de apertura y seguimiento de las mismas.

i) Horario de atención: El horario de atención debe ser acorde a las necesidades de los usuarios y el mismo debe publicarse en la página web y en la oficina en un lugar visible a la ciudadanía.

j) Atención preferencial. Debe establecerse un mecanismo de atención prioritaria, mediante ventanillas de uso exclusivo debidamente identificadas o mediante asignación de turno preferencial que permita la trazabilidad de la atención, para la población con derecho a atención preferencial como es la población adulta mayor, las madres gestantes, las personas en condición de discapacidad y quienes por condiciones de debilidad evidente o manifiesta así lo requieran, así como silletería identificada para esta población.

k) Manual de procesos: El manual de procesos y procedimientos debe contener las funciones claras y expresas del personal que labore en las Oficinas de Atención al Usuario y en general de quienes tengan la función de atender al ciudadano.

l) Idoneidad: El perfil del personal asignado a esta dependencia, debe reunir los requisitos de formación y experiencia acorde con las funciones que va a desempeñar.

Instrucciones específicas para las EAPB

Con relación a la idoneidad del personal, es necesario tener en cuenta la caracterización de los usuarios de las EAPB o quien haga sus veces, en cada punto de atención, para efectos de que la entidad cuente con personal acorde a la interculturalidad y enfoque diferencial.

Adicionalmente, deberán garantizar que la atención personalizada al usuario se realice en un solo proceso de manera óptima y eficiente, absteniéndose de someter a los usuarios a trámites y filtros previos que conlleven a la asignación de varios turnos o a la realización de diferentes filas. Es deber y obligación del funcionario responsable de la Oficina de Atención al Usuario, atender al usuario, orientarlo y si es el caso acompañar y gestionar su solicitud, la cual podrá presentar de manera escrita, personalizada, telefónica, página “web” o por cualquier otro medio que adecue la entidad para recibir las peticiones instauradas.

Por otro lado, deben desarrollar indicadores que permitan medir y evaluar permanentemente los procesos de atención al usuario y en especial la calidad de los mismos los cuales deben estar disponibles en la página web de la entidad.

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

3.2 MULTICANALES. <Subnumeral modificado por la Circular 8 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

Además de las Oficinas de Atención al Usuario de manera personalizada, las EAPB e IPS deben disponer de diversos medios de comunicación y acceso de los usuarios para efectos de brindarles la información y orientación que requieren, así como para la presentación y seguimiento de sus diferentes clases de peticiones, quejas y reclamos.

Todo cambio que afecte la atención al usuario en las líneas telefónicas, las oficinas físicas, la página web u otro medio dispuesto para tal fin deberá ser anunciado mínimo con 30 días calendario de anticipación, por lo menos, en las carteleras de las Oficinas de Atención al Usuario, en la página web y en la línea telefónica.

a) Canal telefónico: Las EAPB e IPS deben contar con una línea local las veinticuatro (24) horas de los siete (7) días de la semana. Todas las entidades deberán atender y resolver de fondo todas las llamadas que se hagan a estos números.

Los números telefónicos que se tengan destinados a los fines de esta circular deberán ser publicados en la página web institucional y en sus diferentes publicaciones y comunicaciones, y deben ser actualizados y difundidos por todos los canales de atención inmediatamente se presente alguna modificación.

b) Canal web: Las EAPB e IPS, deberán contar con una página web institucional que ofrezca a los usuarios la posibilidad de presentar sus peticiones, quejas y reclamos y hacer el correspondiente seguimiento de los mismos en tiempo real, así como la posibilidad de reportar y solicitar novedades al estado de su afiliación (traslado, portabilidad, movilidad, entre otros).

Instrucciones específicas para las EAPB

Con relación al canal telefónico, las EAPB deben contar con un número local en los lugares donde tengan afiliados y con una línea gratuita nacional 018000.

En cuanto a la página web, deberá mantener publicada y debidamente actualizada por lo menos la siguiente información:

- Procedimientos para la afiliación al sistema y el reporte de novedades.
- Carta de derechos y deberes de los afiliados y del paciente.
- Cobertura de operación: Zonas de operación - indicando departamentos y municipios.
- Directorio de oficinas de atención al usuario, con sus respectivos horarios y datos de contacto.
- Información sobre los diferentes canales de atención, con indicación de los horarios de atención.
- Prestadores que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud detallando su rol dentro de la red. Incluyendo la red habilitada de servicios para la atención de urgencias en el municipio y departamento de residencia del afiliado.
- Contenido del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
- Formulario de afiliación.

- Los mecanismos establecidos para el acceso a procedimientos, insumos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios.
- Información de cómo realizar novedades por parte de los usuarios.
- Las instancias en todos los niveles a las que puede acudir el usuario cuando considere incumplido el plan de beneficios.
- Información sobre las cuotas moderadoras y copagos que incluya lo siguiente:
 - Ofrecer el concepto de las cuotas moderadoras y de los copagos.
 - Precisar a qué usuarios se les aplica.
 - Indicar los servicios a los cuales se les aplica la cuota moderadora o el copago, mencionando sus respectivas excepciones.
 - Indicar el monto en pesos, de las cuotas moderadoras y copagos, en los diferentes rangos de ingreso salarial, con su respectivo porcentaje del salario mínimo vigente.
 - Indicar la frecuencia de aplicación de las cuotas moderadoras y de los copagos.
 - Indicar los procedimientos de recaudo que la entidad utilizará.
 - Indicar los topes de los copagos por evento y el total de eventos por año.
- Los procedimientos disponibles para solicitar, autorizar y garantizar la atención en salud en el marco de lo establecido por la Ley 1751 de 2015, o las normas que lo modifique o sustituyan.
- Las actividades de protección específica y detección temprana que le son aplicables de acuerdo con la edad del afiliado, opción específica en línea telefónica y entrega de información en los puntos de atención.
- La definición de grupos de riesgo, junto con la oferta y contenido de programas para la gestión de estos.
- Carta de desempeño.
- Información sobre el Funcionamiento del Sistema de Afiliación Transaccional.
- Información sobre el procedimiento de Negación de Servicios de Salud.
- Los procesos, espacios y mecanismos de participación en salud dispuestos por la EPS para sus afiliados.
- Las alianzas o asociaciones de usuarios y los procesos, espacios y mecanismos de participación en salud dispuestos por la EPS para sus afiliados, al igual que la información sobre las convocatorias para elección de representantes de las alianzas o asociaciones.
- Información sobre los procesos del sistema de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias.

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

3.3. PETICIONES. <Subnumeral modificado por la Circular 8 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

Para efectos de la atención a las diferentes clases de peticiones la Supersalud adopta las siguientes definiciones:

Petición: Mediante la cual una persona por motivos de interés general o particular solicita la intervención de la entidad para la resolución de una situación, la prestación de un servicio, la información o requerimiento de copia de documentos, entre otros.

Queja: Manifestación de una persona, a través de la cual expresa inconformidad con el actuar de un funcionario de la entidad.

Reclamo: A través del cual los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud por parte de un actor del Sistema de Salud o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud.

PQR con riesgo de vida: Aquellas que involucran una situación que representa riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas.

Toda PQR que se realice en el marco del acceso, la atención o la prestación del servicio de salud tiene una múltiple connotación de derecho fundamental, pues convergen en ella la protección constitucional y legal del derecho fundamental de petición, y del derecho fundamental a la salud, que a su turno involucra otros derechos fundamentales como la vida misma, la dignidad y la intimidad.

Los mecanismos, procesos y procedimientos adoptados por las EAPB e IPS, debe tener como fin resolver las PQR que se presenten de manera objetiva, oportuna y eficiente, cuyo trámite debe garantizar los máximos de niveles de accesibilidad, resolutivez, efectividad, seguimiento y control, y constituir insumos para el mejoramiento continuo no solo del proceso de atención al usuario y trámite de PQR, sino también de los servicios que son objeto de reclamación. Para la adecuación del sistema de trámite, análisis y seguimiento de PQR, estas deben servir de insumo para las auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud⁽¹⁷⁾ y los respectivos planes de mejoramiento resultantes de las mismas.

Los sistemas de administración de las PQR deberán permitir la consulta permanente en línea por parte del usuario, del estado de su petición. Esto no significa que el usuario no pueda acudir a otros medios de información y comunicación según su propia voluntad, capacidades y particularidades, pues se debe garantizar que tendrá acceso al seguimiento de sus PQR por el medio que elija dentro de los canales de atención dispuestos por la entidad, sin que en ningún

momento estos canales de acceso sean excluyentes el uno del otro.

Las entidades emplearán en el trámite de las PQR de los usuarios para su registro, conservación y control, un sistema de archivo que podrá organizarse a través de un formato de control que contenga como mínimo los siguientes aspectos:

- Fecha de recibo de la PQR.
- Canal de presentación de la PQR.
- La codificación asignada por la entidad.
- Entidad a la cual está asociada la PQR (nombre del prestador o asegurador).
- Nombre del peticionario.
- Tipo de identificación del peticionario.
- Número de identificación del peticionario.
- Datos de contacto del peticionario.
- Nombre del afectado/paciente.
- Tipo de identificación del afectado.
- Número de identificación del afectado.
- Datos de contacto del afectado.
- Aspecto o tema principal que motivó la queja.
- Indicar si existe o no fallo judicial (tutela).
- Lugar de origen de la petición: Departamento y municipio.
- Régimen (contributivo, subsidiado, excepción, especial).
- Estado de la PQR.
- Fecha de la solución de la PQR.
- Acción realizada para solucionar la PQR (descripción breve).

Ante una eventual negación de la solicitud debe indicarse:

- Motivo que fundamenta la negación.
- Responsable de la negación.

Adicionalmente, las entidades deberán resolver las PQR de los usuarios en los términos establecidos para el efecto, teniendo en cuenta las características del derecho a la salud y lo dispuesto al respecto en el artículo [20](#) del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA). Cuando para el trámite de una PQR existan dos normas aplicables, prevalecerá aquella que sea más favorable para el usuario de acuerdo con su

pretensión.

Instrucciones específicas para las EAPB

Las EAPB, o quienes hagan sus veces, en su calidad de responsables de obligaciones indelegables como son la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios para el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y demás actores, deben establecer un sistema de recepción y administración de las Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) que logre superar las barreras administrativas que, eventualmente, dilatan o niegan el acceso a los servicios de salud o afectan la calidad de su prestación, y garantizar al usuario la materialización efectiva de su derecho fundamental a la salud en condiciones de calidad, continuidad, oportunidad e integralidad y demás principios inmersos en la naturaleza de este derecho, cuya prestación constituye un servicio público esencial.

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

3.3.1. TRÁMITE DE LA PQR.

Toda PQR deberá ser respondida de fondo al usuario dentro de los términos que corresponda según la clase de petición, por el medio que el usuario indique, sin perjuicio que pueda obtener información sobre el estado de la misma por cualquiera de los canales de comunicación de la entidad (telefónico, web, personalizado y los demás que disponga la entidad). En los casos en que el usuario no indique el medio para recibir la respuesta esta se le enviará a la dirección de correo electrónico que tenga registrado, en caso de que no cuente con este, a la dirección física de su residencia, dejando evidencia de la actuación. Es importante resaltar que, para dar respuesta a las PQR, las entidades no podrán exigir al usuario documentos que reposen en su poder o en entidades que conformen su red prestadora de servicios cuando sea del caso.

Se entenderá que no hay respuesta cuando esta se emita por fuera de los plazos correspondientes según la clase de PQR y en los eventos en los cuales la entidad implicada no remita una solución de fondo frente a las necesidades planteadas por el usuario. La respuesta y decisión de la entidad al peticionario deberá ir fechada y con la dirección correcta; deberá ser completa, clara, precisa y contener la solución o aclaración de lo reclamado junto con los fundamentos legales, estatutarios o reglamentarios que la soporten.

Adicionalmente, la respuesta deberá ir acompañada de copia de los documentos que, de acuerdo con las circunstancias, se estimen apropiados para respaldar las afirmaciones o conclusiones de la institución. En este sentido, es obligación de las EAPB e IPS adoptar los correspondientes sistemas de archivo que les permitan la verificación de la información.

Las entidades deben informar al usuario que, en el evento de no obtener respuesta a la PQR, el usuario podrá comunicarlo a la Superintendencia y constituirá insumo para adelantar las acciones de inspección, vigilancia y control a que haya lugar. Esto sin perjuicio de las acciones que se pueden adelantar por hecho inicial que generó la PQR.

Cuando una PQR deba ser contestada de manera negativa, la respuesta debe sujetarse al formato de negación de servicios y ser efectuada exclusivamente a través de profesionales de la salud, ampliamente capacitados para emitir concepto.

La respuesta se entenderá de fondo, cuando brinde información veraz, oportuna, de calidad, garantizando siempre que no se obstaculice el tratamiento o servicio del afiliado y, en consecuencia, debe verificarse que la salud, la integridad y la vida del usuario no se ponen en riesgo en ningún momento a causa de la negación.

Toda comunicación que se dirija a un usuario en relación con una PQR deberá contener una advertencia en caracteres destacados, que frente a cualquier desacuerdo con la decisión adoptada por la entidad ante la cual se elevó la respectiva PQR, se puede formular una PQR ante la Superintendencia Nacional de Salud. Asimismo, se deberá informar al usuario previamente que, de no obtener respuesta por parte de la entidad podrá elevar una PQR ante esta Superintendencia. Adicionalmente, cuando la PQR corresponde a una EPS del régimen subsidiado, se debe informar al usuario que podrá elevar ante la correspondiente Dirección de Salud Departamental, Distrital o Local.

En caso de negación, es obligación de las EAPB e IPS, diligenciar completamente el formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos que se encuentra a continuación y que puede ser consultado en el enlace: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/atencion-ciudadano/formularios-y-formatos/formulario-negacion-del-servicio>, haciendo claridad que el mismo no podrá ser modificado.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS Y/O MEDICAMENTOS

CUANDO NO SE AUTORICE LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO DE SALUD O EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTO, ENTREGUE ESTE FORMULARIO AL USUARIO, DEBIDAMENTE DILIGENCIADO

**REPUBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS Y/O MEDICAMENTOS

CUANDO NO SE AUTORIZA LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO DE SALUD O EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTO, ENTREGUE ESTE FORMULARIO AL USUARIO, DEBIDAMENTE DILIGENCIADO

NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA L.P.S. O ENTIDAD TERRITORIAL				NÚMERO			
FECHA DE SOLICITUD				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			
DD	MM	AÑO		DD	MM	AÑO	
1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO							
1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		NOMBRES			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☐ C.E. ☐		No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		No. DE CONTRATO			
TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO			
TIPO PLAN USUARIO							
PBS-CUPC ☐	NO PBS ☐	PLAN COMPLEMENTARIO (PAC) ☐		PLAN MEDICINA PREPAGADA (PMP) ☐			
POBLACIÓN POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIO A LA DEMANDA ☐							
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL AFILIADO	ESTADO DE LA AFILIACIÓN/CONTRATO DEL USUARIO	VIGENTE ☐	SUSPENDIDO ☐	REMITIR SIN ASEGURAMIENTO ☐			
2. CLASE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO							
SERVICIO NO AUTORIZADO -CÓDIGO O MEDICAMENTO NO AUTORIZADO							
DESCRIPCIÓN (Señale el servicio – procedimiento -intervención etc.)							
JUSTIFICACIÓN: Indique el motivo de la negación.							
FUNDAMENTO LEGAL: Relacione las disposiciones que presuntamente respaldan la decisión							
3. ALTERNATIVAS PARA QUE EL USUARIO ACCEDA AL SERVICIO DE SALUD O MEDICAMENTO SOLICITADO Y HAGA VALER SUS DERECHOS LEGALES Y CONSTITUCIONALES							
1.							
2.							
NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO QUE NIEGA EL SERVICIO				FIRMA			
FIRMA DEL USUARIO O DE QUIEN RECIBE							

* PO-CUPC: Plan Obligatorio cubierto con la UPC - NO PO -CUPC: No incluido en Plan Obligatorio con cargo a la UPC

* PO-CUPC: Plan Obligatorio cubierto con la UPC - NO PO -CUPC: No incluido en Plan Obligatorio con cargo a la UPC.

Si está en desacuerdo con la decisión adoptada, acuda a la Oficina de Atención al Usuario de su EPS, si su queja no es resuelta, eleve consulta a la Superintendencia Nacional de Salud, anexando copia de este formato totalmente diligenciado a la carrera 13 N° 28-08 Centro Internacional Tequendama locales 21 y 22 en Bogotá o cualquiera de las sedes Regionales de la Supersalud, Avenida Ciudad de Cali N°. 51-66 Bogotá – PBX 4817000 www.supersalud.gov.co

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

3.3.2. TÉRMINO PARA RESOLVER LAS PQR.

Las EAPB e IPS, deberán resolver las PQR de los usuarios en los términos establecidos para el efecto en el CPACA, según la clase de petición. Se reitera que las peticiones en materia de salud se enmarcan de manera general en el artículo [20](#) de la Ley 1755 de 2015 y, en consecuencia, en uso de las facultades para impartir instrucciones de inmediato cumplimiento, se requiere la solución de las PQR que afecten la salud y la vida dentro de los siguientes términos:

PQR: Las peticiones relacionadas con el acceso al sistema de salud, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios para acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, y la inadecuada prestación del servicio de salud que afecte la oportunidad, continuidad o integralidad, presentados directamente por los usuarios ante la entidad responsable o ante esta superintendencia, trasladados al vigilado, se deben resolver de fondo en un término máximo de cinco (5) días a partir de la fecha de radicación, a menos que se trate de asuntos y poblaciones que cuenten con términos específicos, casos en los cuales se aplicarán los términos dispuestos en la normatividad vigente como son los siguientes casos que se enuncian, a manera de ejemplo:

- Consultas médicas⁽¹⁸⁾: Los servicios de consulta externa médica, odontológica, y de especialista, así como los apoyos diagnósticos, es decir, exámenes de laboratorio e imagenología, le serán asignados dentro de las 48 horas siguientes a su solicitud a los afiliados mayores de 62 años.
- Fórmula de medicamentos⁽¹⁹⁾: Cuando la EPS no le suministre de manera inmediata los medicamentos incluidos en el plan de beneficios, debe garantizarles su entrega en el domicilio dentro de las 72 horas siguientes (o inmediatamente si es de extrema urgencia) a los afiliados mayores de 62 años.
- PQR por entrega incompleta de medicamentos: Mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en el lugar de residencia o de trabajo del afiliado, cuando estos lo autoricen, dentro de las 48 horas siguientes a la reclamación⁽²⁰⁾.
- Continuidad de servicios: Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas⁽²¹⁾.

Cada petición particular debe ser evaluada y valorada según las particularidades de caso y las condiciones del paciente, de manera que siempre se respete el derecho fundamental a la salud y se garantice la continuidad, la oportunidad y la integridad en el tratamiento en salud al usuario. Siempre se debe valorar la inmediatez que requiera cada caso y el término de cinco (5) días para resolver las PQR deben entenderse como plazo máximo otorgado siempre que no haya factores que requieran solución inmediata.

Las peticiones generales, es decir aquellas que contienen solicitudes de información y que no están relacionadas con la garantía del acceso a los servicios de salud, ni con la atención o prestación de servicios de salud y por tanto no tienen aplicación del art. [20](#) de la Ley 1755 de

2015, se resolverán de conformidad con los términos de la citada ley:

Peticiones generales: 15

Solicitudes de información: 10 días

Copias: dentro de los 3 días – Si las copias son de historias clínicas o de exámenes y se requieran para una consulta o urgente, serán catalogados como reclamos.

- PQR con riesgo vital: Las PQR que involucren riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas, y otras que, según criterio institucional, con base en la vulnerabilidad de la población o del impacto que se cause en el SGSSS o el sector, tendrán la marcación “Riesgo de vida” serán de inmediato cumplimiento. Asimismo, aquellas PQR que esta superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo vital deberán ser resueltas con la inmediatez que la situación del paciente requiera y, en todo caso no podrán superar el término máximo de dos (2) días hábiles desde el traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del paciente requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud.

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

3.3.3. REPORTE LÍNEAS DE ATENCIÓN PARA LAS PQR RIESGO DE VIDA: INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA LAS EAPB.

Las EAPB o las que hagan sus veces, deberán reportar ante esta Superintendencia los datos de contacto para la operación de las PQR marcadas con riesgo de vida, cuyo seguimiento está a cargo del Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud (SIS), garantizando la disponibilidad permanente de dichos contactos. Dichos datos de contacto se deberán reportar a través del aplicativo NRVCC <https://nrvcc.supersalud.gov.co/> en el módulo de Datos Generales.

Para efectos de garantizar la disponibilidad y atención permanente, se solicita que los contactos que se designen sean contactos institucionales que no estén sujetos a la disposición personal de los funcionarios o trabajadores. En el evento de presentarse algún cambio en los datos de contacto, deberá ser actualizado de forma inmediata ingresando al módulo de datos generales, en el aplicativo NRVCC.

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

CAPÍTULO SEGUNDO.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.
- Capítulo modificado parcialmente por la Circular 52 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.
- Capítulo modificado parcialmente 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 las Circulares 49 y 52 de 2008:

CAPITULO II.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

El presente capítulo determina los parámetros que implementará la Superintendencia Nacional de Salud, para que bajo las funciones de Inspección, Vigilancia y Control, los entes vigilados desarrollen los procesos de participación social señalados en la Constitución Política de Colombia, la Ley [91](#) de 1989, la ley [100](#) de 1993, el Decreto 1757 de 1994, los Decretos 1301 de 1994 y 1795 de 2000, la Ley 352 de 1997, la Ley [1122](#) de 2007, el Decreto 1018 de 2007 y las demás normas pertinentes.

1. INTRODUCCIÓN NORMATIVA.

Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, con base en el numeral 7o del artículo [37](#) de la Ley 1122 de 2007, promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana.

De igual forma, según el numeral 9 del artículo 4o del Decreto 1018 de 2007, promover la participación ciudadana y establecer los mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad.

La Ley 100 de 1993, en el numeral 7 del artículo [153](#) señala que el Sistema General de la

Seguridad Social en Salud, estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

Consecuente con el artículo [156](#) de la citada norma, en el literal h) se señala: “Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras del servicio”.

Por su parte, el párrafo tercero del artículo [157](#), preceptúa: “Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al SGSSS. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, y podrán cobrar una cuota de afiliación”.

El artículo [231](#) de la misma norma, referente al ejercicio del control social, señala: “Sin perjuicio de los demás mecanismos de control, y con el fin de garantizar cobertura, eficiencia y calidad de servicios, la prestación de los servicios de salud será objeto de control por parte de las veedurías comunitarias elegidas popularmente, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto”.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley [100](#) de 1993, trae en su normatividad los elementos necesarios para involucrar a la sociedad en su desarrollo e implementación. Esa participación inicialmente la encontramos a través de la conformación de asociaciones de usuarios cuyo objetivo es el de velar por la calidad de la prestación del servicio y la defensa del usuario. Este se complementa con el ejercicio del control social por medio de la constitución de veedurías comunitarias.

La base constitucional de esta forma participativa la encontramos en los artículos [20](#) y [38](#) de la Carta Política al señalarnos como fines del Estado la participación ciudadana y la garantía que tiene la población colombiana de la libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en la sociedad.

Por lo tanto, los usuarios del Sistema General de la Seguridad Social en Salud y del Sector Salud tienen la facultad legal y constitucional de conformar las asociaciones de usuarios y las veedurías en salud.

2. DE LAS MODALIDADES DE LA PARTICIPACIÓN.

Con la normatividad señalada y con la expedición del Decreto 1757 de 1994, se fijan las modalidades y formas de la participación social en la prestación de los servicios de salud.

Por lo anterior, las entidades del Sistema General de la Seguridad Social y en general las del sector salud, deben implementar y desarrollar la participación en salud, como uno de los instrumentos para involucrar a los afiliados en la toma de decisiones que les afectan y para ello adoptarán las siguientes formas participativas.

2.1 PARTICIPACIÓN EN SALUD.

La participación en salud se conforma de: la participación social y la participación en las instituciones del Sistema General de la Seguridad Social en Salud y del sector salud.

La participación social comprende la participación ciudadana, entendida como el ejercicio de los derechos y deberes del individuo; y la participación comunitaria, como el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para intervenir en decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Por su parte la participación institucional es la interacción de los usuarios con los servidores de la salud para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación de los servicios en salud.

Para dar cumplimiento a lo establecido, las entidades administradoras y prestadoras del servicio deben estimular la conformación de asociaciones, ligas o alianzas de usuarios en salud.

El Decreto 1757 de 1994, define la Alianza o asociación de usuarios, como una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene derecho a utilizar unos servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación y que velará por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Teniendo en cuenta que en el marco de la Ley [1122](#) de 2007, se señala como uno de los ejes el desarrollo de la participación social y el Decreto 1018 de 2007 le asigna tales funciones a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, es deber de esta reorientar el proceso de las asociaciones de usuarios con el propósito de incorporarlo como un verdadero elemento de apoyo para mejorar la prestación del servicio de salud en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

En tal sentido y con el soporte constitucional y la normatividad que desarrolla la participación ciudadana en el Estado colombiano, la Superintendencia Nacional de Salud, señala los parámetros para implementar esta figura en los entes vigilados de la siguiente forma:

2.1.1 CONFORMACIÓN DE ASOCIACIONES DE USUARIOS.

En cada Departamento del país podrá existir una Asociación, Liga o Alianza por cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios y Prestadora de Servicios de Salud, donde esta tenga presencia. Representantes de ellas conformarán la Asociación, Liga o Alianza del orden nacional.

Cada Asociación, Liga o Alianza, tiene la facultad de promover la conformación de comités especializados (enfermos de alto costo, enfermedades ruinosas, etc.), en cumplimiento de la función específica para la cual fue creada y se someterá a los estatutos y reglamento interno de cada Asociación, Liga o Alianza.

La conformación de las asociaciones de usuarios deberá ser promovida y realizada por las entidades administradoras y prestadoras del servicio de salud mediante convocatoria pública, a través de un medio de alta divulgación local, regional o nacional, durante los sesenta (60) días calendario siguientes a la expedición de la presente Circular. En caso de que la entidad administradora o prestadora del servicio no convoque su conformación dentro del término señalado, los afiliados por iniciativa propia lo podrán hacer y así lo comunicarán a la Entidad

y a la Superintendencia Nacional de Salud.

En la conformación se elaborará un acta de constitución en la que se relacionará el nombre de sus integrantes y la Junta Directiva conformada por presidente, secretario y tesorero; también deberá nombrarse un revisor fiscal que no hará parte de dicha Junta. El acta también deberá contener la identificación de la asociación, liga o alianza, la identificación de sus integrantes, calidad de afiliado, dirección de residencia, contacto telefónico y el período para el que se haya constituido.

Copia escaneada del acta deberá ser remitida a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y Participación Ciudadana de la Superintendencia Nacional de Salud, a través de un medio magnético, en formato técnico que se anexa a esta Circular.

<Inciso modificado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades administradoras o prestadoras del servicio deberán reportar a través del enlace que para tal fin se disponga en la página de la Superintendencia www.supersalud.gov.co la información de las asociaciones de usuarios conformadas durante los primeros 10 días de los meses de enero, abril, julio y octubre, y sus modificaciones inmediatamente suceda el cambio.

<Inciso modificado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Igualmente los representantes de las EAPB reportarán a través de este enlace copia de las actas de reuniones mensuales con las asociaciones; así mismo informarán los correctivos pertinentes y el resultado de esta gestión, de acuerdo con las problemáticas y/o acciones de mejoramiento en la prestación de servicios consignados en las actas.

2.1.2. VEEDURÍAS EN SALUD PARA EL EJERCICIO DEL CONTROL SOCIAL.

La Asociación, Liga o Alianza podrá conformar Comités de Veeduría en Salud, para los planes y programas de la EAPB y para la prestación de servicio de salud.

Es fundamental que las entidades aseguradoras y prestadoras del servicio de salud, faciliten el ejercicio del control social acorde con la normatividad vigente y es deber de cada institución analizar y deliberar sobre las propuestas o recomendaciones que hagan los miembros de las veedurías a través de las asociaciones de usuarios para su posible implementación cuyo único propósito debe ser el de mejorar la calidad de la prestación del servicio.

La conformación de las veedurías ciudadanas por parte de las asociaciones de usuarios se someterán a la Ley 850 de 2003, por medio de la cual se reglamentó la conformación de las veedurías ciudadanas.

Es importante tener en cuenta que los miembros de las asociaciones de usuarios deben observar las mismas inhabilidades, impedimentos e incompatibilidades que para tal efecto establece la norma que reglamenta las veedurías ciudadanas.

3. RENDICIÓN DE CUENTAS. <Título modificado por la Circular 52 de 2008>

<Inciso modificado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades administradoras o prestadoras del servicio deberán reportar a través del enlace que para tal fin se publique en la página de la Superintendencia www.supersalud.gov.co la información de la fecha de programación y lugar de realización de la audiencia pública de rendición de cuentas, a más tardar el día 10 del mes de abril de cada año y sus modificaciones en las mismas

condiciones, inmediatamente suceda el cambio.

En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se dará información sobre la gestión adelantada en la prestación del servicio de salud, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor.

<Inciso modificado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La realización y resultado de la Audiencia Pública de rendición de cuentas deberán ser informadas por las EAPB y prestadoras de servicios a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana de la Superintendencia Nacional de Salud, a través del mismo enlace, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la celebración en el formato técnico anexo a la presente circular.

Los compromisos adquiridos por las EAPB y la comunidad a través de las Asociaciones, ligas o Alianzas de Usuarios, estarán regulados por los principios de concertación y de amigable composición y en ningún momento se deberán emplear para interrumpir el normal desarrollo de la atención en salud.

4. CONSULTAS CIUDADANAS.

En el desarrollo del mandato constitucional y legal de la promoción de la participación ciudadana, la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, implementó un mecanismo denominado Consulta Ciudadana. Espacio de interacción en donde todos los actores del sistema confluyen para dar a conocer propuestas de planes de mejoramiento en la prestación del servicio de salud y/o irregularidades que se estén presentando en la gestión administrativa, presupuestal, disciplinaria y de funcionamiento, entre otras, de las entidades administradoras y prestadoras del servicio de salud que vulneren los derechos de los usuarios en salud.

Las propuestas que presenten las personas que intervienen en la Consulta Ciudadana, serán clasificadas y evaluadas por la Superintendencia Nacional de Salud y de ellas se dará traslado a la entidad o institución competente para que estudie su viabilidad e implementación. De la decisión tomada por esta última se informará al usuario que la haya presentado, si ha sido de manera particular, o a la organización social, si fue en representación de aquella. De igual forma, se le informará a la Superintendencia Nacional de Salud, sobre lo actuado.

La Consulta Ciudadana se desarrolla en todo el territorio nacional. En desarrollo de esta, la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, traslada una unidad móvil de Atención al Usuario, en la que se pueden presentar, de manera personalizada, las quejas y los reclamos sobre presuntas irregularidades en la prestación del servicio de salud.

Por tal razón, es obligatoria la presencia de un representante de la Oficina de Atención al Usuario de la Entidad Aseguradora y prestadora del servicio de salud en el sitio en donde se adelante la Consulta Ciudadana, quien atenderá los requerimientos que haga el usuario de salud a través de los funcionarios de la Superintendencia Delegada y procurará en tiempo real darle solución definitiva a su petición.

La Superintendencia Nacional de Salud, hará el seguimiento a las peticiones allí presentadas y requerirá, si así lo determina, a la entidad responsable para que informe sobre el estado de la petición.

<Inciso adicionado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los compromisos adquiridos por las entidades en las consultas ciudadanas realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud y las acciones para dar respuesta y solución deberán ser reportados a través del enlace que para tal fin se disponga en la página de la Superintendencia www.supersalud.gov.co dentro de los 10 días después de la realización del evento y en las mismas condiciones el reporte del cumplimiento de los compromisos en las fechas acordadas.

5. DEFENSOR DEL USUARIO.

Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo, la implementación de la figura del Defensor del Usuario en Salud.

El defensor del usuario, conforme al artículo [42](#) de la Ley 1122 de 2007, dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud.

La función del defensor del usuario en salud será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital respecto de las quejas y reclamos relativas a la prestación de servicios de salud. Para tal efecto, conocerá, gestionará y dará traslado a las instancias competentes y comunicará al quejoso sobre su gestión y solución.

En tal sentido, la Superintendencia Nacional de Salud, con base en la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, instruirá para el desarrollo de esta figura de tal forma que sus funciones estén acorde con lo establecido en la ley; así será obligatorio para las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficio y Prestación de los Servicios de Salud, acatar las directrices que en tal sentido se expidan para su funcionamiento.

6. DISPOSICIONES ADICIONALES.

6.1. SUMINISTRO DE INFORMACIÓN A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

Todas las Instituciones del Sector Salud, están en la obligación de suministrar la información que requiera la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de sus funciones de inspección, vigilancia y control a la implementación y desarrollo de los procesos de participación social e institucional establecidos en la ley y las normas pertinentes.

De la misma forma, es deber de las entidades del sector salud, brindar apoyo, asesoría y acompañamiento a las acciones que adelanten las asociaciones o ligas de usuarios. Por lo tanto, se les debe suministrar la información que sea requerida siempre y cuando esta no goce de reserva legal.

6.2. JORNADAS DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN.

Corresponde a todas las EAPB y prestadoras del servicio, desarrollar procesos y jornadas de formación y capacitación a los usuarios sobre el Sector Salud y del Sistema General de la Seguridad Social en Salud, además de los mecanismos de participación ciudadana

establecidos en las normas vigentes.

Para el efecto mencionado, las organizaciones sociales podrán apoyarse en las entidades públicas o privadas que adelanten procesos de formación y capacitación en procesos participativos como por ejemplo la Escuela Superior de la Administración Pública, ESAP, las entidades del sector salud, académico e incluso solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud, colaboración en tal sentido.

7. INSPECCIÓN Y VIGILANCIA.

La Superintendencia Nacional de Salud, en uso de sus facultades legales, adelantará visitas a los actores del sistema con el objeto de verificar la implementación, funcionamiento y desarrollo de los procesos participativos, así como los avances y logros en la interacción de la administración. En todo caso podrá acceder a la información para la verificación de la implementación de los procesos y acceder a la documentación que requiera para su evaluación.

En virtud de lo anterior, las entidades destinatarias de la presente instrucción deberán implementar, dentro de los noventa (90) días siguientes a la entrada en vigencia de la presente circular, los compromisos adquiridos en los procesos de Participación Ciudadana, los cuales podrán ser verificados por la Superintendencia Nacional de Salud.

El incumplimiento de las instrucciones aquí impartidas por parte de las entidades a quienes va dirigida se entenderá como incumplimiento de obligaciones adquiridas mediante la presente circular y dará lugar a las sanciones de ley.

Para el cumplimiento de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control, la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, informará previamente a los sujetos de control de la visita que hará a la Oficina de Atención al Usuario, así como a la Oficina de Participación Social, en donde se hará un proceso evaluativo del funcionamiento, implementación y desarrollo de los procesos de Atención al Usuario y la Participación Ciudadana.

Estas visitas también podrán realizarse sin previo aviso, cuando la Superintendencia Nacional de Salud así lo decida, lógicamente teniendo en cuenta denuncias sobre irregularidades en la prestación del servicio de salud o por acto motivado por algunas de las Superintendencias Delegadas.

El proceso de Inspección, Vigilancia y Control, que adelante la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, así como los procesos sancionatorios, serán los mismos que adopte la Superintendencia Nacional de salud en uso de sus funciones y facultades legales.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

CAPITULO II.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

El presente capítulo determina los parámetros que implementará la Superintendencia Nacional de Salud, para que bajo las funciones de Inspección, Vigilancia y Control, los entes vigilados desarrollen los procesos de participación social señalados en la Constitución Política de Colombia, la Ley [91](#) de 1989, la ley [100](#) de 1993, el Decreto 1757 de 1994, los

Decretos 1301 de 1994 y 1795 de 2000, la Ley 352 de 1997, la Ley [1122](#) de 2007, el Decreto 1018 de 2007 y las demás normas pertinentes.

1. INTRODUCCIÓN NORMATIVA.

Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, con base en el numeral 7o del artículo [37](#) de la Ley 1122 de 2007, promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana.

De igual forma, según el numeral 9 del artículo 4o del Decreto 1018 de 2007, promover la participación ciudadana y establecer los mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad.

La Ley 100 de 1993, en el numeral 7 del artículo [153](#) señala que el Sistema General de la Seguridad Social en Salud, estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

Consecuente con el artículo [156](#) de la citada norma, en el literal h) se señala: “Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras del servicio”.

Por su parte, el párrafo tercero del artículo [157](#), preceptúa: “Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al SGSSS. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, y podrán cobrar una cuota de afiliación”.

El artículo [231](#) de la misma norma, referente al ejercicio del control social, señala: “Sin perjuicio de los demás mecanismos de control, y con el fin de garantizar cobertura, eficiencia y calidad de servicios, la prestación de los servicios de salud será objeto de control por parte de las veedurías comunitarias elegidas popularmente, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto”.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley [100](#) de 1993, trae en su normatividad los elementos necesarios para involucrar a la sociedad en su desarrollo e implementación. Esa participación inicialmente la encontramos a través de la conformación de asociaciones de usuarios cuyo objetivo es el de velar por la calidad de la prestación del servicio y la defensa del usuario. Este se complementa con el ejercicio del control social por medio de la constitución de veedurías comunitarias.

La base constitucional de esta forma participativa la encontramos en los artículos [2o](#) y [38](#) de la Carta Política al señalarnos como fines del Estado la participación ciudadana y la garantía que tiene la población colombiana de la libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en la sociedad.

Por lo tanto, los usuarios del Sistema General de la Seguridad Social en Salud y del Sector Salud tienen la facultad legal y constitucional de conformar las asociaciones de usuarios y las

veedurías en salud.

2. DE LAS MODALIDADES DE LA PARTICIPACIÓN.

Con la normatividad señalada y con la expedición del Decreto 1757 de 1994, se fijan las modalidades y formas de la participación social en la prestación de los servicios de salud.

Por lo anterior, las entidades del Sistema General de la Seguridad Social y en general las del sector salud, deben implementar y desarrollar la participación en salud, como uno de los instrumentos para involucrar a los afiliados en la toma de decisiones que les afectan y para ello adoptarán las siguientes formas participativas.

2.1 PARTICIPACIÓN EN SALUD.

La participación en salud se conforma de: la participación social y la participación en las instituciones del Sistema General de la Seguridad Social en Salud y del sector salud.

La participación social comprende la participación ciudadana, entendida como el ejercicio de los derechos y deberes del individuo; y la participación comunitaria, como el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para intervenir en decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

Por su parte la participación institucional es la interacción de los usuarios con los servidores públicos para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación de los servicios en salud.

Para dar cumplimiento a lo establecido, las entidades administradoras y prestadoras del servicio deben estimular la conformación de asociaciones, ligas o alianzas de usuarios en salud.

El Decreto 1757 de 1994, define la Alianza o asociación de usuarios, como una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene derecho a utilizar unos servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación y que velará por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Teniendo en cuenta que en el marco de la Ley [1122](#) de 2007, se señala como uno de los ejes el desarrollo de la participación social y el Decreto 1018 de 2007 le asigna tales funciones a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, es deber de esta reorientar el proceso de las asociaciones de usuarios con el propósito de incorporarlo como un verdadero elemento de apoyo para mejorar la prestación del servicio de salud en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

En tal sentido y con el soporte constitucional y la normatividad que desarrolla la participación ciudadana en el Estado colombiano, la Superintendencia Nacional de Salud, señala los parámetros para implementar esta figura en los entes vigilados de la siguiente forma:

2.1.1 CONFORMACIÓN DE ASOCIACIONES DE USUARIOS.

En cada Departamento del país podrá existir una Asociación, Liga o Alianza por cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios y Prestadora de Servicios de Salud, donde esta tenga presencia. Representantes de ellas conformarán la Asociación, Liga o Alianza del

orden nacional.

Cada Asociación, Liga o Alianza, tiene la facultad de promover la conformación de comités especializados (enfermos de alto costo, enfermedades ruinosas, etc.), en cumplimiento de la función específica para la cual fue creada y se someterá a los estatutos y reglamento interno de cada Asociación, Liga o Alianza.

La conformación de las asociaciones de usuarios deberá ser promovida y realizada por las entidades administradoras y prestadoras del servicio de salud mediante convocatoria pública, a través de un medio de alta divulgación local, regional o nacional, durante los sesenta (60) días calendario siguientes a la expedición de la presente Circular. En caso de que la entidad administradora o prestadora del servicio no convoque su conformación dentro del término señalado, los afiliados por iniciativa propia lo podrán hacer y así lo comunicarán a la Entidad y a la Superintendencia Nacional de Salud.

En la conformación se elaborará un acta de constitución en la que se relacionará el nombre de sus integrantes y la Junta Directiva conformada por presidente, secretario y tesorero; también deberá nombrarse un revisor fiscal que no hará parte de dicha Junta. El acta también deberá contener la identificación de la asociación, liga o alianza, la identificación de sus integrantes, calidad de afiliado, dirección de residencia, contacto telefónico y el período para el que se haya constituido.

Copia escaneada del acta deberá ser remitida a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y Participación Ciudadana de la Superintendencia Nacional de Salud, a través de un medio magnético, en formato técnico que se anexa a esta Circular.

Las entidades administradoras y prestadoras del servicio de salud, que ya tengan conformada la asociación, liga o alianza, remitirán, dentro del mismo término y modalidad antes señalado, la información solicitada a la Superintendencia Nacional de Salud. Para una mejor organización, la Asociación, Liga o Alianza deberá elaborar sus propios estatutos y reglamento interno para su funcionamiento.

Los representantes de las asociaciones y la correspondiente EAPB, se reunirán por lo menos una vez al mes con el fin de presentar a esta las presuntas irregularidades que se estuvieren cometiendo en la prestación del servicio; una vez la entidad verifique las situaciones que haya dado a conocer la asociación, realizará los correctivos pertinentes y el resultado de esta gestión será informado a la asociación, liga o Alianza en la reunión del siguiente mes.

2.1.2. VEEDURÍAS EN SALUD PARA EL EJERCICIO DEL CONTROL SOCIAL.

La Asociación, Liga o Alianza podrá conformar Comités de Veeduría en Salud, para los planes y programas de la EAPB y para la prestación de servicio de salud.

Es fundamental que las entidades aseguradoras y prestadoras del servicio de salud, faciliten el ejercicio del control social acorde con la normatividad vigente y es deber de cada institución analizar y deliberar sobre las propuestas o recomendaciones que hagan los miembros de las veedurías a través de las asociaciones de usuarios para su posible implementación cuyo único propósito debe ser el de mejorar la calidad de la prestación del servicio.

La conformación de las veedurías ciudadanas por parte de las asociaciones de usuarios se someterán a la Ley 850 de 2003, por medio de la cual se reglamentó la conformación de las

veedurías ciudadanas.

Es importante tener en cuenta que los miembros de las asociaciones de usuarios deben observar las mismas inhabilidades, impedimentos e incompatibilidades que para tal efecto establece la norma que reglamenta las veedurías ciudadanas.

3. REALIZACIÓN DE AUDIENCIAS PÚBLICAS.

Por mandato legal, las entidades de salud, deben adelantar procesos de rendición de cuentas a la comunidad, por lo menos una vez al año. En tal sentido, las entidades administradoras de los planes de beneficios y prestadoras del servicio de salud deberán convocar, programar, organizar y desarrollar la rendición de cuentas a través de las Audiencias Públicas.

En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se dará información sobre la gestión adelantada en la prestación del servicio de salud, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor.

La realización y resultado de la Audiencia Pública de rendición de cuentas deberá ser informado por la EAPB y prestadora de servicio a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana de la Superintendencia Nacional de Salud, en medio magnético, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la celebración de la misma en formato técnico anexo a la presente circular.

Los compromisos adquiridos por las EAPB y la comunidad a través de las Asociaciones, ligas o Alianzas de Usuarios, estarán regulados por los principios de concertación y de amigable composición y en ningún momento se deberán emplear para interrumpir el normal desarrollo de la atención en salud.

4. CONSULTAS CIUDADANAS.

En el desarrollo del mandato constitucional y legal de la promoción de la participación ciudadana, la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, implementó un mecanismo denominado Consulta Ciudadana. Espacio de interacción en donde todos los actores del sistema confluyen para dar a conocer propuestas de planes de mejoramiento en la prestación del servicio de salud y/o irregularidades que se estén presentando en la gestión administrativa, presupuestal, disciplinaria y de funcionamiento, entre otras, de las entidades administradoras y prestadoras del servicio de salud que vulneren los derechos de los usuarios en salud.

Las propuestas que presenten las personas que intervienen en la Consulta Ciudadana, serán clasificadas y evaluadas por la Superintendencia Nacional de Salud y de ellas se dará traslado a la entidad o institución competente para que estudie su viabilidad e implementación. De la decisión tomada por esta última se informará al usuario que la haya presentado, si ha sido de manera particular, o a la organización social, si fue en representación de aquella. De igual forma, se le informará a la Superintendencia Nacional de Salud, sobre lo actuado.

La Consulta Ciudadana se desarrolla en todo el territorio nacional. En desarrollo de esta, la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana,

traslada una unidad móvil de Atención al Usuario, en la que se pueden presentar, de manera personalizada, las quejas y los reclamos sobre presuntas irregularidades en la prestación del servicio de salud.

Por tal razón, es obligatoria la presencia de un representante de la Oficina de Atención al Usuario de la Entidad Aseguradora y prestadora del servicio de salud en el sitio en donde se adelanta la Consulta Ciudadana, quien atenderá los requerimientos que haga el usuario de salud a través de los funcionarios de la Superintendencia Delegada y procurará en tiempo real darle solución definitiva a su petición.

La Superintendencia Nacional de Salud, hará el seguimiento a las peticiones allí presentadas y requerirá, si así lo determina, a la entidad responsable para que informe sobre el estado de la petición.

5. DEFENSOR DEL USUARIO.

Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo, la implementación de la figura del Defensor del Usuario en Salud.

El defensor del usuario, conforme al artículo [42](#) de la Ley 1122 de 2007, dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud.

La función del defensor del usuario en salud será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital respecto de las quejas y reclamos relativas a la prestación de servicios de salud. Para tal efecto, conocerá, gestionará y dará traslado a las instancias competentes y comunicará al quejoso sobre su gestión y solución.

En tal sentido, la Superintendencia Nacional de Salud, con base en la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, instruirá para el desarrollo de esta figura de tal forma que sus funciones estén acorde con lo establecido en la ley; así será obligatorio para las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficio y Prestación de los Servicios de Salud, acatar las directrices que en tal sentido se expidan para su funcionamiento.

6. DISPOSICIONES ADICIONALES.

6.1. SUMINISTRO DE INFORMACIÓN A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

Todas las Instituciones del Sector Salud, están en la obligación de suministrar la información que requiera la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de sus funciones de inspección, vigilancia y control a la implementación y desarrollo de los procesos de participación social e institucional establecidos en la ley y las normas pertinentes.

De la misma forma, es deber de las entidades del sector salud, brindar apoyo, asesoría y acompañamiento a las acciones que adelanten las asociaciones o ligas de usuarios. Por lo tanto, se les debe suministrar la información que sea requerida siempre y cuando esta no goce de reserva legal.

6.2. JORNADAS DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN.

Corresponde a todas las EAPB y prestadoras del servicio, desarrollar procesos y jornadas de

formación y capacitación a los usuarios sobre el Sector Salud y del Sistema General de la Seguridad Social en Salud, además de los mecanismos de participación ciudadana establecidos en las normas vigentes.

Para el efecto mencionado, las organizaciones sociales podrán apoyarse en las entidades públicas o privadas que adelanten procesos de formación y capacitación en procesos participativos como por ejemplo la Escuela Superior de la Administración Pública, ESAP, las entidades del sector salud, académico e incluso solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud, colaboración en tal sentido.

7. INSPECCIÓN Y VIGILANCIA.

La Superintendencia Nacional de Salud, en uso de sus facultades legales, adelantará visitas a los actores del sistema con el objeto de verificar la implementación, funcionamiento y desarrollo de los procesos participativos, así como los avances y logros en la interacción de la administración. En todo caso podrá acceder a la información para la verificación de la implementación de los procesos y acceder a la documentación que requiera para su evaluación.

En virtud de lo anterior, las entidades destinatarias de la presente instrucción deberán implementar, dentro de los noventa (90) días siguientes a la entrada en vigencia de la presente circular, los compromisos adquiridos en los procesos de Participación Ciudadana, los cuales podrán ser verificados por la Superintendencia Nacional de Salud.

El incumplimiento de las instrucciones aquí impartidas por parte de las entidades a quienes va dirigida se entenderá como incumplimiento de obligaciones adquiridas mediante la presente circular y dará lugar a las sanciones de ley.

Para el cumplimiento de la funciones de Inspección, Vigilancia y Control, la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, informará previamente a los sujetos de control de la visita que hará a la Oficina de Atención al Usuario, así como a la Oficina de Participación Social, en donde se hará un proceso evaluativo del funcionamiento, implementación y desarrollo de los procesos de Atención al Usuario y la Participación Ciudadana.

Estas visitas también podrán realizarse sin previo aviso, cuando la Superintendencia Nacional de Salud así lo decida, lógicamente teniendo en cuenta denuncias sobre irregularidades en la prestación del servicio de salud o por acto motivado por algunas de las Superintendencias Delegadas.

El proceso de Inspección, Vigilancia y Control, que adelante la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, así como los procesos sancionatorios, serán los mismos que adopte la Superintendencia Nacional de salud en uso de sus funciones y facultades legales.

Uno de los ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control con base en los cuales la Superintendencia Nacional de Salud ejerce sus funciones, es la “atención al usuario y participación social” cuyo objetivo además de velar por los derechos de los usuarios y el cumplimiento de los deberes por parte de los vigilados apunta a la promoción de la participación ciudadana y el ejercicio del control social. Es por ello que, las EAPB e IPS, deben promocionar y promover los mecanismos de participación ciudadana, control social y de protección al usuario

del servicio de salud, a partir del cual se deben implementar las acciones correspondientes para garantizar que los sujetos vigilados permitan y promuevan de cara a sus usuarios, y ciudadanía en general, el ejercicio de los mecanismos de participación ciudadana y control social consagrados en la Constitución y en el Decreto 1757 de 1994.

Para efectos de lo anterior, se dictan las siguientes instrucciones:

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directamente en la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

1. ALIANZA O ASOCIACIÓN DE USUARIOS. <Subnumeral modificado por la Circular 8 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

Las EAPB e IPS, deberán adelantar las acciones necesarias para promover y fortalecer el ejercicio de la participación social acorde con la normatividad vigente. Por lo cual, deberán garantizar a sus usuarios la materialización del derecho a conformar la asociación de sus usuarios.

La convocatoria debe realizarse teniendo en cuenta al menos los siguientes aspectos:

- Las EAPB e IPS públicas, deben realizarla por todos los canales de comunicación y atención al usuario con que cuenta la entidad y, adicionalmente, por un medio masivo de comunicación en la jurisdicción correspondiente.
- Las IPS privadas, deben realizarla por todos los canales de comunicación y atención al usuario con que cuenta.
- La convocatoria deberá publicarse al menos 3 veces durante los dos (2) meses anteriores a la fecha de la realización de la asamblea.

Las EAPB e IPS, deberán reportar de manera obligatoria a través del aplicativo <https://nrvc.supersalud.gov.co/> en el módulo de Datos Generales, la información sobre la conformación de dichas asociaciones, la cual deberá permanecer completa y actualizada cada vez que se presente una novedad. Adicionalmente, debe remitirse copia escaneada de las actas de constitución de las asociaciones de usuarios, dentro de los 10 días hábiles siguientes a través del mismo aplicativo.

En el acta de constitución se relacionará el nombre de sus integrantes y la Junta Directiva conformada por presidente, secretario y tesorero; también deberá nombrarse un revisor fiscal que no hará parte de dicha junta. El acta también deberá contener la identificación de la asociación, liga o alianza, la identificación de sus integrantes, calidad de afiliado a la EAPB o usuario de la IPS, según corresponda, dirección de residencia, contacto telefónico y el periodo para el que se

haya constituido.

Igualmente, deberán mantener en sus archivos copia de las citadas actas y las actas de reuniones mensuales con las asociaciones, así mismo de las acciones correctivas pertinentes y el resultado de esta gestión de acuerdo con las problemáticas y/o acciones de mejoramiento en la prestación de servicios consignados en las actas.

La convocatoria que realicen las EAPB e IPS deberá garantizar la conformación de la respectiva alianza o asociación de usuarios, sin que ello las faculte para intervenir en las decisiones propias de dichas asociaciones, quienes actuarán bajo los principios de independencia y autonomía en su constitución y el ejercicio de sus funciones.

Las EAPB e IPS deberán respetar las asociaciones y alianzas de usuarios que conformadas con anterioridad a la expedición de la presente circular y reconocer las asociaciones de usuarios que se conformen por iniciativa de los usuarios, garantizando el ejercicio de la participación social en salud.

Instrucciones específicas para las EAPB

Las EAPB deben garantizar la conformación de al menos una (1) asociación de usuarios por cada departamento en las regiones en las que opere. Para la verificación de la garantía de este derecho, las entidades vigiladas deberán realizar la convocatoria pública para tal efecto.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directamente en la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

1.1. PUBLICACIÓN ACTOS DE CONFORMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO. <Subnumeral modificado por la Circular 8 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

Las EAPB e IPS, deberán publicar y mantener actualizada la información relacionada con los mecanismos de participación social en un lugar visible y de fácil acceso de su página web, mínimo con la siguiente información:

- Asociación(es) o alianza(s) de usuarios conformadas.
- Dirección, lugar y horario de reuniones de la asociación o asociaciones y datos de contacto, que le reporten las asociaciones.
- Orientación sobre el proceso de afiliación a la asociación(es) o alianza(s) de usuarios, indicando los datos de contacto (nombre, dirección física, dirección electrónica y teléfono) del responsable de la afiliación a la asociación o alianza de usuarios.
- Nombres, apellidos y fecha de elección de los representantes de la alianza o asociación de

usuarios ante las instancias definidas en la normatividad vigente.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directamente en la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

1.2. RENDICIÓN DE CUENTAS. ⁽²²⁾ <Subnumeral modificado por la Circular 8 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

La rendición de cuentas es una herramienta de control social que implica el suministro de información de la gestión y sus resultados a la comunidad⁽²³⁾. Este proceso tiene como finalidad la búsqueda de la transparencia y la retroalimentación desde la perspectiva ciudadana para, a partir de allí, lograr la adopción de medidas tendientes al mejoramiento y materializar el principio constitucional en virtud del cual Colombia es un Estado participativo y la consagración de la transparencia como uno de los principios del Sistema General de Seguridad Social que exige que las relaciones entre actores sean públicas, claras y visibles⁽²⁴⁾.

a) Instrucciones específicas para EAPB

La rendición de cuentas debe caracterizarse por la apertura de información a la ciudadanía y la posibilidad de interacción, para ello se requiere que las entidades vigiladas dispongan de:

- Reportes trimestrales publicados en la página web institucional sobre caracterización de sus afiliados, los indicadores de gestión del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la entidad y la satisfacción de los usuarios. Debe publicarse dentro de los 20 días primeros calendario de los meses de abril, julio, octubre y enero.
- Micrositio de Rendición de Cuentas en la página web donde se encuentre permanentemente disponible información relacionada por lo menos con: el estado de la contratación de la red prestadora de servicios por nivel de complejidad, cantidad de afiliados, cifras de nuevos afiliados y de las novedades presentadas indicando cantidad de traslados desde y hacia otras EAPB, movilidad, portabilidad, suspensiones, entre otros; cantidad de Oficinas de Atención al Usuario y gestión de cada una de ellas, tiempos de espera para la atención de los usuarios por canal y resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios. La información debe actualizarse al menos trimestralmente.

En este micrositio debe, además, permitirse la interacción de la comunidad de manera que pueda presentar sus comentarios u observaciones y solicitar información relacionada con la función del aseguramiento a cargo de la vigilada y de la gestión de la entidad. Así mismo deberá contener, los informes de las audiencias públicas de rendición de cuentas que se presenten a la comunidad.

b) Instrucciones específicas para ESE e IPS públicas

Deberán disponer de un Micrositio de Rendición de Cuentas en la página web, donde se encuentre permanentemente disponible información actualizada relacionada por lo menos con: los indicadores de gestión del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la entidad, satisfacción de los usuarios.

En este micrositio debe, además, permitirse la interacción de la comunidad de manera que pueda presentar sus comentarios u observaciones y solicitar información relacionada con la prestación de los servicios en salud y de la gestión de la entidad.

Así mismo deberán publicarse, los informes de las audiencias públicas rendición de cuentas que se presenten a la comunidad.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directamente en la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

1.2.1. REPORTE DE LA FECHA DE LA AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS. <Subnumeral modificado por la Circular 8 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

La fecha de programación y lugar de la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas, de una vigencia cumplida, con corte a 31 de diciembre, deberá reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud a más tardar el 10 de abril de la siguiente vigencia y, en caso de modificación de fecha de la audiencia pública, la nueva fecha deberá reportarse con al menos 20 días calendario de anterioridad a la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas, con el formato Archivo Tipo GT003, a través de la Plataforma NRVCC.

Lo anterior sin perjuicio de que las vigiladas puedan realizar más de una audiencia pública de rendición de cuentas.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directamente en la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

1.2.2. CONVOCATORIA A LA AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS.

<Subnumeral modificado por la Circular 8 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

La convocatoria a la audiencia pública de rendición de cuentas deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Convocar a usuarios y ciudadanía en general a la rendición, en un término no inferior a un mes de su realización.
- La convocatoria deberá realizarse a través de la página web de la respectiva entidad y de todos sus canales de comunicación. Además, se debe publicar por los menos 2 veces durante dicho término con intervalo de al menos 10 días, en un medio de amplia circulación, con cobertura en la jurisdicción donde cuenta con afiliados.
- Las EAPB, Empresas Sociales del Estado e IPS públicas, deberán publicar en su página web, a más tardar el 10 de abril de cada vigencia, la fecha de programación y lugar de la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas.
- En caso de que se presente modificación en la fecha de la audiencia pública, la nueva fecha se deberá publicar con al menos 20 días calendario de anterioridad a la realización y difundirse por todos medios establecidos para la audiencia inicial. En todo caso la audiencia pública de rendición de cuentas de una vigencia cumplida deberá realizarse a más tardar el 31 de julio de la siguiente vigencia.
- En el acto de convocatoria se debe indicar a la ciudadanía el mecanismo para que los interesados puedan participar activamente en la audiencia de rendición de cuentas. El informe que se rendirá a la ciudadanía en la audiencia pública deberá ser difundido en la página web de la entidad, 30 días antes de la realización de la audiencia.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directamente en la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

1.2.3. DESARROLLO Y CONTENIDO. <Subnumeral modificado por la Circular 8 de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

La audiencia pública deberá realizarse, por lo menos, en relación con los siguientes temas:

a) Prestación de servicios de salud

- Indicadores de oportunidad, y calidad de la atención en salud, y los servicios prestados. Comparativo con la vigencia anterior.
- Actividades de promoción y prevención desarrolladas durante la vigencia.

- Actividades de salud pública implementadas durante la vigencia, objeto de reporte en el marco del plan decenal de salud pública vigente y sus variaciones frente a la vigencia anterior.
- Información relacionada con la caracterización de los usuarios y la gestión del riesgo en salud.

Instrucciones específicas para EAPB

Las EAPB presentarán la red prestadora de servicios de salud y sus variaciones durante la vigencia, por niveles de complejidad de los servicios.

b) Contratación

- Información actualizada de la evolución y estado actual de los procesos de contratación de la red, incluyendo prestadores y dispensación de medicamentos e insumos.
- Número, objeto, monto y estado de los contratos terminados y en ejecución durante el período objeto de la rendición de cuentas.

c) Aspectos financieros:

- Incluir en la audiencia información relacionada con las condiciones financieras de la entidad y la gestión de los recursos del sistema.
- Análisis comparativo de la ejecución presupuestal con la vigencia anterior.
- Información sobre la gestión del riesgo financiero.
- Presentación y análisis del balance general y el estado de resultados comparado con al menos la última vigencia.

d) Satisfacción de usuarios

- Análisis comparativo del comportamiento del total de las PQR presentadas, al menos, durante las últimas dos (2) vigencias.
- Análisis de los principales motivos de peticiones, quejas, reclamos y solicitudes de información presentadas en dichos períodos.
- Número de fallos de tutelas a favor de los usuarios en relación con la prestación de servicios de salud, discriminado por motivos. Comparativo con la vigencia anterior.
- Mecanismos de atención prioritaria para personas con derechos a atención prioritaria o preferencial.
- Número de asociaciones de usuarios vigente.
- Informe de los logros obtenidos como producto del trabajo conjunto entre la Administración y las alianzas, asociaciones de usuarios y demás instancias de participación de la entidad.
- Informe de las encuestas de satisfacción y plan de mejora implantados o en curso a partir de las deficiencias detectadas en la atención al usuario.

Las entidades deberán garantizar que los asistentes a la audiencia pública tengan un espacio en el que puedan participar activamente si así lo desean, sobre lo cual deberán pronunciarse en la

misma audiencia o dentro de los próximos diez (10) días hábiles a su realización a través de publicación en página web.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directamente en la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

1.2.4. ACTA DE REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA.

De la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas deberá levantarse acta que contenga, por lo menos, los siguientes aspectos: i) Constancias de convocatorias, ii) forma como se garantizó la participación de la ciudadanía, iii) desarrollo de la audiencia, iv) relación de autoridades, grupos u organizaciones asistentes, v) respuestas y aclaraciones que se publicaron como consecuencia de las inquietudes surgidas en la audiencia vi) los compromisos adquiridos en el marco de la audiencia, si los hubiere, junto con los soportes de las acciones de cumplimiento y/o cronograma para el cumplimiento de los mismos.

El acta deberá ser publicada dentro de los 15 días hábiles siguientes a la realización de la audiencia y deberá estar acompañada de los registros de asistencia, el informe final presentado en la audiencia pública y los soportes relacionados en el párrafo anterior.

Esta información deberá estar disponible en la página web institucional al menos durante tres (3) años siguientes a la realización de audiencia, sin perjuicio del deber de conservarla en los archivos de las respectivas entidades”.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular 8 de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directamente en la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

TITULO VIII.

OTROS ACTORES.

CAPITULO I.

COMPAÑÍAS DE SEGUROS AUTORIZADAS PARA OPERAR EL RAMO SOAT.

Las Compañías de Seguros que operen el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito como responsables del flujo de los recursos de la salud deben cumplir con las disposiciones que regulan dicha actividad y en consecuencia diligenciar la información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con la estructura y los requerimientos técnicos enunciados en los anexos técnicos de la Circular Unica.

La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma mensual con fecha de corte el día 30 ó 31 de cada mes, según sea el caso, y de acuerdo con la fecha límite de entrega, según el siguiente cronograma.

Período de Corte	Fecha límite de presentación
A 31 de diciembre	20 de enero
A 31 de marzo	20 de abril
A 30 de junio	20 de julio
A 30 de septiembre	20 de octubre

CAPITULO II.

INDUMIL.

La Industria Militar, Indumil, deberá reportar a la Superintendencia Nacional de Salud la información por municipio sobre ventas de municiones y explosivos y cantidad de salvoconductos expedidos con fecha de corte el día 30 de cada mes y con fecha límite de entrega el último día calendario del mes siguiente a la fecha de corte, de acuerdo con la estructura señalada en el anexo técnico.

CAPITULO III.

CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR QUE NO ADMINISTRAN RÉGIMEN SUBSIDIADO.

La información solicitada a las Cajas de Compensación Familiar que no administran régimen subsidiado debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma mensual con fecha de corte el día 30 de cada mes y con fecha límite de entrega el último día calendario del mes siguiente a la fecha de corte, de conformidad con lo establecido en el correspondiente anexo técnico.

TITULO IX.

MEDIDAS ESPECIALES.

CAPITULO I.

MARCO LEGAL DE LAS ACCIONES Y MEDIDAS ESPECIALES.



ISSN 2256-1633

Última actualización: 5 de julio de 2020

