

ARTÍCULO 2.5.3.2.9. 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.

(Artículo 6o del Decreto 412 de 1992)



ARTÍCULO 2.5.3.2.10. El Comité Nacional de Urgencias tendrá las siguientes funciones:

- a) Asesorar al subsector oficial del sector salud en la elaboración de normas técnicas y administrativas para el manejo de las urgencias médicas y colaborar el mantenimiento y análisis de un diagnóstico actualizado de la incidencia y de los problemas originados en la prevalencia de ese tipo de patología;
- b) Coordinar con los comités que se creen para el efecto en las diferentes entidades territoriales, las asesorías que se deberán brindar a las entidades y organizaciones públicas y privadas que tengan como objetivo la prevención y manejo de las urgencias;
- c) Revisar periódicamente los programas de educación comunitaria orientados a la prevención y atención primaria de las urgencias, y los programas docentes relacionados con la problemática de las mismas dirigidos a los profesionales de la salud, con el fin de sugerir pautas para el diseño de los mismos;
- d) Contribuir a la difusión, desarrollo y ejecución del programa de la Red Nacional de Urgencias;
- e) Promover la consecución de recursos para el desarrollo de los programas de prevención y manejo de las urgencias;
- f) Elaborar su propio reglamento y las demás que le asigne el Ministerio de Salud y Protección Social como organismo rector del sistema de salud.

(Artículo 7o del Decreto 412 de 1992)



ARTÍCULO 2.5.3.2.11. El Comité Nacional de Urgencias estará Integrado por:

- a) El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá;
- b) Un representante de las facultades o escuelas de medicina;
- c) El Presidente del Colegio Colombiano de Médicos de Urgencias o su delegado;
- d) Un representante de la Superintendencia Nacional de Salud;
- e) El Presidente de la Cruz Roja Colombiana o su delegado;
- f) El Director Nacional para la Atención de Desastres del Ministerio de Gobierno;
- g) Un representante de la Unión de Aseguradores Colombianos, Fasecolda.

(Artículo 8o del Decreto 412 de 1992)



ARTÍCULO 2.5.3.2.12. LA INSTALACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ NACIONAL DE URGENCIAS ES RESPONSABILIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. A nivel seccional, distrital y local lo será del jefe de la Dirección Seccional de Salud o Local respectiva.

(Artículo 9o del Decreto 412 de 1992)



ARTÍCULO 2.5.3.2.13. DE LOS ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS. Las direcciones departamentales y municipales de salud destinarán un porcentaje de su presupuesto para el pago de la atención inicial de urgencia absoluta de recursos para cubrir el costo de tales servicios.

(Artículo 10 del Decreto 412 de 1992)



ARTÍCULO 2.5.3.2.14. AJUSTES ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD. Todas las instituciones del sector salud deberán realizar los ajustes administrativos y financieros necesarios para asegurar el cumplimiento del presente capítulo.

(Artículo 12 del Decreto 412 de 1992)



ARTÍCULO 2.5.3.2.15. DE LAS SANCIONES. A todas las instituciones, entidades y personas a que se refiere el presente Capítulo y que incumplan las normas previstas en el mismo, se les aplicarán las sanciones establecidas en la ley, con sujeción al procedimiento previsto en el Código Contencioso Administrativo.

(Artículo 13 del Decreto 412 de 1992)



ARTÍCULO 2.5.3.2.16. PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

PARÁGRAFO. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

(Artículo 17 del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.2.17. 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 laborales, 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 Salud y Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y Desastres (CRUE).

(Artículo 18 del Decreto 4747 de 2007)

Concordancias

Decreto Legislativo 538 de 2020; Art. [4](#)

Ley 1438 de 2011; Art. [67](#)

CAPÍTULO 3.

NIVELES DE ATENCIÓN, TIPOS DE SERVICIO Y GRADOS DE COMPLEJIDAD.



ARTÍCULO 2.5.3.3.1. NIVEL DE ATENCIÓN. Para efectos de lo dispuesto en este Capítulo, se entiende por nivel de atención la responsabilidad del ente territorial en la organización de los servicios de salud a través de una o varias entidades para satisfacer las necesidades de salud de su población.

(Artículo 1o del Decreto 1760 de 1990)



ARTÍCULO 2.5.3.3.2. GRADOS DE COMPLEJIDAD. Los servicios que organicen las entidades se clasificarán en grados de complejidad con el objeto de racionalizar los recursos disponibles, lograr una mejor distribución de los mismos en el país y mantener la calidad en la prestación de servicios.

(Artículo 3o del Decreto 1760 de 1990)



ARTÍCULO 2.5.3.3.3. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ENTIDADES DE PRIMER NIVEL. La clasificación de las entidades como de primer nivel responde a que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios:

a) Base poblacional del municipio o municipios a, cubrir;

b) Cobertura de atención a la población del mismo municipio y a la de otros municipios que no cuenten con atención hospitalaria dentro de su territorio;

c) Frecuencia del problema que justifique el servicio;

d) Tecnología de baja complejidad, sencilla y simple de utilizar en la consulta externa, hospitalización, urgencias y los servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad;

e) Atención por personal profesional general, técnico y auxiliar.

(Artículo 6o del Decreto 1760 de 1990)



ARTÍCULO 2.5.3.3.4. ADMINISTRACIÓN ENTIDADES DE PRIMER NIVEL. Las entidades clasificadas como de primer nivel, podrán ser administradas por los departamentos en virtud del principio de subsidiariedad conforme a las normas vigentes.

(Artículo 7o del Decreto 1760 de 1990)



ARTÍCULO 2.5.3.3.5. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ENTIDADES DE SEGUNDO NIVEL. Las entidades se clasificarán como de segundo nivel si cumplen como mínimo con los siguientes criterios:

a) Frecuencia de los problemas de salud que justifiquen los servicios ofrecidos por la entidad;

b) Cobertura y atención a poblaciones de uno o varios municipios o comunas que cuenten con atención hospitalaria de primer nivel;

c) Atención por personal profesional especializado, responsable de la prestación de los servicios;

d) Tecnología de mediana complejidad que requiere profesional especializado para su manejo, en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de mediana severidad;

e) Amplia base poblacional que cubra uno o varios entes territoriales según sus necesidades de atención;

f) Existencia de planes de desarrollo socioeconómicos en el área, para convertirse en polo de desarrollo de regiones mayores en el país.

(Artículo 8o del Decreto 1760 de 1990)



ARTÍCULO 2.5.3.3.6. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE ENTIDADES DE TERCER NIVEL. Para que las instituciones sean clasificadas como de tercer nivel se requiere que en ellas se cumplan como mínimo los siguientes criterios:

a) Frecuencia de los fenómenos o patología que Justifique los servicios correspondientes;

b) Alta base poblacional en los entes territoriales a cubrir;

c) Cobertura de atención a otros entes territoriales que cuenten con entidades del primero y

segundo nivel de atención;

d) Tecnología requerida de la más alta complejidad;

e) Atención por personal especializado y subespecializado responsable de la prestación de los servicios;

f) Existencia de planes de desarrollo socioeconómicos en el área para convertirla como polo de desarrollo de regiones mayores en el país.

(Artículo 9o del Decreto 1760 de 1990)



ARTÍCULO 2.5.3.3.7. ADMINISTRACIÓN ENTIDADES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL. Las entidades clasificadas como de segundo y tercer nivel podrán ser administradas por los municipios con base en el principio de complementariedad conforme a las normas vigentes.

(Artículo 10 del Decreto 1760 de 1990)

CAPÍTULO 4.

CONTRATACIÓN.



ARTÍCULO 2.5.3.4.1. OBJETO. El presente Capítulo tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

(Artículo 1o del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.2. CAMPO DE APLICACIÓN. El presente Capítulo aplica a los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente Capítulo deberán cumplir con los términos aquí establecidos.

(Artículo 2o del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.3. DEFINICIONES. Para efectos del presente Capítulo se adoptan las siguientes definiciones:

1. Prestadores de servicios de salud. Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente Capítulo, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

2. Entidades responsables del pago de servicios de salud. Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos laborales.

3. Red de prestación de servicios. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

4. Modelo de atención. Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

5. Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

6. Acuerdo de voluntades. Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

(Artículo 3o del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.4. MECANISMOS DE PAGO APLICABLES A LA COMPRA DE SERVICIOS DE SALUD. Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

1. Pago por capitación. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas;

2. Pago por evento. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado,

con unas tarifas pactadas previamente;

3. Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

(Artículo 4o del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.5. REQUISITOS MÍNIMOS QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA LA NEGOCIACIÓN Y SUSCRIPCIÓN DE LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Son requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

1. Por parte de los prestadores de servicios de salud:

a) Habilitación de los servicios por prestar;

b) Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida;

c) Modelo de prestación de servicios definido por el prestador;

d) Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

2. Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:

a) Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico;

b) Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago;

c) Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago;

d) Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios;

e) Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud;

f) Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

PARÁGRAFO 1o. En el diseño, y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

PARÁGRAFO 2o. Las entidades responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera permanente en la página web de la entidad dicho listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias.

En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.

PARÁGRAFO 3o. De los requisitos mínimos establecidos en el presente artículo, tanto los prestadores de servicios de salud como las entidades responsables del pago de los servicios de salud, deberán conservar la evidencia correspondiente.

(Artículo 5o del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.6. CONDICIONES MÍNIMAS QUE DEBEN SER INCLUIDAS EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:

1. Término de duración.
2. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
3. Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
4. Servicios contratados.
5. Mecanismos y forma de pago.
6. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
8. Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS.
9. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.
10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las

obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.

11. Mecanismos para la solución de conflictos.

12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

PARÁGRAFO 1o. Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del parágrafo 1o del artículo [44](#) de la Ley 1122 de 2007, las entidades responsables del pago de servicios de salud, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

PARÁGRAFO 2o. Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

PARÁGRAFO 3o. La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (Pamec), de cada uno de los actores, definido en los artículos [2.5.1.4.1](#) a [2.5.1.4.9](#) del presente decreto o la norma que los adicione, modifique o sustituya.

(Artículo 6o del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.7. CONDICIONES MÍNIMAS QUE SE DEBEN INCLUIR EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDIANTE EL MECANISMO DE PAGO POR CAPITACIÓN. Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo, mediante el mecanismo de pago por capitación, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo presente decreto anterior, las siguientes:

1. Base de datos con la identificación de los usuarios cubiertos con el acuerdo de voluntades.
2. Perfil epidemiológico de la población objeto del acuerdo de voluntades.
3. Monto que debe ser pagado por el responsable del pago por cada persona con derecho a ser atendida, en un período determinado, en el marco de los servicios convenidos o pactados con el prestador de servicios.
4. Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, de acuerdo con la codificación que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Metas de cobertura, resolutiveidad y oportunidad en la atención, que tengan en cuenta la normatividad vigente.

6. Condiciones de ajuste en el precio asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.

7. Condiciones para el reemplazo de personas cubiertas por el acuerdo de voluntades, asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.

PARÁGRAFO 1o. Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, la entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención.

PARÁGRAFO 2o. Este mecanismo de pago no genera en ningún caso la transferencia de las obligaciones propias del aseguramiento a cargo exclusivo de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud.

(Artículo 7o del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.8. CONDICIONES MÍNIMAS QUE SE DEBEN INCLUIR EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDIANTE EL MECANISMO DE PAGO POR EVENTO, CASO, CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES, PAQUETE O GRUPO RELACIONADO POR DIAGNÓSTICO. Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con los prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo bajo el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo [2.5.3.4.6](#) del presente decreto, los siguientes aspectos:

1. Actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud, o listado y descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico.

2. Tarifas que deben ser aplicadas a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, o los conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico. La identificación y denominación de los procedimientos en salud deberá tener en cuenta lo establecido en el artículo [2.5.3.1.5](#) del presente decreto.

(Artículo 8o del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.9. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ACREDITADAS EN SALUD. Las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado que tengan afiliados en el área de influencia de una institución prestadora de servicios de salud acreditada en salud, privilegiarán su inclusión en la red de prestación de

servicios para lo cual suscribirán los acuerdos de voluntades correspondientes, siempre y cuando la institución acreditada lo acepte.

(Artículo 9o del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.10. SOPORTES DE LAS FACTURAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Artículo 21 del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.11. ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA. Las entidades administradoras de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud tales como EPS del régimen subsidiado o contributivo, ARL, etc., tienen derecho a acceder a la historia clínica y sus soportes, dentro de la labor de auditoría que le corresponde adelantar, en armonía con las disposiciones generales que se determinen en materia de facturación.

(Artículo 5o del Decreto 1725 de 1999)



ARTÍCULO 2.5.3.4.12. MANUAL ÚNICO DE GLOSAS, DEVOLUCIONES Y RESPUESTAS. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(Artículo 22 del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.13. RECONOCIMIENTO DE INTERESES. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el artículo 7o del Decreto-ley 1281 de 2002.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el aparte subrayado de este inciso. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 11001-03-24-000-2010-00469-00 de 09/05/2019, Consejero Ponente Dr. Oswaldo Giraldo López.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la

cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.

(Artículo 24 del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.14. REGISTRO CONJUNTO DE TRAZABILIDAD DE LA FACTURA. Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.

(Artículo 25 del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.15. RESPONSABILIDAD DEL RECAUDO DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS. La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. En el caso en que se pacte en los acuerdos de voluntades el recaudo de los mismos por parte de los prestadores de servicios de salud, solamente podrán considerarse como parte del pago a los prestadores de servicios de salud cuando exista un recaudo efectivo de su valor.

(Artículo 26 del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.16. LIQUIDACIÓN O TERMINACIÓN DE ACUERDO DE VOLUNTADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Todos los acuerdos de voluntades que se celebren entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud para efectos de prestar los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes, deberán ser liquidados o terminados a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su vencimiento.

(Artículo 27 del Decreto 4747 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.3.4.17. PERÍODO DE TRANSICIÓN. Se establece un período de seis (6) meses contados a partir de la fecha de publicación de los procedimientos y formatos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo del presente Capítulo, para que los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud los adopten.

PARÁGRAFO. Los acuerdos de voluntades entre entidades responsables del pago de los servicios de salud y prestadores de servicios de salud que se encuentren en curso al 7 de diciembre de 2007, continuarán sujetos a las condiciones establecidas en los mismos hasta su terminación. En caso de que los acuerdos de voluntades sean prorrogados, las prórrogas deberán ajustarse a lo aquí dispuesto.

(Artículo 28 del Decreto 4747 de 2007)



ISSN 2256-1633

Última actualización: 5 de agosto de 2020

