

## **ANEXO A**

### **NORMATIVIDAD LEGAL VIGENTE EN MATERIA DE RIESGOS PROFESIONALES Y PARTICIPACIÓN DE LA EPS COMO ACTOR DEL SISTEMA**

#### **LEY 100 DE 1993 de Diciembre 23**

##### **CAPÍTULO I PRINCIPIOS GENERALES**

ARTICULO 156. Características básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

b) Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales;

c) Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud;

e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el Gobierno;

##### **LIBRO SEGUNDO**

##### **TITULO II**

##### **LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

##### **CAPITULO I**

##### **DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO**

ARTICULO 206. Incapacidades. Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las Empresas Promotoras de Salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las

Entidades Promotoras de Salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

ARTICULO 208. De la Atención de los Accidentes de Trabajo y la Enfermedad Profesional. La prestación de los servicios de salud derivados de enfermedad profesional y accidente de trabajo deberá ser organizada por la Entidad Promotora de Salud. Estos servicios se financiarán con cargo a la cotización del régimen de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, que se define en el Libro 3o. de la presente Ley.

### **LIBRO TERCERO SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES**

ARTICULO 254. Prestaciones Médico-Asistenciales. Los servicios de salud derivados de accidente de trabajo o enfermedad profesional, serán prestados por las Entidades Promotoras de Salud de que trata la presente Ley, quienes repetirán contra las entidades encargadas de administrar los recursos del seguro de accidente de trabajo y Enfermedad profesional a que esté afiliado el respectivo trabajador.

### **DECRETO 1295 DE 1994 de junio 22**

ARTICULO 1o. DEFINICIÓN. El Sistema General de Riesgos Profesionales es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencias del trabajo que desarrollan.

El Sistema General de Riesgos Profesionales establecido en este decreto forma parte del Sistema de Seguridad Social Integral, establecido por la Ley 100 de 1993.

Las disposiciones vigentes de salud ocupacional relacionadas con la prevención de los accidentes trabajo y enfermedades profesionales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, con las modificaciones previstas en este decreto, hacen parte integrante del Sistema General de Riesgos Profesionales.

ARTICULO 2o. OBJETIVOS DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES. El Sistema General de Riesgos Profesionales tiene los siguientes objetivos:

a. Establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, protegiéndola contra

los riesgos derivados de la organización del trabajo que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo tales como los físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales, de saneamiento y de seguridad.

b. Fijar las prestaciones de atención de la salud de los trabajadores y las prestaciones económicas por incapacidad temporal a que haya lugar frente a las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

c. Reconocer y pagar a los afiliados las prestaciones económicas por incapacidad permanente parcial o invalidez, que se deriven de las contingencias de accidente de trabajo o enfermedad profesional y muerte de origen profesional.

d. Fortalecer las actividades tendientes a establecer el origen de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y el control de los agentes de riesgos ocupacionales.

ARTICULO 5o. PRESTACIONES ASISTENCIALES. Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tendrá derecho, según sea el caso, a:

a. Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.

b. Servicios de hospitalización.

c. Servicio odontológico.

d. Suministro de medicamentos.

e. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

f. Prótesis y órtesis, su reparación, y su reposición solo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de rehabilitación se recomienda.

g. Rehabilitaciones física y profesional.

h. Gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos servicios.

Los servicios de salud que demande el afiliado, derivados del accidente de trabajo o la enfermedad profesional, serán prestados a través de la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentra afiliado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, salvo los tratamientos de rehabilitación profesional y los servicios de medicina ocupacional que podrán ser prestados por las entidades administradoras de riesgos profesionales.

Los gastos derivados de los servicios de salud prestados y que tengan relación directa con la atención del riesgo profesional, están a cargo de la entidad administradora de riesgos profesionales correspondiente.

ARTICULO 6o. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. Para la prestación de los servicios de salud a los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán suscribir los convenios correspondientes con las Entidades Promotoras de Salud.

El origen determina a cargo de cual sistema general se imputarán los gastos que demande el tratamiento respectivo. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos y términos dentro de los cuales se harán los reembolsos entre las

administradoras de riesgos profesionales, las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones prestadoras de servicios de salud.

Las entidades administradoras de riesgos profesionales reembolsarán a las Entidades Promotoras de Salud, las prestaciones asistenciales que hayan otorgado a los afiliados al sistema general de riesgos profesionales, a las mismas tarifas convenidas entre la entidad promotora de salud la institución prestadora de servicios de salud, en forma general, con independencia a la naturaleza del riesgo. Sobre dichas tarifas se liquidará una comisión a favor de la entidad promotora que será reglamentada por el Gobierno Nacional, y que en todo caso no excederá al 10% salvo pacto en contrario entre las partes.

La institución prestadora de servicios de salud que atienda a un afiliado al sistema general de riesgos profesionales, deberá informar dentro de los 2 días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o al diagnóstico de la enfermedad profesional, a la entidad promotora de salud y a la entidad administradora de riesgos profesionales a las cuales aquel se encuentre afiliado. Hasta tanto no opere el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía, las entidades administradoras podrán celebrar contratos con instituciones prestadoras de servicios de salud en forma directa; no obstante se deberá prever la obligación por parte de las entidades administradoras, al momento en que se encuentre funcionando en la respectiva región las Entidades Promotoras de Salud, el contratar a través de éstas cuando estén en capacidad de hacerlo.

Para efectos de procedimientos de rehabilitación las administradoras podrán organizar o contratar directamente en todo tiempo la atención del afiliado, con cargo a sus propios recursos.

Finalmente, las entidades administradoras podrán solicitar a la Entidad Promotora de Salud la adscripción de Instituciones prestadoras de servicios de salud. En este caso, la entidad administradora de riesgos profesionales asumirá el mayor valor de la tarifa que la institución prestadora de servicios de salud cobre por sus servicios, diferencia sobre la cual no se cobrará la suma prevista en el inciso cuarto de este artículo.

PARÁGRAFO. La prestación de servicio de salud se hará en las condiciones medias de calidad que determine el Gobierno Nacional, y utilizando para este propósito la tecnología disponible en el país.

ARTICULO 12. ORIGEN DEL ACCIDENTE DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE. Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se consideran de origen común.

La calificación del origen del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional será calificada en primera instancia por la institución prestadora de servicios de salud que atiende al afiliado.

El médico o la comisión laboral de la entidad administradora de riesgos profesionales determinarán el origen, en segunda instancia.

Cuando surjan discrepancias en el origen, estas serán resueltas por una junta integrada por representantes de las entidades administradoras, de salud y de riesgos profesionales.

De persistir el desacuerdo, se seguirá el procedimiento previsto para las juntas de calificación de invalidez definido en los artículos 41 y siguientes de la Ley 100 de 1993 y sus reglamentos.

El Decreto 1295 de 1994 reglamentó la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales, componente de la seguridad social para atender los accidentes de trabajo y enfermedad profesional. El objetivo central se coloca en lograr cobertura de aseguramiento de las empresas, en un esquema rentable para las ARP, que lleva a que se generen mecanismos de mercado como por ejemplo evitar al máximo el reconocimiento del origen laboral de los accidentes y las enfermedades.

Recientemente los artículos de ATEP y de formas de vinculación al Sistema General de Riesgos Profesionales han sido declarados inexecutable a través de la sentencia C – 858 de 2006 de la Corte Constitucional. La argumentación de la Corte está en que la definición de accidentes de trabajo y formas de afiliación para los trabajadores constituye un *aspecto sustancial* y de suma relevancia para el ejercicio de los derechos, cuya facultad de regulación normativa no fue concedida al Presidente. Por otro lado que el establecer la vinculación voluntaria a los trabajadores independientes en contraposición a la vinculación obligatoria de los trabajadores dependientes es una clara discriminación. La declaratoria de inexecutable de estos artículos demanda al Congreso de la República expedir una ley que defina los aspectos declarados inexecutable, y dado que éste no cumplió el plazo establecido a junio de 2007, el Gobierno se vio obligado como salida a llenar temporalmente el vacío jurídico amparándose en la legislación que en esta materia existe en la Comunidad Andina de Naciones. Esta situación podría verse como una oportunidad para los trabajadores y los sindicatos de ampliar la comprensión y cobertura de los ATEP y de ampliar la cobertura del Sistema al conjunto de trabajadores tanto formales como informales, pero lo cierto es que al interior del Congreso hay control de bancadas oficialistas, que de seguro actuaran a favor de las ARP y no precisamente del avance en la garantía del derecho a la salud en el trabajo en el país.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> TORRES, Mauricio. Médico, Salubrista Ocupacional. Coordinador de la Región Andina y miembro de la Red de Salud y Trabajo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) e integrante del Movimiento Nacional la Salud y la Seguridad Social de Colombia.

## **DECRETO 2569 DE SEPTIEMBRE DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD**

Por el cual se reglamentan los mecanismos para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y en general los prestadores de servicios de salud califiquen en primera instancia el origen del accidente y la enfermedad profesional.

Artículo 6, Decreto 2463 de noviembre de 2001 del Ministerio de Salud, el cual estableció que el origen del accidente o de la enfermedad causantes o no de pérdida de la capacidad laboral o de la muerte, será calificado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud que atendió a la persona en primera instancia y por la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales en segunda instancia.

Resolución 00156 de Febrero de 2005 del Ministerio de Protección Social, por la cual se adoptan los formatos de informe de accidente de trabajo y de enfermedad profesional de que trata el artículo 62 del Decreto - Ley 1295 de 1994.

### **NORMAS GENERALES**

1. En la atención de pacientes deben identificarse los casos de accidente de trabajo y enfermedad profesional y obtener la documentación del caso que soporte el cobro ante la respectiva entidad de afiliación, o directamente ante la ARP de acuerdo a los convenios de atención que tenga vigente la sede de atención.
2. Debe tramitarse la autorización para la asistencia médica de la respectiva ARP cuando se trate de accidente de trabajo, así el paciente sea atendido con cargo a la entidad de afiliación.
3. Para determinar si se trata de una enfermedad profesional debe tenerse en cuenta si la patología presentada por el paciente está relacionada con su actividad laboral actual o con las anteriores.
4. Solo se reportarán como accidentes de trabajo aquellos casos en los cuales los pacientes se encuentren trabajando actualmente y sean trabajadores dependientes o independientes estos últimos siempre y cuando se encuentren afiliados a una ARP.
5. Cuando se trate de accidentes de tránsito que ocurran durante el ejercicio laboral se considera accidente de trabajo, por tanto se debe informar a la ARP y a la EPS sobre el ingreso del paciente.
6. Cuando se trate de una sospecha de enfermedad profesional debe diligenciarse el formato "SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE DE TRABAJO", este mismo debe diligenciarse en caso de

accidente de trabajo si el paciente no presenta el Formulario Único de Reporte de Accidente de Trabajo (FURAT).

7. La admisión de los usuarios afiliados a Colsanitas, Medisanitas o EPS Sanitas debe hacerse con cargo a una de estas empresas quienes a través de Medicina Laboral tramitan ante la ARP el recobro del valor de los servicios médicos prestados.
8. Es responsabilidad de la unidad de servicio que atendió al paciente remitir a Medicina Laboral toda la documentación soporte a saber: Historia Clínica, FURAT o formato “SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE DE TRABAJO”, Exámenes Paraclínicos y Radiológicos, Factura y Listado de Cargos. Si se trata de pacientes diferentes a usuarios afiliados a algunas de las compañías OSI, la documentación se envía al área de facturación.

## **RESOLUCIÓN 3374 DE 2000**

Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados

- Prestación individual de servicios de salud: Todos los servicios de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, que se presten como parte de un plan de beneficios del SGSSS, ó por fuera de éste.
- Entidades administradoras de planes de beneficios: Son las entidades responsables de la prestación de servicios de salud a una población específica, en razón de un plan de aseguramiento o por disposición del SGSSS, tales como: las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las que se les asimilen, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo; las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS-, para el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado; las direcciones departamentales, distritales y locales de salud para los servicios de salud cubiertos con recursos de oferta; el Fondo de Solidaridad y Garantía de la Salud -FOSYGA- para accidentes de tránsito y eventos catastróficos y las administradoras de planes de beneficios en regímenes especiales de seguridad social.
- Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS -: Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y

como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la presente Resolución. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS- esta conformado por tres clases de datos:

- De identificación
- Del servicio de salud propiamente dicho
- Del motivo que originó su prestación

Los datos de identificación son los de la entidad administradora del plan de beneficios, los del prestador del servicio y los de la transacción, reportados en una factura de venta de servicios.

Los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS -, son los relacionados con las consultas los procedimientos, el servicio de urgencia, de hospitalización y de medicamentos, las características de dichos datos y los valores para cada uno de ellos.

Los datos de consulta son aplicables a todo tipo de consulta, programada o de urgencia, médica general y especializada, odontológica general y especializada y las realizadas por otros profesionales de la salud.

Los datos de procedimientos son aplicables a todos ellos, trátase de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, de detección temprana o de protección específica.

Los datos de hospitalización son los generados cuando haya lugar a ella, cualquiera sea el motivo que la origine, e incluye las consultas, procedimientos y estancias. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.

Los datos correspondientes a la prestación individual de servicios de salud de urgencia, incluye las consultas, procedimientos y estancia en observación. La transferencia de dichos datos se hará en archivos separados.

Los datos de recién nacidos corresponden individualmente a los de las condiciones y características al nacer de uno o más niños o niñas.



Los datos de medicamentos están relacionados con la denominación y forma farmacológica de éstos.

2. Datos relativos al servicio de salud y a los valores facturados:

Los datos específicos correspondientes a la prestación de servicios individuales de salud a los usuarios deben reportarse en forma unitaria, en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, con los siguientes datos:

❖ *Datos de identificación de usuarios*

Cuando los servicios de salud se presten a personas que se encuentren afiliadas al SGSSS, bien sea en el régimen contributivo o en el subsidiado, se deben diligenciar los siguientes datos:

- Tipo y número de identificación del usuario
- Tipo de usuario

Para todos los usuarios de los demás planes de beneficios o eventos especiales, se deben diligenciar, además de los anteriores, los siguientes:

- Apellidos
- Nombres
- Edad
- Unidad de medida de la edad
- Sexo
- Departamento y municipio de residencia habitual del usuario
- Zona

❖ *Datos de la Consulta:*

- Fecha de la consulta
- Número de autorización, cuando se requiera
- Código de consulta

- Finalidad de la consulta
- Causa externa que originó la consulta
- Diagnóstico principal
- Diagnóstico relacionado No. 1
- Diagnóstico relacionado No. 2
- Diagnóstico relacionado No. 3
- Tipo de diagnóstico principal
- Valor de la consulta
- Valor de la cuota moderadora
- Valor neto a pagar por la entidad administradora del plan de beneficios

❖ *Datos de la prestación individual de servicios de urgencia con observación*

- Fecha de ingreso a observación
- Hora de ingreso a observación
- Número de autorización, cuando se requiera para continuar con el servicio de urgencia
- Causa externa
- Diagnóstico principal a la salida
- Diagnóstico relacionado No. 1, a la salida
- Diagnostico relacionado No. 2, a la salida
- Diagnostico relacionado No. 3, a la salida
- Destino del usuario a la salida de observación

- Estado a la salida
- Causa básica de muerte ( cuando ocurra)
- Fecha de salida de observación

### **ANEXO TÉCNICO No. 1**

Especificaciones Técnicas Para Transferencia De Datos Sobre Prestación Individual De Servicios De Salud:

- Registro De Datos Para El Archivo De Consulta (Ac)

DATO	DESCRIPCIÓN	Long	VALOR PERMITIDO
Causa externa	Identificador de la causa externa que origina el servicio de salud	2	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión auto infligida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad profesional 15 = Otra

Fuente: Resolución 3374 de 2000. Anexo técnico 1.

## **DECRETO 2569 DE SEPTIEMBRE DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD**

Por el cual se reglamentan los mecanismos para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y en general los prestadores de servicios de salud califiquen en primera instancia el origen del accidente y la enfermedad profesional.

Artículo 6, Decreto 2463 de noviembre de 2001 del Ministerio de Salud, el cual estableció que el origen del accidente o de la enfermedad causantes o no de pérdida de la capacidad laboral o de la muerte, será calificado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud que atendió a la persona en primera instancia y por la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales en segunda instancia.

## **RESOLUCIÓN 00156 DE FEBRERO DE 2005 DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.**

Por la cual se adoptan los formatos de informe de accidente de trabajo y de enfermedad profesional de que trata el artículo 62 del Decreto - Ley 1295 de 1994.

### **NORMAS GENERALES**

- En la atención de pacientes deben identificarse los casos de accidente de trabajo y enfermedad profesional y obtener la documentación del caso que soporte el cobro ante la respectiva entidad de afiliación, o directamente ante la ARP de acuerdo a los convenios de atención que tenga vigente la sede de atención.
- Debe tramitarse la autorización para la asistencia médica de la respectiva ARP cuando se trate de accidente de trabajo, así el paciente sea atendido con cargo a la entidad de afiliación.
- Para determinar si se trata de una enfermedad profesional debe tenerse en cuenta si la patología presentada por el paciente está relacionada con su actividad laboral actual o con las anteriores.
- Solo se reportarán como accidentes de trabajo aquellos casos en los cuales los pacientes se encuentren trabajando actualmente y sean trabajadores dependientes o independientes estos últimos siempre y cuando se encuentren afiliados a una ARP.
- Cuando se trate de accidentes de tránsito que ocurran durante el ejercicio laboral se considera accidente de trabajo, por tanto se debe informar a la ARP y a la EPS sobre el ingreso del paciente.

- Cuando se trate de una sospecha de enfermedad profesional debe diligenciarse el formato “SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE DE TRABAJO”, este mismo debe diligenciarse en caso de accidente de trabajo si el paciente no presenta el Formulario Único de Reporte de Accidente de Trabajo (FURAT).
- La admisión de los usuarios afiliados a Colsanitas, Medisanitas o EPS Sanitas debe hacerse con cargo a una de estas empresas quienes a través de Medicina Laboral tramitan ante la ARP el recobro del valor de los servicios médicos prestados.
- Es responsabilidad de la unidad de servicio que atendió al paciente remitir a Medicina Laboral toda la documentación soporte a saber: Historia Clínica, FURAT o formato “SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE DE TRABAJO”, Exámenes Paraclínicos y Radiológicos, Factura y Listado de Cargos. Si se trata de pacientes diferentes a usuarios afiliados a algunas de las compañías OSI, la documentación se envía al área de facturación.

## **RESOLUCIÓN NÚMERO 1043 DE 2006 de Abril 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 auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

### **ARTÍCULO 1º.- CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS.**

Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente:

**a) De capacidad tecnológica y científica:** Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas- Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de

Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable.

Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el Anexo Técnico No. 1 “Manual Único de Estándares y de Verificación”, el cual hace parte integral de la presente Resolución.

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 1 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.

**b) Suficiencia Patrimonial y Financiera:** Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Estas son:

Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.

Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles: aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución.

Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales: aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, exempleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.

Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

La institución que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea de propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social, demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.

**c) De capacidad técnico-administrativa:** Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, demostrarán las

condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordatario.

## **ARTÍCULO 2º.- ESTÁNDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.**

La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

- a. Fiabilidad: La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.
- b. Esencialidad: Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
- c. Sencillez: La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

## **ARTÍCULO 3º.- HABILITACIÓN DE IPS CON CONVENIO DOCENTE ASISTENCIALES.**

Las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS - que suscriban convenios docente asistenciales, para habilitarse deberán cumplir lo definido en el Acuerdo 0003 de 2003 del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos o las normas que lo adicione, modifique o sustituya.

## **ARTÍCULO 4º.-ESTANDARES DE HABILITACIÓN.**

Se adoptan como estándares de habilitación el “Manual Único de Estándares y verificación” que se anexan a la presente resolución como Anexo Técnico No.1 y como guía de procedimientos de habilitación el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” que se anexa a la presente Resolución como Anexo Técnico No.2º.



## **ARTÍCULO 5º. -FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.**

El Ministerio de la Protección Social definirá mediante circular el formulario de Inscripción para los prestadores que inicien la prestación de servicio de salud a la entrada en vigencia de la presente Resolución.

Los prestadores de servicios de salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las entidades departamentales y distritales de salud correspondientes para efectos de su inscripción. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención exigidos en anexo técnico No. 2 que hacen parte integral de la presente Resolución.

Un mismo servicio no puede tener doble habilitación y solo podrá ser habilitado por el prestador responsable del mismo.

**PARÁGRAFO 1.-** Cuando un servicio no esté especificado en los formularios de registro, se aplicarán estándares de carácter genérico en la modalidad de servicio en que se clasifica.

**PARÁGRAFO 2.-** Son procedimientos gratuitos los siguientes: Inscripción en el Registro Especial de Prestadores, reporte de novedades, visita de verificación. Por ningún motivo las entidades departamentales o distritales de Salud, podrán cobrarlo a los prestadores deservicios de salud.

**ARTÍCULO 6º.- ADOPCIÓN DE DISTINTIVOS PARA SERVICIOS HABILITADOS:** Con el propósito de fortalecer el control ciudadano para verificar que las atenciones en salud se presten exclusivamente en servicios inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios y a través de este mecanismo fortalecer la capacidad de control de las entidades territoriales sobre el estado de habilitación de los servicios ofrecidos por las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción, el Ministerio de la Protección Social adopta el distintivo de habilitación, cuyas características se encuentran contenidas en el Anexo Técnico No. 2 “Manual Único de Procedimientos de Habilitación”, que hace parte integral de la presente resolución.

**ARTÍCULO 7º.- REPORTE DE NOVEDADES.** Se consideran novedades del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud a que hace referencia el artículo 5 de la presente Resolución, las siguientes:

- a) Apertura de servicios.
- b) Apertura de nueva sede.
- c) Cambio de domicilio.
- d) Cambio de representante legal.
- e) Cambio de razón social.
- f) Cierre de servicios temporal o definitivo.
- g) Cierre de una sede.
- h) Cierre o apertura de camas.
- i) Cierre o apertura de salas.
- j) Disolución o Liquidación de la entidad o estar adelantando alguno de estos procesos.

**PARÁGRAFO 1.-** En cualquiera de los anteriores eventos el prestador estará en la obligación de reportarlo a las direcciones de salud competentes en el momento en que este se presente, diligenciando el formulario de reporte de novedades que definirá mediante circular el Ministerio de la Protección Social.

**PARÁGRAFO 2.-** Cuando un prestador de servicios de salud tenga un determinado servicio habilitado y presente novedad de cierre del mismo, debe devolver a la entidad territorial de salud correspondiente el respectivo distintivo de habilitación que le fue otorgado. La entidad territorial se encargará de su custodia 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.

#### **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 Único de Estándares y Verificación” Anexo Técnico No. 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 Único de

Procedimientos de Habilitación” Anexo Técnico No. 2, que hace parte integral de la presente Resolución. Una vez notificada la fecha de visita de verificación al prestador, éste no podrá presentar novedades de cierre o apertura de servicios, mientras la visita no haya concluido.

**ARTÍCULO 9°.- 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 N° 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.

**ARTÍCULO 10°.- INSCRIPCIÓN.** Los Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia el Decreto 1011 de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente, previo proceso de verificación, no necesitarán realizar una nueva inscripción y su certificación continuará vigente hasta tanto la entidad territorial realice una nueva visita de verificación conforme a los estándares establecidos en la presente Resolución y se pronuncie sobre la confirmación o revocatoria de la habilitación.

Aquellos Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia del Decreto 1011 de 2006, estuvieran inscritos y verificados sus servicios, la entidad departamental o distrital de salud correspondiente, deberá pronunciarse sobre la certificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación en los términos de la normatividad vigente para la época y se adoptará el procedimiento indicado en el inciso anterior. Los prestadores que no obtengan la certificación, deberán inscribirse nuevamente para su verificación, de acuerdo al Decreto 1011 de 2006.

Los Prestadores de Servicios de Salud, que efectuaron la inscripción y no se les practicó la visita de verificación y, por ende no obtuvieron la certificación de habilitación, independiente de la responsabilidad de las funciones de las entidades territoriales, deberán inscribirse nuevamente para su verificación conforme al Decreto 1011 de 2006.

Los Prestadores de Servicios de Salud que inicien funcionamiento a la entrada en vigencia de la presente Resolución deberán realizar la inscripción por primera vez previo proceso de autoevaluación y cumplimiento de los estándares incluidos en el anexo técnico N° 1 “Manual Único de Estándares y Verificación”. El prestador que no realice la inscripción, no se considera habilitado y no podrá prestar servicios de salud.

Los Prestadores de Servicios de Salud que vayan a prestar nuevos servicios de urgencias, previo al proceso de inscripción, deberán ser verificados por la entidad territorial correspondiente dentro de los 90 días siguientes a la solicitud de la habilitación. Si durante este plazo la entidad territorial no ha realizado la visita para efectos del cumplimiento de las condiciones de verificación, dicho servicio podrá realizar el proceso de inscripción.

**ARTÍCULO 11º.- VIGENCIA Y DEROGATORIA.** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones 9279 de 1993, 1439 de 2002, 486 y 1891 de 2003, 2182 de 2004 y 4750 de 2005 y las demás disposiciones que le sean contrarias.