

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO 002515 DE 2018****(15 JUN 2018)**

Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas en el numeral 13 del artículo 2° del Decreto - Ley 4107 de 2011, y en desarrollo de lo previsto en el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del libro 2, del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, atendiendo los elementos y principios del derecho fundamental a la salud establecidos en la Ley 1751 de 2015 y a las funciones indelegables consagradas en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, gestionarán el aseguramiento con el propósito de prevenir, identificar y tratar oportunamente los riesgos que comprometan la salud de la población afiliada, el funcionamiento de la entidad y su sostenibilidad en el sistema, a efecto de suministrar los servicios y tecnologías de salud de manera integral para promover la salud, prevenir, tratar, rehabilitar, paliar o curar la enfermedad.

Que el Gobierno Nacional atendiendo los mandatos de la Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1751 de 2015 sustituyó el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del libro 2, del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, por el cual se revisaron, unificaron y actualizaron los requisitos de autorización de funcionamiento, así como las condiciones de habilitación y permanencia de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud.

Que dichas entidades deben, constituir, fortalecer y consolidar su estructura, adecuando su organización y desempeño a las condiciones de habilitación, e implementar un sistema de gestión de riesgos como empresa y adoptar medidas de gobierno organizacional, para garantizar la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso oportuno y efectivo en condiciones de calidad a la prestación de los servicios de salud, la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Que conforme lo expuesto, se hace necesario desarrollar las condiciones de habilitación a través de las cuales se demuestra el cumplimiento permanente de la capacidad técnico-administrativa, científica, tecnológica y financiera de las entidades responsables del aseguramiento en salud, así como definir un manual en el cual se desarrollen los criterios y estándares de habilitación que le permita ejercer sus funciones a dichas entidades.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

RESUELVE

Artículo 1. Objeto y alcance. La presente resolución tiene por objeto desarrollar las condiciones para la autorización y habilitación de las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud, así como de las Entidades Responsables de la Operación del Aseguramiento en Salud y adoptar el Manual de Criterios y Estándares para la autorización, habilitación y permanencia de estas entidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente resolución aplica a las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud y administrar los recursos destinados a garantizar los derechos de la población afiliada en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Las Entidades Promotoras de Salud – EPS, a las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud que se encuentran autorizadas para operar el aseguramiento en salud, a las Cajas de Compensación Familiar que operan en los regímenes contributivo y subsidiado, independientemente de su naturaleza jurídica, a las Entidades Adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS en los procesos de evaluación y seguimiento y a la Superintendencia Nacional de Salud en el ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades enunciadas en el numeral 2.1 del presente artículo.

Parágrafo. Las Entidades Responsables de la Operación del Aseguramiento en Salud que se encuentren con medida impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud son igualmente responsables del cumplimiento de las condiciones de habilitación en los términos y plazos establecidos en el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del libro 2, del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 3. Condiciones para la habilitación. Las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud deberán demostrar su capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica, a través del cumplimiento permanente de los criterios y estándares definidos en el manual, que hace parte integral de la presente resolución, el cual contiene los siguientes grupos:

1. Sistema de Gestión de Riesgos
2. Afiliación y libre elección en el SGSSS
3. Atención del usuario e información para el afiliado
4. Sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas
5. Autorización de servicios médicos, medicamentos e insumos
6. Fortalecimiento de la cultura de la seguridad social
7. Gestión del talento humano
8. Tecnologías de información
9. Red integral de prestadores de servicios de salud
10. Gestión de la Salud Pública
11. Condiciones financieras de la entidad y gestión de los recursos del SGSSS
12. Recaudo, compensación de aportes y liquidación de prestaciones contributivas
13. Contratación y pago de servicios
14. Gobierno organizacional

Parágrafo. Los estándares sobre la afiliación y libre elección en el SGSSS y gobierno organizacional son de verificación inmediata por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

Artículo 4. Líneamientos del Sistema de Gestión de Riesgos. El Sistema de Gestión de Riesgos centrado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, debe permitir a las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, la identificación, evaluación, medición, seguimiento y monitoreo de los riesgos que pueden afectar su operación. La implementación del Sistema de Gestión de Riesgos, pretende:

- 4.1 Fortalecer el mejoramiento continuo del proceso de gestión integral del riesgo en salud a fin de garantizar el acceso equitativo, oportuno, continuo y eficiente a los servicios de salud, el mejoramiento de la experiencia de los usuarios con la atención y la obtención de mejores resultados en salud.
- 4.2 Fortalecer la capacidad de la entidad para abordar los riesgos y oportunidades asociados con su contexto, funciones y objetivos, generando condiciones de estabilidad operativa y financiera a través de la definición de políticas, procesos y procedimientos para la gestión, que incluyan metodologías de identificación, evaluación, medición, seguimiento y monitoreo de los riesgos.
- 4.3 Promover una cultura institucional de autoevaluación y desarrollo de capacidades de análisis, ajuste, mejora continua e innovación, orientadas al fortalecimiento de la gestión del aseguramiento en salud por parte de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud.
- 4.4 Estimular una cultura organizacional de servicio centrada en el usuario, con transparencia, calidad, preservación de la información y mejoramiento continuo en todos los procesos propios de la entidad.

Artículo 5. Gestión Integral del Riesgo en Salud. Las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, soportadas en los procesos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros de la entidad, diseñarán e implementarán un modelo de atención en salud para la población afiliada que contenga como mínimo los siguientes elementos:

- 5.1 Identificación y clasificación del riesgo en salud de los afiliados y las estrategias para mantener actualizada esta información.
- 5.2 Estrategias de atención, seleccionadas según los riesgos en salud identificados, teniendo en cuenta los grupos de riesgo priorizados por la entidad y los territorios, en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS y de las Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS.
- 5.3 Organización y gestión de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, en el ámbito territorial en el que hayan sido autorizadas.
- 5.4 Equipos de salud multidisciplinarios que cuenten con talento humano capacitado en gestión de riesgos, atención primaria en salud y enfoque de salud familiar.
- 5.5 Gestión de la demanda de servicios de los afiliados, que consideren el desarrollo del autocuidado, la demanda inducida, la búsqueda activa, el agendamiento estandarizado, oportuno y confiable de citas, así como la referencia y contrarreferencia.
- 5.6 Utilización de modalidades de contratación y de pago de servicios orientadas a resultados en salud por parte de los prestadores.

15 JUN 2018

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

- 5.7 Instrumentos y procedimientos que garanticen la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre la prestación de servicios de salud de la población afiliada.
- 5.8 Utilización de una nota técnica en salud para la gestión eficiente del riesgo en salud de la población afiliada.
- 5.9 Medición, seguimiento y monitoreo a indicadores para la gestión de riesgos de la población afiliada atendiendo a los grupos de riesgo priorizados y a los establecidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS, cuando apliquen.
- 5.10 Mecanismos para la mejora continua y toma de decisiones a partir del monitoreo de procesos y evaluación de resultados.

Artículo 6. *Operación territorial del aseguramiento.* Las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, deben organizar un modelo de atención y prestación de servicios de salud en las entidades territoriales donde se encuentren autorizadas, el cual debe atender y reconocer las prioridades de salud en el ámbito territorial, garantizar el acceso, la oportunidad, la calidad, la eficiencia, la suficiencia y la continuidad de los servicios de salud.

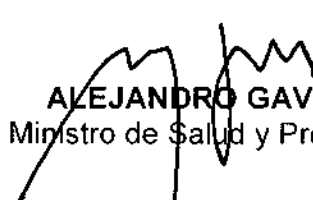
Estas entidades dispondrán para los afiliados, el recurso humano y los procesos administrativos de soporte y comunicación apropiados al contexto socio – cultural, con enfoque diferencial y considerando las condiciones de cada población, de forma que facilite y agilice el reporte de solicitudes de demanda y autorización de servicios y tecnologías, la comunicación entre la entidad y los afiliados, el reporte y solución de las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias recibidas, logrando la trazabilidad de cada proceso.

Los estándares de acceso y oportunidad para la operación territorial del aseguramiento se encuentran definidos y se verificarán de conformidad con lo dispuesto en el manual que hace parte integral de la presente resolución, en articulación con el cumplimiento de las condiciones de habilitación y con detalle de los territorios en los que la entidad cuenta con autorización de funcionamiento.

Artículo 7. *Monitoreo de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud.* La Superintendencia Nacional de Salud consolidará la información obtenida sobre la autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y elaborará con la misma un repositorio que identifique: i) las entidades con autorización nueva o actualizada y la vigencia de la misma, ii) las condiciones y alcance de las autorizaciones concedidas, iii) las entidades en medida administrativa especial autorizadas y la vigencia de la autorización, iv) las entidades autorizadas que cumplen las condiciones de habilitación, v) las entidades autorizadas que incumplan alguna condición de permanencia. Dicha información deberá estar disponible para conocimiento de las entidades control y de este ministerio.

Artículo 8. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de su publicación.

15 JUN 2018


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

AD. Y. 3

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

ANEXO TECNICO

Manual de criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en Salud

1 - Sistema de Gestión de Riesgos

Criterios	Estándares		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
1.1 Sistema de Gestión de Riesgos de la entidad.	<p>Inicio de operaciones: Documento técnico que describa el marco de referencia, las políticas y los procesos para la gestión de riesgos centrada en la gestión integral del riesgo en salud, así como su plan de implementación en los 12 meses posteriores al momento de autorización de la entidad.</p>	<p>Disponer de políticas, procesos, y procedimientos para la gestión de riesgos centrada en la gestión integral del riesgo en salud, orientada al fortalecimiento de los procesos que debe desarrollar la entidad para cumplir con las funciones del aseguramiento en salud y a la identificación, evaluación, medición, tratamiento y revisión del riesgo.</p> <p>Contar con la estructura organizacional y el perfil de cargos y funciones del talento humano responsable de la gestión de riesgos.</p> <p>Implementación de las herramientas e indicadores para la gestión de los riesgos propios de la entidad.</p> <p>Contar con el sistema de información que soporta el proceso de gestión de riesgos en salud, económicos y operativos de la entidad.</p>	<p>Información actualizada de la identificación, evaluación, medición, tratamiento y revisión de los riesgos, considerando como mínimo las categorías de riesgo priorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Evidencia de la implementación de acciones para la gestión de riesgos específicos al interior de la entidad y sus resultados.</p> <p>Soporte de las reuniones y las decisiones del comité de riesgos, realizadas en forma periódica.</p>
1.2 Gestión integral del riesgo en salud (OT).	<p>Inicio de operaciones: a. Documento que describa el modelo de atención a ser implementado por la entidad, teniendo en cuenta: b. La caracterización de la población que</p>	<p>a. Implementación del modelo de atención en salud, soportado en los procesos de gestión de la entidad, verificable mediante: b. La identificación y clasificación del</p>	<p>Evidencia de la gestión del riesgo en salud realizado por la entidad que garantice el acceso equitativo, oportuno, continuo y eficiente a los servicios para la población afiliada y la articulación de las intervenciones</p>

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

	<p>se pretende asegurar.</p> <p>c. La red de prestadores de servicios de salud con la que contará la entidad al momento de entrar en operación en el ámbito territorial donde solicita autorización.</p> <p>d. La articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes alrededor de prioridades en salud de los territorios.</p> <p>e. La gestión de la demanda de los servicios por parte de los afiliados.</p> <p>f. Los mecanismos para el monitoreo de procesos y evaluación de resultados</p> <p>g. La descripción del sistema de información para soportar la gestión integral del riesgo en salud.</p> <p>h. Los instrumentos y procedimientos para garantizar la disponibilidad de información confiable y válida sobre el riesgo en salud de la población afiliada.</p>	<p>riesgo en salud de los afiliados y las estrategias para mantener actualizada esta información.</p> <p>c. Las estrategias de atención pertinentes seleccionadas según los riesgos identificados, teniendo en cuenta los grupos de riesgo priorizados por la entidad y los territorios en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS y de las Rutas Integrales de Atención en Salud.</p> <p>d. La articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes del sistema, alrededor de prioridades en salud.</p> <p>e. La organización y gestión de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, en el ámbito territorial en el que hayan sido autorizadas.</p> <p>f. Los equipos de salud multidisciplinarios que cuenten con talento humano capacitado en gestión de riesgos, atención primaria en salud y enfoque de salud familiar.</p> <p>g. Los instrumentos para la gestión de la demanda de servicios de los afiliados, que consideren el desarrollo del autocuidado, la demanda inducida, la búsqueda activa, el agendamiento estandarizado,</p>	<p>individuales a cargo de la entidad con las intervenciones colectivas a cargo de la entidad territorial.</p>
--	--	---	--

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

		<p>oportuno y confiable de citas, así como la referencia y contrarreferencia.</p> <p>h. La utilización de modalidades de contratación y de pago de servicios orientadas a resultados, que incentiven la gestión del riesgo en salud por parte de los prestadores.</p> <p>i. Los instrumentos y procedimientos que garanticen la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre la prestación de servicios de salud de la población afiliada.</p> <p>j. La utilización de una nota técnica en salud para la gestión eficiente del riesgo en salud de la población afiliada.</p> <p>k. Los indicadores para la gestión de riesgos de la población afiliada atendiendo a los grupos de riesgo priorizados y a los establecidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud cuando apliquen.</p> <p>l. Los mecanismos para el monitoreo de procesos y evaluación de resultados.</p>	
<p>1.3 Instrumentos y procedimientos para caracterizar el riesgo en salud de la población afiliada (OT).</p>	<p>Inicio de operaciones: Documento técnico descriptivo de estrategias, métodos y procedimientos para la gestión de información actualizada requerida para la estimación y análisis del riesgo en salud de la población.</p>	<p>Caracterización de la población afiliada según la guía conceptual y metodológica desarrollada por el MSPS, la cual incluya:</p> <p>a. Caracterización de la población afiliada acorde con los lineamientos que determine la</p>	<p>Cobertura de población afiliada caracterizada en función del riesgo individual.</p> <p>Cumplimiento plan de Inducción a la demanda para actualización de evaluación del riesgo global de salud individual acorde con los lineamientos que</p>

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

		<p>Dirección de Epidemiología y Demografía.</p> <p>b. Caracterización de los contextos territorial y demográfico, de la morbimortalidad y determinantes sociales de la salud, según la distribución territorial de su población afiliada.</p> <p>c. Evaluación de coberturas de actividades de promoción y prevención.</p> <p>Seguimiento actualizado de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento (Resolución 4505 de 2012).</p>	<p>defina la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS.</p>
--	--	--	--

OT: Criterios y estándares de operación territorial.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

2 - Afiliación y libre elección en el SGSSS

Criterios	Estándares		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
2.1 Procesos y procedimientos de la entidad para la afiliación y reporte de novedades.	<p>Inicio de operaciones:</p> <p>Documento de los manuales o instructivos para los procesos y procedimientos de afiliación, inscripción y reporte de novedades de la entidad</p>	<p>Herramientas de entrenamiento al personal encargado de la afiliación, inscripción y reporte de novedades, así como al personal de atención al usuario de la entidad en el contenido del manual y evidencia de ejecución de dichos entrenamientos.</p>	
2.2 Sistema de información para la gestión del proceso de afiliación, reporte de novedades y verificación de derechos.	<p>Inicio de operaciones:</p> <p>Plataforma tecnológica que permite la conexión remota entre sedes, oficinas y puntos de atención en el país, en la cual se pueda verificar la afiliación y actualizar novedades de afiliación.</p> <p>Manuales del usuario y herramientas de entrenamiento en el uso del sistema de información para la afiliación.</p>	<p>Implementación de la plataforma tecnológica que permite la conexión remota entre sedes, oficinas y puntos de atención en el país para verificar la afiliación y actualizar novedades.</p> <p>Disponibilidad de la información nominal sobre afiliación que permita la operación del aseguramiento entre las sedes, en línea con las disposiciones previstas en el Decreto 780 de 2016.</p> <p>Funcionamiento de los procesos de verificación de derechos y estado de la afiliación.</p>	<p>Informe anual con la caracterización de la población afiliada generado por el sistema de afiliación de la entidad, que contenga como mínimo:</p> <p>a. Distribución geográfica y demográfica de la población afiliada por tipo de régimen actualizada.</p> <p>b. Volumen y oportunidad en la solución de las novedades de afiliación que incluya afiliaciones, inscripciones, traslados, movilidad, portabilidad, retiros.</p>
2.3 Información electrónica, telefónica y presencial sobre los procesos y herramientas de afiliación al sistema (OT).	<p>Inicio de operaciones:</p> <p>Sección específica de información actualizada en la página web de la entidad. Que contenga como mínimo información sobre:</p> <p>a. Derechos y deberes de los afiliados y usuarios de servicios de salud.</p> <p>b. Coberturas del Plan de Beneficios de Salud.</p>	<p>a. Disponibilidad de la información en términos de:</p> <p>b. Calidad de la información ofrecida en cada uno de los diferentes canales.</p> <p>c. Facilidad de consulta en la sección específica en la página web de la entidad.</p> <p>d. Facilidad de acceso de la opción específica en la línea</p>	

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

	<p>c. Funcionamiento del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT).</p> <p>d. Cómo realizar novedades de afiliación por parte de los usuarios.</p> <p>Opción específica con la información actualizada en la línea telefónica de la entidad.</p>	<p>telefónica de la entidad.</p> <p>e. Estrategia de notificaciones de la población afiliada por correo electrónico.</p> <p>f. Información entregada a los afiliados sobre el funcionamiento del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT).</p>	
2.4 Evitar estrategias de incorporación selectiva de afiliados con los riesgos en salud más bajos o que limiten la permanencia de los afiliados con los riesgos de salud más altos (selección adversa).		Disponer de prácticas de gestión y buen gobierno al interior de la entidad, implementadas para evitar la selección de riesgos de los afiliados en sus procesos de afiliación, traslado, movilidad y retiro.	Garantizar la afiliación de las personas independiente de su nivel de riesgo.
2.5 Libre elección de los afiliados.		Informar a los afiliados a través de sus diferentes canales de atención sobre la conformación de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, así como de los mecanismos disponibles para ejercer el derecho a la libre elección de los prestadores al interior de su red.	Garantizar a los afiliados el derecho a la libre elección, en los términos previstos en la ley.

OT: Criterios y estándares de operación territorial.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

3 – Atención al usuario e información para el afiliado

Criterios	Estándares		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
3.1 Política, procesos y procedimientos de la entidad para la atención al usuario a través de diferentes canales de comunicación (OT).	<p>Inicio de operaciones: Documento con los procesos, procedimientos, canales de atención y herramientas para la atención al usuario, según cada modalidad de atención, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Presencial b. Virtual web c. Telefónica 	<p>La entidad cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. La implementación de un sistema de atención al usuario que cumpla con los principios de objetividad y buen trato definidos por la Superintendencia Nacional de Salud. b. Formularios para la realización de trámites y servicios a disposición de los usuarios, ciudadanos y grupos de interés. c. Medios electrónicos que permiten gestionar certificaciones y constancias, garantizando la seguridad y privacidad de la información. d. Una estrategia de desarrollo de tecnologías móviles para mejorar el contacto y la atención de los afiliados. e. Una evaluación periódica detallada por servicios, de la satisfacción de sus usuarios con el proceso de atención. 	<p>Disponibilidad y funcionamiento de canales de atención al usuario de la entidad.</p>
3.2 Red de oficinas y puntos de atención al usuario (OT).	<p>Inicio de operaciones: Documento con la descripción de la red de oficinas y puntos de atención al usuario, en la cual se precisen las modalidades de atención, la ubicación geográfica de las oficinas y puntos de atención y la capacidad de atención a instalar.</p>	<p>Descripción detallada de la red de oficinas y puntos de atención al usuario y modalidades de atención (Presencial, Virtual, entre otras), en la cual se precisen la ubicación geográfica y la capacidad instalada con detalle municipal.</p> <p>Las oficinas de atención al usuario deberán cumplir con</p>	<p>Disponibilidad y funcionamiento de red de oficinas y puntos de atención al usuario.</p>

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

		<p>las instrucciones que defina la Superintendencia Nacional de Salud. Deberán ofrecer atención personalizada, estar ubicadas en sitio de fácil acceso y dotadas de las herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento. Su horario de atención deberá ser acorde a las necesidades de los usuarios.</p> <p>Disponer de información electrónica (Web, email), telefónica y presencial sobre la red de prestadores primarios y un sistema de consulta del prestador primario asignado a cada afiliado.</p> <p>La entidad implementa ventanillas únicas priorizadas</p>	
<p>3.3 Disponer de una estrategia multimodal y continua de comunicación e información al afiliado (OT).</p>	<p>Inicio de operaciones: Disponer un sistema de atención al afiliado, que incluya como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Una línea nacional gratuita (24 horas). b. Una página web. c. Una estrategia de comunicación electrónica. d. Información en los puntos de atención de la entidad. e. Información en la red de prestadores. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Sistema de atención al afiliado que contenga como mínimo: b. Línea nacional gratuita (24 horas) c. Disponibilidad permanente de la página web y atención telefónica. d. Información permanente en los puntos de atención sobre los prestadores que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud. e. Reportes de seguimiento periódico a la atención de los usuarios para mejoramiento continuo de la misma. 	<p>Funcionamiento del sistema de atención al afiliado informando permanentemente por lo menos de lo dispuesto en el artículo 2.5.2.3.3.4, del Decreto 780 de 2016 Único del sector Salud.</p>

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

		<p>f. Reporte de funcionamiento y evidencia de actualización de los diferentes canales de comunicación.</p> <p>g. Cobertura de trámites y servicios que se solucionan a través de cada canal de comunicación.</p> <p>h. Disponibilidad de información permanente y de calidad sobre los temas dispuestos en el artículo 2.5.2.3.3.4. del Decreto 780 de 2016 Único del sector Salud.</p> <p>i. Procesos y herramientas que permitan que los usuarios conozcan el monto de la facturación de las atenciones hospitalarias según la información dada por el prestador.</p>	
--	--	--	--

OT: Criterios y estándares de operación territorial.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

4 - Sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas

Criterios	Estándares		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
<p>4.1 Sistema estandarizado de recepción, análisis, gestión y resolución de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias que permita el acceso permanente a las mismas por parte de las entidades que ejercen inspección, vigilancia y control del sistema (OT).</p>	<p>Inicio de operaciones: Procesos y procedimientos de la entidad para la recepción, trámite y solución de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias, de conformidad con lo dispuesto por la Ley 1755 de 2015 y las instrucciones que al respecto imparta la Superintendencia Nacional de salud.</p> <p>Manual o instructivo específico para cada tipo de solicitud peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias.</p> <p>Modalidades de atención electrónica, telefónica y presencial en operación para PQRSD.</p> <p>Información electrónica y presencial a los afiliados sobre el funcionamiento del sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias.</p>	<p>a. Funcionamiento del sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias de la entidad, que permita su trazabilidad.</p> <p>b. Claridad y disponibilidad de la información sobre peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, en los diferentes canales de comunicación.</p> <p>c. Análisis de casos trazadores para el proceso de respuesta según tipo de solicitud.</p> <p>d. Seguimiento trimestral el interior de la entidad a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias.</p> <p>e. Revisión anual y actualización de las herramientas y procedimientos del sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias de la entidad por parte del comité de contraloría interna.</p> <p>f. Indicadores actualizados mensualmente sobre volumen de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, oportunidad de respuesta y solución.</p> <p>g. Revisión anual de la efectividad y oportunidad del</p>	<p>Contar con múltiples canales presenciales y virtuales que operan de forma integrada, para la atención y solución de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias.</p>

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

		sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias de la entidad por parte del comité de contraloría interna.	
<p>4.2 Sistema estandarizado de registro, seguimiento y resolución de tutelas que permita la trazabilidad de las mismas al interior de la entidad y por parte de entidades que ejercen inspección, vigilancia y control del sistema (OT).</p>	<p>Inicio de operaciones: Procesos y procedimientos de la entidad para el registro, seguimiento y resolución de tutelas, de conformidad con el decreto 2591 de 1991 y la normatividad vigente en la materia.</p> <p>Manual o instructivo específico para el registro, seguimiento y resolución de tutelas.</p> <p>Modalidades de atención electrónica, telefónica y presencial para recepción o seguimiento de tutelas, según corresponda.</p> <p>Información electrónica y presencial a los afiliados sobre la acción de tutela y los mecanismos para su seguimiento al interior de la entidad.</p>	<p>a. Funcionamiento del sistema de registro, seguimiento y resolución de tutelas al interior de la entidad, el cual permita su trazabilidad.</p> <p>b. Claridad y disponibilidad de la información sobre sobre la acción de tutela y los mecanismos para su seguimiento al interior de la entidad, en los diferentes canales de comunicación.</p> <p>c. Seguimiento mensual a la totalidad de los trámites de tutela en los que se encuentre vinculada la entidad.</p> <p>d. Revisión anual y actualización de herramientas y procedimientos relacionados con la acción de tutela a cargo del comité de contraloría interna.</p> <p>e. Revisión semestral de la efectividad y oportunidad de la entidad en las acciones de tutela, revisadas por parte del comité de contraloría interna.</p>	<p>Contar con múltiples canales presenciales y virtuales que operan de forma integrada, para registro, seguimiento y resolución de tutelas en la entidad.</p>

OT: Criterios y estándares de operación territorial.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

5 - Autorización de servicios médicos, medicamentos e insumos

Criterios	Estándares		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
5.1 Proceso para la autorización de servicios (OT).	<p>Inicio de operaciones: Proceso para la autorización de servicios a través de diferentes canales, que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Manuales de procesos y procedimientos de la entidad para la recepción, trámite y autorización de servicios médicos, medicamentos e insumos. b. Plataforma tecnológica (Software y Hardware) que permite conexión remota entre sedes, oficinas y puntos de atención en el país. c. Información sobre el funcionamiento del sistema de autorizaciones para los afiliados. d. Pruebas de emisión de autorización de servicios (consultas y procedimientos), medicamentos e insumos. e. Información disponible sobre el trámite a través de MIPRES. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Funcionamiento de los procesos de autorización, a través de: b. Operatividad de los canales de comunicación con el paciente y plataforma tecnológica para conexión entre sedes, oficinas y puntos de atención en el país. c. Entrenamiento para el uso del sistema de autorizaciones de la entidad de los equipos dedicados a la atención al usuario. d. Disponibilidad de mecanismos de autorización electrónica de servicios y asignación de citas para los afiliados e. Información para los afiliados sobre autorización de servicios y asignación de citas en los diferentes canales de comunicación de la entidad. f. Análisis de efectividad y oportunidad en la asignación de citas y autorización de servicios. Este análisis debe incluir los indicadores de efectividad y oportunidad en la asignación de citas y autorización de servicios actualizados. g. Evidencia de un plan estratégico de la entidad para mejorar la 	Sistema estandarizado de autorización de servicios y agendamiento de citas, que evidencie el mejoramiento continuo del proceso.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

		efectividad y oportunidad de la autorización de servicios. h. Información disponible sobre el trámite a través de MIPRES.	
5.2 Proceso de referencia y contrarreferencia.	Inicio de operaciones: Manual de proceso de referencia y contrarreferencia	Evidencia de la implementación de un plan estratégico de la entidad para mejorar la efectividad y oportunidad del proceso de referencia y contrarreferencia.	Operación del proceso de referencia y contrarreferencia con efectividad y oportunidad

OT: Criterios y estándares de operación territorial.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

5 – Fortalecimiento de la cultura de la seguridad social

Criterios	Estándares		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
6.1 Implementar y fortalecer las alianzas o asociaciones de usuarios.	<p>a. Inicio de operaciones:</p> <p>b. Documento que contenga las acciones a implementar, que describa como mínimo:</p> <p>c. Articulación con los afiliados para promover la conformación de asociación de usuarios en todos los departamentos donde tenga cobertura de aseguramiento.</p> <p>d. Convocatorias para la conformación de asociación de usuarios</p> <p>e. Convocatoria para la elección de representantes.</p> <p>f. Información sobre asociaciones de usuarios de la entidad.</p> <p>g. Acceso permanente a información requerida.</p> <p>h. Apoyo para el funcionamiento de alianzas o asociaciones de usuarios.</p>	<p>Disponibilidad de:</p> <p>a. Convocatorias para la elección de sus representantes, listado de representantes e información de contacto.</p> <p>b. Acceso permanente y disposición de información electrónica (Web, email), telefónica y presencial sobre las alianzas o asociaciones de usuarios y los procesos, espacios y mecanismos de participación en salud dispuestos por la entidad para sus afiliados.</p> <p>c. Apoyo para el funcionamiento de alianzas o asociaciones de usuarios.</p>	<p>Funcionamiento periódico y formulación de recomendaciones por parte de las instancias de participación social de los afiliados promovidas por la entidad, así como soportes del análisis de estas recomendaciones al interior de la entidad.</p>
6.2 Comunicación a los usuarios de servicios hospitalarios, del monto de facturación de las atenciones hospitalarias recibidas.		<p>Metodología de comunicación electrónica personalizada de la información sobre atenciones hospitalarias a los pacientes atendidos en el año.</p>	<p>Comunicación de la información sobre atenciones hospitalarias a los pacientes atendidos</p>

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

7- Gestión del talento humano

Criterios	Estándares		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
7.1 Política de Gestión del Talento Humano y el Manual de Funciones y Competencias de los cargos definidos.	<p>Inicio de operaciones: La entidad cuenta con un área responsable de la gestión del talento humano al interior de la entidad.</p> <p>Documento que contenga la Política de Talento Humano de la entidad y las herramientas que soportan su implementación. Que considere:</p> <p>a. Procesos y procedimientos de selección de personal.</p> <p>b. Verificación del cumplimiento de los requisitos de formación académica y experiencia laboral definidos en el manual de funciones.</p> <p>c. Estrategias de capacitación, promoción y desvinculación del talento humano.</p> <p>La entidad dispone de un manual de funciones y competencias laborales, en el cual se definen los cargos, las funciones, las competencias laborales, las exigencias de formación y la experiencia requerida.</p>	<p>a. implementación de la Política de Talento Humano de la entidad y las herramientas que soportan su implementación. Con especial atención a:</p> <p>b. Procesos y procedimientos de selección de personal.</p> <p>c. Verificación del cumplimiento de los requisitos de formación académica y experiencia laboral definidos en el manual de funciones.</p> <p>d. Estrategias de capacitación, promoción y desvinculación del talento humano.</p> <p>Para el proceso de selección:</p> <p>a. Para los cargos directivos se debe contar con la declaración de no estar incurso en inhabilidades e incompatibilidades.</p> <p>b. Implementación del manual de funciones y competencias laborales en términos de los requisitos de formación académica, competencias laborales y funciones específicas.</p> <p>Para el proceso de Inducción: Procedimiento de inducción a la entidad</p>	

4

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

		<p>con el fin de permitir su integración a la cultura organizacional (normas, planes, políticas, misión, visión, funciones y reglamentos existentes en la entidad, derechos y deberes de los afiliados, derechos y deberes del empleado, política de atención al cliente).</p> <p>Para la capacitación continua:</p> <p>a. Conocimiento por parte del personal de planta de la entidad, de los objetivos y funciones de (incluidas las funciones para la operación del aseguramiento en salud) y de los procesos de la entidad que soportan su cumplimiento.</p> <p>b. Criterios y metodología de capacitación continua del talento humano.</p> <p>c. Implementación de capacitaciones y actualizaciones.</p> <p>Para el seguimiento:</p> <p>a. La entidad cuenta con criterios de promoción, ascenso y movilidad interna.</p> <p>b. La entidad cuenta con mecanismos e instrumentos que permitan evaluar las condiciones laborales y política de seguridad en el trabajo.</p> <p>c. La entidad cuenta con mecanismos de evaluación del desempeño.</p> <p>d. La entidad cuenta con estrategias e instancias encargadas de recibir el reporte, gestionar y manejar de situaciones de potencial discriminación y acoso laboral al interior de la entidad.</p>	
--	--	---	--

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

<p>7.2 Descripción del talento humano a cargo del componente técnico-científico de la entidad.</p>	<p>Inicio de operaciones: Documento con la descripción del talento humano a cargo del componente técnico-científico y las funciones de los profesionales en las áreas señaladas en el manual de funciones y competencias laborales.</p>	<p>Currículos de los máximos responsables de cada proceso, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Afiliación y registro. b. Gestión de riesgos de la entidad. c. Atención al usuario. d. Gestión financiera y contable de la entidad. e. Organización y gestión de la red de prestadores. f. Coordinación de la atención primaria, familiar o preventiva. g. Auditoría de servicios. h. Sistemas de información de la entidad. <p>Estrategias en materia de contratación de personal que garanticen la no suspensión o interrupción de labores en el desarrollo de los procesos correspondientes a las áreas priorizadas.</p>	<p>Acreditar la vinculación permanente de un responsable para las áreas priorizadas y su evaluación de desempeño por parte del órgano de dirección de la entidad.</p>
--	--	--	---

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

8 – Tecnologías de información*

Criterios	Estándares		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
8.1 Plan estratégico de tecnologías de información.	<p>Inicio de operaciones: Plan estratégico de tecnologías de información para el desarrollo de sistemas de información en la entidad que incluya como mínimo:</p> <p>a. Planeación de sistemas de información de la entidad acorde con lo definido en el numeral 2 del artículo 2.5.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016 Único del Sector Salud.</p> <p>b. Relación de sistemas de información a adquirir y plazo de implementación completa de cada sistema.</p> <p>c. Definición de estándares para la comunicación entre sedes y oficinas de la entidad.</p> <p>La entidad cuenta con un esquema de gobierno de tecnologías de información y un responsable del área encargada de su desarrollo y gestión al interior de la entidad.</p>	<p>La entidad cuenta con:</p> <p>a. Evidencia del cumplimiento del plan estratégico de tecnologías de información de la entidad que incluye la identificación de retos y oportunidades, así como la definición de iniciativas estratégicas y la definición de un portafolio de proyectos.</p> <p>b. Evidencia de un esquema de gobierno de tecnologías de información y un responsable del área encargada de su desarrollo y gestión al interior de la entidad.</p> <p>c. Evaluación de desempeño del área y su responsable por parte del órgano de dirección.</p> <p>d. Priorización de acciones y proyectos para mejorar los servicios de tecnologías de información en los procesos misionales de la entidad.</p>	<p>Demostrar la existencia de un área responsable de la planeación, desarrollo, gestión y evaluación de los sistemas de información de la entidad descritos en el artículo 2.5.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016 Único del Sector Salud.</p>
8.2 Sistemas de información establecidos en el numeral 2 del artículo 2.5.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016 Único del Sector Salud (OT).		<p>Verificación de funcionamiento de los sistemas de información definidos en el artículo 2.5.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016 Único del Sector Salud para los cuales la entidad cuenta con:</p> <p>a. La definición de una arquitectura</p>	<p>Evaluación de cumplimiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de la existencia y mejoramiento continuo de los sistemas de información definidos en el numeral 2 del artículo 2.5.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016.</p>

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

		<p>empresarial de SI orientada a procesos prioritarios, entre los que se encuentran los previamente definidos.</p> <p>b. Un catálogo actualizado de servicios TI y de componentes de información (datos, información y flujos) al interior de la entidad.</p> <p>c. La definición y aplicación de buenas prácticas de adquisición o desarrollo de SI y servicios TI.</p> <p>d. La ejecución de un portafolio de proyectos orientados a la mejora continua de los SI y a la automatización de procesos y procedimientos internos.</p> <p>e. Estrategias para mejorar la interoperabilidad de sus SI.</p> <p>f. Mecanismos de seguimiento, control y mejora continua de los servicios de TI, que incluyan los proveedores de servicios TI de la entidad.</p> <p>g. Evaluación del grado de satisfacción de los usuarios con los servicios TI, con mediciones actualizadas.</p>	
<p>8.3 Seguridad, privacidad y trazabilidad de la información de la entidad (OT).</p>	<p>Inicio de operaciones: Documento de política seguridad, privacidad y confidencialidad de la información, adecuada al Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información para Gobierno en Línea y la</p>	<p>La entidad cuenta con:</p> <p>a. La definición y gestión de controles y mecanismos para alcanzar los niveles requeridos de seguridad, privacidad y</p>	<p>Incumplir de forma reiterada la reglamentación sobre recolección, transferencia y difusión de la información en salud acorde con la normatividad vigente.</p>

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

	normatividad vigente sobre protección de datos personales y de manejo de información en el sector salud.	<ul style="list-style-type: none"> b. Un diagnóstico de riesgos existentes en seguridad y privacidad de la información personal y clínica que gestiona. c. Evidencia de la implementación de un plan de seguridad y privacidad de la información personal y clínica que gestiona. 	
8.4 Contingencia, continuidad y respaldo de los sistemas de información de la entidad.	Inicio de operaciones: Plan de contingencia, continuidad y sistemas de respaldo que le permitan a la entidad, garantizar la integridad y disponibilidad de la información y continuar su operación ante un daño total o parcial de sus sistemas, destrucción de infraestructura, pérdida de información o robo de sus equipos de cómputo, así como regresar a su normal funcionamiento en un tiempo prudencial.	La entidad cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> a. Plan de contingencia, continuidad y sistemas de respaldo. b. Implementación de procesos de soporte, y mantenimiento preventivo y correctivo de los servicios TI, acorde con las necesidades de su operación. c. Mecanismos para realizar el mantenimiento evolutivo, gestión de cambios y corrección de fallos en sus SI. 	Efectividad del plan de contingencia, continuidad y respaldo de los sistemas de información de la entidad.
8.5 Sistema de información para la autorización de servicios (OT).	Inicio de operaciones: Sistema de información para la autorización de servicios a través de diferentes canales, que incluya la plataforma tecnológica (Software y Hardware) que permite conexión remota entre sedes, oficinas y puntos de atención en el país.	<ul style="list-style-type: none"> a. Funcionamiento del sistema de información para la autorización de servicios, a través de: b. Operatividad de los mecanismos de autorización electrónica de servicios y asignación de citas para los afiliados. c. Operatividad de los canales de comunicación con el afiliado, así como de la conexión entre sedes, oficinas y puntos de atención en el país. 	Evaluación de cumplimiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud del funcionamiento del sistema de autorizaciones de la entidad.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

		d. Estrategias de uso, apropiación y del sistema de autorizaciones de la entidad por parte de los equipos dedicados a la atención al usuario.	
		e. Estrategias de sensibilización y socialización del sistema de autorizaciones de la entidad en la población afiliada.	

* Las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud deberán dar cumplimiento a las políticas y lineamientos de tecnologías de la información y a la Estrategia de Gobierno en Línea, dispuestas por el Minsiterio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y la normativa vigente.

OT: Criterios y estándares de operación territorial.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

9 - Red integral de prestadores de servicios de salud

Criterios	Estándares		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
9.1 Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud (OT).	<p>Inicio de operaciones: Descripción de la red de prestadores de servicios de salud con la que contará la entidad, en las condiciones que determine la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Reporte de red de prestadores de servicios de salud en el módulo de redes del REPS acorde con lo establecido en la resolución 1441 de 2016.</p>	<p>Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud habilitadas, en los términos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en los Departamentos y Distritos donde estén autorizadas para operar.</p>	<p>Cumplir los estándares y criterios de permanencia definidas para las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud en los términos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.</p> <p>Utilizar intermediarios para la organización y administración de la red de prestadores de servicios, en términos diferentes a los establecidos en las disposiciones vigentes.</p>

OT: Criterios y estándares de operación territorial.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

10 – Gestión de la Salud Pública

Criterios	Estándares		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
10.1 Planeación integral para la salud (OT).	<p>Inicio de operaciones:</p> <p>a. Documento que resume las estrategias y actividades de planeación integral en salud propias de la entidad.</p> <p>b. Hoja de vida de profesional responsable de este proceso de planeación integral al interior de la entidad.</p>	<p>a. La entidad cuenta con:</p> <p>b. Cumplimiento anual certificado por la Dirección de epidemiología de las obligaciones de planeación integral para la salud en los términos establecidos en la Resolución 1536 de 2015.</p> <p>c. Documento con caracterización poblacional de la población afiliada por municipio, distrito y departamento donde tenga presencia acorde con los lineamientos que para el efecto define el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>d. Actas de reunión (presencial o virtual) al menos 1 vez al año con cada una de las entidades territoriales Departamentales y Distritales de su ámbito territorial autorizado, para definir estrategias y acciones individuales que contribuyan al abordaje coordinado de los riesgos priorizados.</p>	<p>Soportes del seguimiento anual de la ejecución de acciones definidas como parte de las estrategias de articulación con las entidades territoriales Departamentales y Distritales en su ámbito territorial.</p>
10.2 Vigilancia en Salud Pública (OT).	<p>Inicio de operaciones:</p> <p>Procedimiento para garantizar el cumplimiento de las funciones en relación con el sistema de Vigilancia en salud Pública, acorde con lo establecido en la</p>	<p>a. La entidad cuenta con:</p> <p>b. Documento con el seguimiento de las acciones implementadas en relación con los procesos básicos de la vigilancia en su red de</p>	<p>Reporte de información sobre los eventos de interés en salud pública ocurridos en su población afiliada a las autoridades sanitarias correspondientes acorde con los lineamientos establecidos por el</p>

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

	normatividad vigente en la materia, en el marco del Reglamento Sanitario Internacional - RSI.	<p>prestadores de servicios de salud.</p> <p>c. Disponibilidad de bases de datos actualizadas sobre los eventos de interés en salud pública sujetos a vigilancia.</p> <p>d. Seguimiento a los planes de acción generados a partir del análisis individual y colectivo, frente a casos objeto de vigilancia epidemiológica.</p>	Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
10.3 Gestión de actividades individuales de detección temprana y protección específica (OT).	<p>Inicio de operaciones:</p> <p>a. Sección específica actualizada en la página web de la entidad con las actividades de detección temprana y protección específica por sexo y grupos de edad.</p> <p>b. Opción específica con esta información en la línea telefónica de la entidad.</p> <p>c. Procedimiento para entrega de información en los puntos de atención de la entidad.</p>	<p>La entidad cuenta con:</p> <p>a. Herramienta que permita consultar electrónicamente las actividades de protección específica y detección temprana que le son aplicables de acuerdo con la edad del afiliado.</p> <p>b. Documento con análisis y plan de acción respecto al reporte de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento (Resolución 4505 de 2012) o aquella que la modifique o sustituya.</p> <p>c. Documento con seguimiento trimestral de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las</p>	<p>Certificación de coberturas por la Dirección de Promoción y Prevención en el seguimiento de actividades, procedimientos o intervenciones de detección temprana y protección específica.</p>

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

		<p>enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento (Resolución 4505 de 2012) o aquella que la modifique o sustituya.</p> <p>d. Documentos que den cuenta de la coordinación y articulación de actividades individuales y colectivas con las Entidades Territoriales del nivel Departamental y Distrital en su ámbito territorial en el marco de sus competencias.</p>	
--	--	--	--

OT: Criterios y estándares de operación territorial.

21

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

11 - Condiciones financieras de la entidad y gestión de los recursos del SGSSS

Criterios	Estándares		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
11.1 Factibilidad financiera de la entidad.	<p>Inicio de operaciones:</p> <p>Certificación por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces del cumplimiento de las condiciones de capital mínimo y patrimonio adecuado.</p> <p>Certificación por parte del director financiero o quien haga sus veces, de la metodología para el cálculo de las reservas técnicas.</p> <p>Documento con las herramientas y procedimientos del régimen de inversión de las reservas técnicas de la entidad.</p> <p>Acreditación por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces del origen de los recursos invertidos.</p>	<p>Certificación por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces del cumplimiento de las condiciones de capital mínimo y patrimonio adecuado.</p> <p>Documentación e implementación de la metodología de cálculo de reservas técnicas.</p> <p>Certificación por parte del Representante Legal de la Entidad o quien haga sus veces, de la metodología de cálculo de las reservas técnicas de la entidad, aprobada por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Certificación de la inversión de las reservas técnicas de la entidad, en cumplimiento de lo establecido en el Capítulo 2, Título 2, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.</p> <p>Acreditación anual por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces, del origen de los recursos invertidos en la entidad mediante descripción de:</p> <p>a. Recursos invertidos desde la creación de la entidad, con sus fuentes</p> <p>b. Relación de inversionistas naturales o personas jurídicas en propiedad de un porcentaje superior al 5% de las acciones de la entidad.</p>	<p>Cumplir las condiciones de habilitación financieras establecidas en la normatividad.</p>

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

<p>11.2 Sistema de gestión financiera y contable.</p>	<p>Inicio de operaciones: Documentación de los manuales de procesos y procedimientos del sistema de gestión financiera y contable.</p> <p>Pruebas de campo de funcionamiento del sistema de información financiera y contable de la entidad.</p>	<p>a. Evaluación de la conexión remota entre sedes, oficinas y puntos de atención en el país.</p> <p>b. Herramientas de entrenamiento para el uso del sistema.</p> <p>c. Pruebas de campo del sistema con énfasis en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Generación de información consolidada de la facturación. 2. Elaboración de la nota técnica de la entidad. 3. Giro de recursos a ADRES. <p>Recobro de tecnologías no cubiertas en el plan de beneficios.</p>	
<p>11.3 Buenas prácticas de gestión financiera.</p>		<p>Evidencia documental de la adopción voluntaria de Buenas prácticas financieras acorde con el artículo 3 de la presente resolución y las diferentes normas legales en la materia.</p>	<p>La entidad no debe ejecutar operaciones que deriven en desviación de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, utilizando los recursos de la UPC y demás recursos financieros del aseguramiento obligatorio en salud, destinados a la prestación de servicios de salud, en actividades diferentes a ésta.</p> <p>Celebrar contratos de mutuo, créditos, otorgamiento de avales y garantías a favor de terceros.</p>
<p>11.4 Disponer de una cuenta maestra en una entidad financiera vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia.</p>	<p>Inicio de operaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Certificado de la entidad donde esta abierta la cuenta maestra de pagos. b. Certificación de cumplimiento de la cuenta maestra emitida por parte de la ADRES. 	<p>Contar con:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Certificado de la entidad donde esta abierta la cuenta maestra de pagos. b. Disponer de la relación de entidades jurídicas y personas naturales inscritas en la cuenta. 	<p>Disponer de una cuenta maestra.</p> <p>Gestionar al menos el 80% de los recursos de la entidad por concepto de UPC y recobros a ADRES en esta cuenta.</p>

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

		<p>c. Certificación de cumplimiento de la cuenta maestra emitida por parte de la ADRES.</p> <p>d. Cumplir el porcentaje de recursos de la entidad que ingresan y se gestionan desde la cuenta maestra que defina ADRES.</p>	
--	--	---	--

2

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

12 – Recaudo, compensación de aportes y liquidación de prestaciones contributivas

Criterios	Estándares		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
12.1 Sistema de información para la gestión del recaudo de cotizaciones y el cobro de costos compartidos.	Inicio de operaciones: Disponer de información electrónica (Web, email), telefónica y presencial sobre aportes al sistema, cuotas moderadoras, copagos y cuotas de recuperación.	<ul style="list-style-type: none"> a. La entidad cuenta con: b. Disponibilidad de una plataforma tecnológica que permita la conexión remota entre sedes, oficinas y puntos de atención en el país. c. Herramientas de entrenamiento virtual en el uso del sistema. d. Información actualizada sobre el tipo de afiliación, el estado de cotización al sistema, el Índice Base de Cotización, conformación del grupo familiar, recaudo agregado por año de costos compartidos (copagos y cuotas moderadoras) a partir de lo reportado por las IPS de la red contratada. e. Cobertura de la población con información completa. 	
12.2 Compensación de aportes en el régimen contributivo.			Calidad de la información suministrada en BDUa para el proceso de Compensación que realiza ADRES.
12.3 Liquidación y pago de licencias e incapacidades de afiliados a la entidad.	Inicio de operaciones: Documentación y manuales del proceso de liquidación y pago de licencias e incapacidades del régimen contributivo.	Verificación del proceso de liquidación de licencias e incapacidades del régimen contributivo.	

2

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

13 - Contratación y pago de servicios

Criterios	Estándares		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
13.1 Política y herramientas de contratación y pagos.	<p>Inicio de operaciones: Documento con la política de contratación y pagos de prestadores de servicios y proveedores de insumos y tecnologías de la entidad.</p>	<p>Verificación de procesos y herramientas de la entidad para:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Contratación, seguimiento y pago de servicios en la red de IPS de la entidad. b. Pliegos de contratación con IPS estandarizados. c. Reconocimiento y pago de incentivos. d. Acuerdos sobre el recaudo y gestión de copagos, cuotas moderadoras y de recuperación e. Selección y contratación del talento humano en salud (profesionales independientes). f. Consolidación y reporte de información sobre facturación y pago a IPS y proveedores de la entidad. g. Reporte de información sobre contratación y pago de servicios al Ministerio de Salud y Protección Social y a la ADRES. h. Radicación y trazabilidad de facturación. 	<p>Incumplir de forma reiterada e injustificada con el giro oportuno de los recursos a los prestadores de servicios de salud por las obligaciones causadas por concepto de servicios y tecnologías en salud.</p> <p>Utilizar mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad, o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios de conformidad con la reglamentación vigente.</p> <p>Toda la información de la contratación y pagos que definan las autoridades de control deberá ser transparente y pública.</p>
13.2 Organización y estructura de auditoría (OT).	<p>Inicio de operaciones: a. Existencia del Manual de Funciones personal que desarrolla los procesos de auditoría.</p>	<p>La entidad deberá disponer de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Un área encargada de realizar la auditoría administrativa, financiera, de pertinencia y calidad de los servicios. 	

2

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

	<p>b. Existencia de herramientas de Auditoría de la entidad.</p> <p>c. Documento con los procesos de auditoría diseñados para cada tipo de prestación o de prestador.</p>	<p>b. Planta de cargos y contratos del personal que desarrolla la auditoría.</p> <p>c. Existencia de un comité de contraloría interna de la entidad.</p> <p>d. Funcionamiento de los sistemas de control interno y auditoría de la entidad.</p> <p>e. Generación de informes al interior de la entidad sobre los resultados de la auditoría administrativa, financiera, de pertinencia y calidad de los servicios.</p> <p>f. Análisis de estos reportes por el Comité de contraloría interna de la entidad.</p> <p>g. Sistemas de control interno y auditoría, referentes normativos actualizados en la materia.</p> <p>h. Estructura organizacional de la auditoría de servicios identificando relación funcional entre la sede central, regionales, seccionales y/o sucursales si las hubiese.</p>	
<p>13.3 Sistema de información que permita la radicación y trazabilidad de facturas.</p>		<p>La entidad deberá disponer de:</p> <p>a. Una plataforma tecnológica que permite la conexión remota entre sedes, oficinas y puntos de atención en el país.</p> <p>b. Manuales del usuario y herramientas de entrenamiento</p>	<p>Realizar cualquier operación que privilegie la contratación y el pago de servicios con su propia red en detrimento de otros prestadores de servicios de salud.</p>

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

		virtual en el uso del sistema. c. Información para prestadores de servicios y proveedores de insumos sobre la radicación de facturas y el funcionamiento del sistema en la Web de la entidad.
--	--	--

OT: Criterios y estándares de operación territorial.

2

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

14 - Gobierno organizacional

Criterios	Estándares		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
14.1 Estatutos y organización de la entidad.	<p>Inicio de operaciones: El objeto social de la entidad debe incluir:</p> <p>a. Identificación como entidad responsable de la operación del aseguramiento.</p> <p>b. Objeto social exclusivo para operar el aseguramiento en salud, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 respecto a las Cajas de compensación Familiar y las entidades de creación legal.</p> <p>c. Funciones indelegables del aseguramiento en salud</p> <p>d. Función de promoción de la afiliación al SGSSS de los habitantes de Colombia</p> <p>e. Función de administración de los recursos del sector.</p> <p>Existencia de una estructura orgánica y funcional acorde con los estatutos.</p> <p>a. Existencia de una Asamblea o Máximo Órgano Social. Relación de integrantes de la Asamblea o Máximo Órgano Social.</p> <p>b. Existencia del Máximo Órgano de Administración. Relación de</p>	<p>El objeto social debe incluir:</p> <p>a. Identificación como entidad responsable de la operación del aseguramiento.</p> <p>b. Objeto social exclusivo para operar el aseguramiento en salud, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 respecto a las Cajas de compensación Familiar y las entidades de creación legal.</p> <p>c. r y las entidades de creación legal.</p> <p>d. Funciones indelegables del aseguramiento en salud</p> <p>e. Función de promoción de la afiliación al SGSSS de los habitantes de Colombia</p> <p>f. Función de administración de los recursos del sector.</p> <p>Existencia de una estructura orgánica y funcional acorde con los estatutos.</p> <p>a. Existencia de una Asamblea o Máximo Órgano Social. Relación de integrantes de la Asamblea o Máximo Órgano Social.</p> <p>b. Existencia del Máximo Órgano de Administración. Relación de integrantes de Junta Directiva</p>	

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

	integrantes de Junta Directiva	c. Existencia del Órgano de Control. Relación de integrantes del Órgano de Control.	
14.2 Reporte de información de los miembros de juntas directivas, representantes legales y revisores fiscales.	Inicio de operaciones: Información vigente reportada a la Superintendencia Nacional de Salud a través de los mecanismos que está disponga.	Contar con: a. Información vigente reportada a la Superintendencia Nacional de Salud a través de los mecanismos que está disponga. b. Máximos responsables de los órganos de gobiernos. c. Miembros de los tres principales órganos de gobierno organizacional y currículos cuando se requieran.	
14.3 Código de Conducta y de Gobierno Organizacional.	Inicio de operaciones: Documento con el código de conducta y de gobierno organizacional de la entidad con el contenido, formato y en los términos establecidos por el Decreto 682 der 2018 y el artículo 3 de la presente resolución. Política general de revelación de información y transparencia de la entidad aprobada por la Junta Directiva de la entidad.	Documento con el código de conducta y de gobierno organizacional de la entidad con el contenido, formato y en los términos establecidos por el Decreto 682 der 2018 y el artículo 3 de la presente resolución. Política general de revelación de información y transparencia de la entidad aprobada por la Junta Directiva de la entidad.	
14.4 Implementación de los comités de gestión.	Inicio de operaciones: Estructura y conformación verificable de: a. Comité de riesgos. b. Comité de contraloría interna c. Comité de gobierno organizacional	Actas de funcionamiento periódico de: a. Comité de riesgos. b. Comité de contraloría interna c. Comité de gobierno organizacional Los comités de riesgos y contraloría interna deberán sesionar al menos una (1) vez	Existencia y funcionamiento periódico de los comités de gestión de la entidad: a. Comité de riesgos. b. Comité de contraloría interna c. Comité de gobierno organizacional

15 JUN 2018

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se reglamentan las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento".

		<p>cada trimestre. El comité de gobierno organizacional deberá sesionar al menos una vez por semestre. Los tres comités deben disponer de información autónoma y completa para su funcionamiento y rendición de cuentas al interior de la entidad.</p>	
14.5 Rendición de cuentas.	<p>Inicio de operaciones: Documentación que incluya la planeación anual y metodología de las reuniones de rendición de cuentas en los términos establecidos por la normatividad vigente.</p>	<p>La entidad cuenta con:</p> <p>a. Reporte socializado a través de mecanismos presenciales y virtuales a representantes de la población afiliada, afiliados y público interesado, conforme las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional.</p> <p>b. Disponibilidad permanente en la página web de la entidad del micro sitio de Rendición de Cuentas a la Ciudadanía por años.</p>	<p>Realizar la rendición de cuentas anual acorde con las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y la normatividad vigente.</p>
14.6 Informe anual entregado a entidades territoriales en salud departamentales y distritales del ámbito territorial de la entidad sobre la rendición de cuentas (OT).		<p>Reporte socializado a través de mecanismos presenciales y virtuales a representantes de las entidades territoriales en salud departamentales y distritales del ámbito territorial de la entidad, con las especificidades establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p>Realizar la rendición de cuentas anual acorde con las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.</p>
14.7 Informe anual entregado a organismos de control sobre la rendición de cuentas.		<p>Reporte socializado a través de mecanismos presenciales y virtuales a representantes de las entidades de control con las especificidades establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	<p>Realizar la rendición de cuentas anual acorde con las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.</p>

OT: Criterios y estándares de operación territorial.