



ANEXO 1

MANUAL DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD – TOMO I

Ministerio de Salud y Protección Social
Julio de 2026



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ

Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRIGUEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA

Viceministro de la Protección Social

LEIDY TATIANA AGUILAR RODRÍGUEZ

Directora de Atención Primaria en Salud (E)

ANGELA LUCILA BARRIOS DIAZ

Subdirectora de Redes Integrales e Integradas en Salud (E)

MONICA KELLY JOHANNA CAMACHO CHARRY

Subdirectora de Fortalecimiento del acceso a la salud y Equipos Básicos (E)

ANA MILENA MONTES CRUZ

Jefe de Oficina de Calidad (E)



Equipo de trabajo

ANA MILENA MONTES CRUZ
MARTHA EMILIA MORENO GOMEZ
FREDDY ALBERTO ANDRADE BASTO
MARTHA PATRICIA CARDENAS BUITRAGO
ARVEY ESTEBAN GRANADA AGUIRRE

© Ministerio de Salud y Protección Social
Carrera 13 No. 32 76
PBX: (57-1) 330 50 00
FAX: (57-1) 330 50 50
Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97 Bogotá D.C., Colombia

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	7
2.	SIGLAS Y ABREVIATURAS	9
3.	OBJETIVOS	10
3.1	Objetivo general	10
3.2	Objetivos específicos	10
4.	CONSIDERACIONES GENERALES	11
5.	ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	12
5.1	Grupo	12
5.2	Servicio de Salud	12
5.3	Modalidad de prestación de servicios de salud	13
5.4	Complejidad de los servicios de salud	14
5.5	Especificidad de los servicios	14
6.	DEFINICIONES	15
6.1	Definiciones generales	15
6.2	Definiciones del estándar de talento humano	19
6.3	Definiciones del estándar de infraestructura	23
6.4	Definiciones del estándar de dotación	26
6.5	Definiciones del estándar de medicamentos, dispositivos médicos, insumos y otras tecnologías en salud	26
6.6	Definiciones del estándar de procesos prioritarios	27
6.7	Definiciones del estándar de historia clínica y registros	28
6.8	Definiciones del estándar de interdependencia	30
6.9	Definiciones de la modalidad de telemedicina	30
7.	TIPOS DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	32
7.1	Instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS	32
7.2	Profesionales independientes de salud	32
7.3	Entidades con objeto social diferente	32
7.4	Transporte especial de pacientes	32
8.	PROCEDIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	33
8.1	Realizar la autoevaluación	33

8.2	Diligenciar el formulario de inscripción	34
8.3	Radicar el formulario de inscripción	34
8.4	Vigencia de la inscripción	37
8.5	Gratuidad de los trámites	38
9.	PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE NOVEDADES	38
9.1	Definiciones de las novedades del prestador de servicios de salud	39
9.2	Definiciones de las novedades de la sede	40
9.3	Definiciones de las novedades de servicios	40
9.4	Definiciones de las novedades de capacidad instalada	42
9.5	Trámite de novedades	43
10.	GENERALIDADES DE LA HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	58
10.1	Tipos de distintivos	58
10.2	Visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación	60
10.3	Procedimiento para la realización de las visitas de verificación	66
11.	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN MODALIDAD EXTRAMURAL	69
11.1	Jornada de salud y unidad móvil	69
11.2	Domiciliaria	71
12.	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN MODALIDAD DE TELEMEDICINA	71
12.1	Principios generales	72
12.2	Categorías de la modalidad de telemedicina	72
12.3	Principios transversales a todas las categorías	76
12.4	Estándares y criterios de habilitación para la modalidad prestación de servicios de salud telemedicina	76
12.5	Prestación de servicios en la modalidad de telemedicina por un prestador de servicios de salud extranjero	91
13.	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON APOYO DE ORGANISMOS DE COOPERACIÓN	91
14.	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN SITUACIONES DE EMERGENCIA	92
	Estándar de talento humano	93
	Estándar de infraestructura	93
	Estándar de dotación	93
	Estándar de medicamentos, dispositivos médicos, insumos y otras tecnologías en salud	93
	Estándar de procesos prioritarios	93
	Estándar de historia clínica y registros	94



15.	CONDICIONES DE HABILITACIÓN	94
15.1	Condiciones de capacidad técnico – administrativa	94
15.2	Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera	96
15.3	Condiciones de capacidad tecnológica y científica	99
16.	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN MUNICIPIOS CON CONDICIONES ESPECIALES	102
16.1	Condición de Suficiencia Patrimonial y Financiera	104
16.2	Condiciones Tecnológicas y Científicas	105

1. INTRODUCCIÓN

El Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud es el instrumento técnico que contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en Colombia, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su propósito fundamental es garantizar que los servicios de salud se presten en condiciones que protejan la vida, la salud y la dignidad de los usuarios, mediante el cumplimiento de requisitos mínimos de estructura y proceso orientados al control del riesgo en la atención.

El presente manual actualiza y unifica en un solo instrumento las disposiciones técnicas para la inscripción de prestadores de servicios de salud y la habilitación de los servicios de salud, respondiendo a los requerimientos identificados en los territorios, a la evolución tecnológica en la prestación de servicios de salud y a la necesidad de contar con un marco regulatorio claro, coherente y de fácil aplicación para prestadores, entidades territoriales y organismos de inspección, vigilancia y control.

El manual define la estructura de los servicios de salud, estableciendo su taxonomía, modalidades de prestación —intramural, extramural y telemedicina— y grados de complejidad, como base para su incorporación homogénea en el REPS. Desarrolla las especificidades de la prestación en las diferentes modalidades de prestación de servicios de salud. Respecto a la modalidad de prestación de servicios de salud telemedicina el manual determina sus categorías, nodos, modos de interacción, tipo de comunicación y condiciones de operación. Establece las definiciones aplicables en la verificación y autoevaluación de los servicios, organizadas de manera transversal y por estándar.

Describe los tipos de prestadores de servicios de salud y define las condiciones de habilitación que deben cumplir en forma obligatoria los prestadores de servicios de salud para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud: capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y financiera, y capacidad tecnológica y científica, desarrollando para estas últimas los siete estándares de habilitación. Detalla el procedimiento de inscripción de prestadores y habilitación de servicios, las novedades que deben reportarse y el procedimiento para su trámite. Desarrolla el procedimiento para la verificación de las condiciones de habilitación, estableciendo los tipos de visita, sus fases, responsabilidades y plazos, así como el mecanismo para la resolución de controversias técnicas.



Incluye igualmente las condiciones aplicables a la prestación de servicios en situaciones de emergencia y con apoyo de organismos de cooperación, la prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina en el extranjero, los estándares y criterios de habilitación por servicio de salud, y los criterios diferenciales, razonables y progresivos para prestadores ubicados en municipios con condiciones especiales.

Se precisa que el presente manual no tiene por objeto establecer las actividades, intervenciones o procedimientos a realizar en cada servicio de salud. La definición y documentación de dichos contenidos es responsabilidad del prestador, en el marco del estándar de procesos prioritarios y conforme al objeto y alcance de los servicios que habilite. Así mismo, el manual no establece competencias para el talento humano en salud, las cuales se encuentran definidas en los programas académicos aprobados por el Ministerio de Educación Nacional.

La verificación de las condiciones de habilitación se orienta a situaciones tangibles generadoras de riesgo en la prestación de los servicios de salud, sin exceder los estándares y criterios mínimos aquí planteados, con el propósito de no interponer barreras innecesarias en la prestación de los servicios de salud. En consecuencia, ninguna autoridad podrá exigir, en el marco del proceso de habilitación, el cumplimiento de requisitos distintos a los contenidos en el presente manual.

Finalmente, es importante mencionar que el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará de manera permanente y periódica los contenidos del presente manual, mediante un proceso técnico, participativo y transparente, que incorpore los hallazgos del sector, las innovaciones en la prestación de servicios de salud y los requerimientos de los territorios, garantizando en todo momento la coherencia del marco regulatorio y la seguridad de los usuarios como límite infranqueable de cualquier ajuste.

2. SIGLAS Y ABREVIATURAS

APME Alimentos con Propósito Médico Especial

EAPB Empresa Administradora de Planes de Beneficios

HC Historia Clínica

IHCE Historia Clínica Electrónica Interoperable

IPS Institución Prestadora de Servicios de Salud

MSPS Ministerio de Salud y Protección Social

NIIF Normas Internacionales de Información Financiera

NIT Número de Identificación Tributaria

NSR 10 Norma Sismo Resistente de 2010

ONAC Organismo Nacional de Acreditación de Colombia

RDA Resumen Digital de Atención en Salud

ReTHUS Registro del Talento Humano en Salud

RUT Registro Único Tributario

SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud

SOGCS Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud

TIC Tecnologías de la Información y la Comunicación

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Definir las condiciones, estándares y criterios mínimos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para su inscripción, habilitación y permanencia en el componente de habilitación del SOGCS, con el fin de minimizar los riesgos y brindar seguridad a los usuarios en la prestación de los servicios de salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.2 Objetivos específicos

- Establecer la estructura, taxonomía, modalidades, complejidades y especificidades de los servicios de salud habilitables en Colombia.
- Definir las condiciones de capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y financiera, y capacidad tecnológica y científica que deben cumplir los prestadores de servicios de salud.
- Orientar a los prestadores de servicios de salud, a las entidades territoriales y a los organismos de inspección, vigilancia y control en el procedimiento de inscripción, habilitación, renovación y registro de novedades en el REPS.
- Establecer los tipos de visita de verificación, sus fases, responsabilidades y plazos, como mecanismo para comprobar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación.
- Proveer criterios diferenciales, razonables y progresivos para la habilitación de servicios de salud en municipios con condiciones especiales, garantizando el acceso efectivo de la población a los servicios de salud sin comprometer la seguridad del paciente.
- Contribuir al fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud mediante la actualización permanente de los estándares y criterios de habilitación, en respuesta a la evolución tecnológica, las innovaciones en la prestación de servicios y los requerimientos del sector.

4. CONSIDERACIONES GENERALES

El presente manual constituye el instrumento técnico del componente de Habilitación y su cumplimiento es obligatorio para todos los prestadores de servicios de salud que operen en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La verificación de las condiciones aquí establecidas se orienta exclusivamente a los estándares y criterios contenidos en este documento, sin que ninguna autoridad pueda exigir requisitos adicionales en el marco del proceso de habilitación. Esta restricción tiene por objeto eliminar barreras innecesarias en la prestación de servicios de salud y garantizar la seguridad jurídica de los prestadores frente a exigencias adicionales a las establecidas.

La seguridad del paciente constituye el principio rector y el límite infranqueable del presente manual. Todos los estándares, criterios y flexibilizaciones aquí contenidos están diseñados para que los beneficios que recibe el paciente superen en todo momento los riesgos a los que se expone durante la atención. En consecuencia, ningún ajuste regulatorio, diferenciación territorial ni criterio progresivo podrá comprometer las condiciones mínimas que garantizan la vida, la salud y la dignidad de los usuarios.

Frente a versiones anteriores del marco regulatorio del Sistema Único de Habilitación, el presente manual introduce avances significativos en materia de equidad territorial. Se incorporan por primera vez criterios de habilitación diferenciales, razonables y progresivos para prestadores ubicados en municipios con condiciones especiales, reconociendo las barreras estructurales que enfrentan los pequeños municipios, las zonas rurales dispersas y los territorios con presencia de comunidades étnicas. Estos criterios se orientan por los principios de proporcionalidad, progresividad y no regresividad del derecho a la salud, y se articulan con el Plan de Adecuación Progresiva de Condiciones de Habilitación como instrumento de seguimiento y mejora continua.

En materia de modalidades de prestación, el manual desarrolla de manera ampliada la modalidad de telemedicina, estructurándola en categorías, roles y condiciones operativas específicas para los nodos de servicio remitir y nodos de servicio de referencia, e incorporando la figura del punto de enlace comunitario como mecanismo para facilitar el acceso en zonas de difícil desplazamiento. Estas disposiciones buscan optimizar la articulación entre complejidades de prestación de servicios, fortalecer la capacidad resolutoria en el nivel primario y reducir barreras geográficas, económicas y administrativas en la prestación de servicios de salud.

El manual incorpora igualmente disposiciones relativas a la Historia Clínica Electrónica Interoperable, al Resumen Digital de Atención en Salud y al uso de firma digital, en reconocimiento de la evolución tecnológica en los sistemas de información clínica y

de la necesidad de garantizar la trazabilidad, seguridad e interoperabilidad de la información en salud. Estas condiciones se implementarán de manera progresiva conforme a los avances tecnológicos y de conectividad disponibles en los territorios.

En relación con la inspección y verificación, el manual prevé el uso de herramientas digitales y mecanismos de verificación remota para la realización de visitas en territorios de difícil acceso, como medida para fortalecer la capacidad institucional de las secretarías de salud y garantizar que las limitaciones geográficas no se traduzcan en barreras para el cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control. En ningún caso la demora en la realización de visitas de verificación será atribuible al prestador de servicios de salud.

Se establece como garantía expresa que ningún trámite relacionado con la inscripción, habilitación, renovación, registro de novedades o verificación de condiciones de habilitación tendrá costo para el prestador. Así mismo, cuando se presenten diferencias de carácter técnico entre los resultados de una visita de verificación y la posición del prestador, el manual prevé un mecanismo de resolución en dos instancias, con posibilidad de obtener concepto técnico de referencia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, en garantía del debido proceso y de la seguridad jurídica en los procedimientos de habilitación.

5. ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con el objeto de facilitar la organización de los servicios de salud y permitir su incorporación al REPS de manera homologada, se establece la siguiente estructura de los servicios de salud:

5.1 Grupo

Representa el conjunto de servicios de salud que se encuentran relacionados entre sí y que comparten similitudes en la forma de prestación, en los estándares y criterios que deben cumplir.

5.2 Servicio de Salud

Para efectos del presente manual, el servicio de salud es la unidad básica habilitable del Componente de Habilitación del SOGCS, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente, y en cualquiera de las fases de la atención en salud. Su alcance no incluye los servicios de educación, vivienda, protección, alimentación ni apoyo a la justicia.



En consecuencia, los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores y de habilitación establecidos en el presente manual se encuentran estructurados sobre la organización de los servicios de salud.

5.3 Modalidad de prestación de servicios de salud

La modalidad se refiere a la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares. Las modalidades de prestación para los servicios de salud son: intramural, extramural y telemedicina.

5.3.1 Modalidad intramural: Forma de prestar un servicio de salud dentro de una infraestructura física destinada a la atención en salud.

5.3.2 Modalidad extramural: Forma de prestar un servicio de salud en espacios o infraestructuras físicas adaptadas a la atención en salud y se subdivide en:

5.3.2.1.1 Unidad Móvil: Es la forma de prestar un servicio de salud dentro de un medio de transporte terrestre, marítimo o fluvial.

5.3.2.1.2 Domiciliaria: Es la forma de prestar un servicio de salud en el domicilio o residencia del paciente.

5.3.2.1.3 Jornada de Salud: Es la forma de prestar un servicio de salud en espacios o infraestructuras físicas adaptadas temporalmente a la atención en salud.

5.3.3 Modalidad telemedicina: La modalidad de telemedicina tiene como objetivo facilitar el acceso, mejorar la oportunidad, continuidad y resolutiveidad en la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, mediante el uso de TIC. Esta modalidad de prestación de servicios se encuentra regulada por el componente de Habilitación del SOGCS.

La modalidad de telemedicina busca optimizar la articulación entre niveles de atención, fortalecer la capacidad resolutive en el nivel primario, reducir barreras geográficas, económicas y administrativas, y promover modelos de atención integrales centrados en el usuario y orientados a resultados en salud. La prestación de servicios en esta modalidad podrá ser desarrollada por los prestadores de servicios de salud habilitados, en cualquier zona del territorio nacional, con

especial énfasis en zonas rurales, dispersas o de difícil acceso, de acuerdo con los servicios habilitados y en cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes.

5.3.3.1 Categorías de telemedicina

La modalidad de telemedicina se estructura en las siguientes categorías, las cuales pueden combinarse entre sí de acuerdo con la naturaleza del servicio, la condición clínica del usuario, la complejidad requerida y los criterios definidos por el prestador de servicios de salud.

- Telexperticia
- Teleconcepto
- Teleconsulta
- Telemonitoreo

Las categorías de telemedicina podrán desarrollarse mediante interacciones sincrónicas, asincrónicas o combinadas, conforme a la naturaleza del servicio, la condición clínica del usuario, el propósito de la atención y los criterios clínicos del profesional de la salud y el prestador de servicios de salud. La selección del tipo de interacción deberá responder a criterios clínicos que optimicen la oportunidad, la continuidad del cuidado y la capacidad resolutoria, garantizando la comunicación efectiva entre los actores del proceso, el intercambio oportuno de información clínica y la adecuada toma de decisiones.

5.4 Complejidad de los servicios de salud

Es la cualidad de los servicios de salud que depende de las condiciones de salud que se atiendan o prevén atender, la formación del talento humano en salud y las características de las tecnologías en salud que se requieran.

Para efectos del presente manual los grados de complejidad de los servicios son: Baja o Mediana o Alta. Algunos servicios de salud, no les aplica complejidad.

5.5 Especificidad de los servicios

Corresponde a un alcance específico de un servicio de salud. Se consideran las siguientes:

- Especificidad oncológicos

- Especificidad trasplante osteomuscular
- Especificidad trasplante de piel
- Especificidad trasplante cardiovascular
- Especificidad trasplante órgano riñón
- Especificidad trasplante órgano hígado
- Especificidad trasplante órgano páncreas
- Especificidad trasplante órgano intestino
- Especificidad trasplante órgano multivisceral
- Especificidad trasplante órgano corazón
- Especificidad trasplante órgano pulmón
- Especificidad trasplante células progenitoras hematopoyéticas
- Especificidad trasplante de tejido ocular
- Especificidad atención paciente quemado
- Especificidad salud mental
- Especificidad SPA
- Especificidad otras patologías
- Especificidad procedimientos quirúrgicos ambulatorios
- Especificidad procedimiento vacunación

6. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones son aplicables en la verificación y autoevaluación de los servicios de salud.

Las definiciones generales son de carácter transversal para todos los estándares y las específicas se organizan por estándar, siguiendo una secuencia lógica que facilite la comprensión cuando haya relación entre dos o más definiciones.

6.1 Definiciones generales

Apoyos y ajustes razonables para el acceso a las edificaciones de uso exclusivo en salud y edificaciones de uso mixto: Corresponden a las medidas, estrategias o adaptaciones implementadas por el profesional independiente de salud para eliminar o minimizar barreras físicas a las personas con discapacidad, que limitan el acceso al servicio de salud en la edificación, con el fin de garantizar la atención en igualdad de condiciones, accesible, oportuna, digna, acorde con las necesidades y condiciones particulares del usuario, los cuales deberán estar documentados en el estándar de procesos prioritarios.

Autoevaluación: Mecanismo de verificación de las condiciones de habilitación establecidas en el presente manual, que efectúa periódicamente el prestador de



servicios de salud y que propende por el autocontrol permanente, participativo y reflexivo sobre la prestación de los servicios de salud a ofertar.

Atención farmacéutica: Es la asistencia a un paciente o grupos de pacientes por parte del Químico Farmacéutico, en el seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico, dirigida a contribuir con el médico tratante y otros profesionales del área de la salud en la consecución de los resultados previstos para mejorar su calidad de vida (Art. 2.5.3.10.3. Decreto 780 de 2016).

Certificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación: Es el documento expedido por la Secretaria Departamental o Distrital de Salud, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, con el que certifica que un prestador de servicios de salud ha sido verificado, y cumple con las condiciones para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, relacionando los servicios de salud que cumplen con los estándares y criterios de habilitación.

Criterio: Precepto o indicador obligatorio que resume la calidad de una actividad que se pretende evaluar. Para efectos del presente manual, el criterio es la unidad básica del estándar sobre el cual se realiza la verificación orientada hacia el análisis de los riesgos y la seguridad en la atención de los pacientes.

Criterio diferencial razonable: Adaptación objetiva y proporcional de un criterio de habilitación, orientada a salvaguardar la seguridad del paciente y la obtención de resultados en salud, que reconoce las particularidades y limitaciones estructurales, geográficas, culturales y de demanda de servicios propias de los municipios con condiciones especiales.

Cuenta con: Es la existencia obligatoria y permanente del talento humano, dotación, medicamentos, dispositivos médicos, insumos y otras tecnologías en salud dentro de un servicio de salud.

Cuando se trate del servicio de transporte asistencial de pacientes, esta definición aplica por ambulancia.

Para el estándar de infraestructura, es la existencia obligatoria de un recurso físico, área o ambiente de uso exclusivo del servicio, que está localizado al interior de un servicio o de un ambiente.

Los servicios de salud y de apoyo interdependientes caracterizados como “cuenta con”, deben estar obligatoriamente dentro de la misma edificación o sede donde se encuentre ubicado el servicio que los requiere. Los servicios de salud y de apoyo interdependientes pueden ser propios o contratados.

Declaración de autoevaluación: Es el registro que realiza el prestador de servicios de salud en el REPS después de haber realizado la autoevaluación.

Disponibilidad: Es la existencia obligatoria del talento humano, dotación, medicamentos, dispositivos médicos, insumos y otras tecnologías en salud, en el servicio en el momento en que se requieran y mientras se oferte y se preste; pueden estar ubicados fuera del servicio, asegurando que se encuentren en permanente disposición y fácil localización para brindar una atención oportuna sin poner en riesgo la integridad y la vida del paciente.

En el estándar de infraestructura, un área o ambiente puede estar localizado fuera del servicio o ambiente, pero dentro de la misma edificación donde se encuentre el servicio.

Cuando se haga referencia a “disponibilidad en el servicio” de la infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos, insumos y otras tecnologías en salud, se entienden que estos pueden ser compartidos dentro del servicio, asegurando que se encuentren en permanente disposición y fácil localización para brindar una atención oportuna sin poner en riesgo la integridad y la vida del paciente. Los servicios de salud y de apoyo interdependientes caracterizados como “disponibilidad”, pueden estar ubicados dentro o fuera de la edificación o sede donde se encuentra habilitado el servicio de salud que los requiere y pueden ser propios o contratados.

Disponibilidad diferencial razonable: Es la capacidad del prestador de servicios de salud para garantizar, de manera oportuna y en concordancia con los procesos prioritarios definidos, la disponibilidad del talento humano en salud y el acceso a los servicios de salud requeridos por los usuarios, mediante mecanismos propios o articulados. Estos incluyen acuerdos de servicios documentados contemplando como mínimo, sus modalidades de prestación intramural, extramural, y telemedicina, así como la implementación de sistemas de referencia y contrarreferencia con prestadores que oferten servicios de igual o mayor nivel de complejidad en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud contemplando el equilibrio entre la efectividad técnica, la seguridad del paciente y el uso eficiente de los recursos.

Distintivo de habilitación: Es el documento que evidencia que un servicio está habilitado y que sirve a los ciudadanos para ejercer control, el cual debe ser divulgado por el prestador en un lugar visible dentro de su infraestructura.

Distintivo de Certificación: Es el documento que posterior a la visita de certificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación; es generado automáticamente a través del REPS previa autorización de la entidad territorial, y evidencia que el servicio de salud está certificado. Este distintivo debe ser divulgado por el prestador en un



lugar visible dentro de su infraestructura, con el fin de generar confianza en los usuarios.

Estándar: Es el patrón que define los criterios mínimos de un servicio de salud.

Inactivación de servicio: Es el cierre del o los servicios de salud en el REPS como consecuencia de no realizar su autoevaluación y posterior declaración en el REPS o por el vencimiento del término de la novedad de cierre temporal.

Inactivación del prestador: Es el cierre del prestador de servicios de salud en el REPS como consecuencia de la no autoevaluación o por el vencimiento del término de la novedad de cierre temporal de la totalidad de sus servicios de salud.

Inscripción: Es el proceso que realizan las personas naturales o jurídicas ante la secretaría de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, con el objeto de ser autorizados para funcionar como prestador de servicios de salud dentro de su jurisdicción.

Novedades: Son los cambios que un prestador de servicios de salud realiza en su información, en sus servicios habilitados, en sus sedes o en su capacidad instalada y que debe gestionar obligatoriamente ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, con el objeto de registrar y actualizar dicho cambio en el REPS.

Organismos de cooperación: Organismos internacionales de cooperación y las organizaciones no gubernamentales de carácter humanitario o altruista, que apoyan la prestación de servicios de salud.

Portafolio de servicios: Son los servicios de salud habilitados y registrados en el REPS por el prestador de servicios de salud.

Recursos esenciales insuficientes para la atención en salud: Condición en la cual el prestador de servicios de salud presenta limitaciones estructurales, operativas o territoriales que afectan de manera sustancial su capacidad para garantizar la prestación integral, continua, segura y oportuna de servicios de salud, incluyendo una o más de las siguientes dimensiones:

- Infraestructura física y locativa.
- Acceso confiable a servicios públicos esenciales (agua, energía eléctrica, conexión a la red de alcantarillado y sistemas de comunicaciones).
- Dotación biomédica y tecnológica.
- Disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos, insumos críticos y otras tecnologías en salud.

- Disponibilidad, permanencia o suficiencia de talento humano en salud.
- Capacidad logística y de transporte asistencial.
- Condiciones administrativas o regulatorias externas que dificulten la adecuación progresiva.

Estas limitaciones deberán derivarse de condiciones propias del territorio, barreras geográficas, dispersión poblacional, restricciones institucionales o fallas estructurales no atribuibles directamente al prestador, y deberán ser verificables por la autoridad territorial competente o por las entidades responsables correspondientes.

Sede: Es la infraestructura física y delimitada ubicada en una edificación de uso exclusivo en salud o edificación de uso mixto, que el prestador de servicios de salud registra en el REPS con una dirección o nomenclatura, en donde ofrece uno o varios servicios de salud habilitados. El prestador puede contar con una o varias sedes.

Territorio con presencia de comunidades étnicas: Municipio en cuyo territorio se encuentren resguardos indígenas, con presencia de kumpany gitanas o romaníes, territorios colectivos de comunidades negras, afrocolombianas, raizales o palenqueras, conforme con la certificación de la entidad territorial competente.

Zona de dispersión geográfica: Área del Municipio o territorio que presenta dificultades de acceso a servicios básicos y al cual sólo se puede acceder por vía fluvial, aérea o por carretera sin pavimentar, o que se encuentra a más de ciento veinte (120) minutos de un prestador de servicios de salud de mediana o alta complejidad, por el medio de transporte disponible en el territorio. Para efectos de la identificación de estas zonas corresponde a lo contenido en el mapa de la página 35 del Apéndice A3 de Planimetría, adoptado mediante el Artículo No.1 del Decreto 1437 de 2025.

6.2 Definiciones del estándar de talento humano

Acciones de formación continua:

Actividades de capacitación del talento humano autorizado para ejercer una ocupación, profesión o especialidad, dirigidas a adquirir, fortalecer o actualizar los conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes, para su actuación idónea en cada uno de los servicios de salud que sean ofertados. Estas acciones deberán responder a las necesidades identificadas por el prestador de servicios de salud, considerando las dinámicas de atención, las características de los servicios habilitados, las necesidades de la población usuaria atendida y las particularidades del territorio donde desarrolla su operación.

Este proceso de capacitación se desarrolla por el prestador de servicios de salud e incluye: i) análisis de necesidades de formación continua del talento humano, ii) planificación de acciones de formación continua, iii) definición de los contenidos

relacionados con las necesidades de formación, iv) duración de las acciones de formación continua, v) determinación de formadores según las necesidades, vi) ejecución, evaluación y seguimiento. Así mismo, se deberán definir la vigencia de las acciones de formación y los mecanismos que le permitan evidenciar la participación del talento humano. Para tal fin, deberá tener en cuenta lo establecido en el presente manual en el estándar de talento humano para cada servicio. Para la planificación de las acciones de formación continua se deberá tener en cuenta lo definido en el Plan Institucional de Acciones de Formación Continua.

Las acciones de formación continua del talento humano deben hacer parte de un proceso integral de capacitación del talento humano del prestador de servicios de salud, el cual se establece y actualiza directamente o a través de alianzas o convenios con diversas entidades. Para garantizar la continuidad y pertinencia del proceso formativo, el prestador de servicios de salud deberá elaborar, ejecutar, evaluar y actualizar anualmente un Plan Institucional de Acciones de Formación Continua.

El prestador de servicios de salud podrá implementar y combinar diferentes herramientas tales como:

- Desarrollar directamente las acciones de formación continua a las que hace referencia los criterios del estándar de talento humano, según los servicios de salud.
- Realizar alianzas o convenios con entidades con experiencia e idoneidad en los temas a capacitar (instituciones formadoras de talento humano en salud, asociaciones científicas, entre otras). Estas alianzas podrán establecerse con entidades del ámbito territorial o nacional, siempre que cuenten con la experiencia e idoneidad requerida para contribuir al fortalecimiento del conocimiento del talento humano.
- Aceptar las constancias de asistencia de la participación del talento humano en salud expedidas por otros prestadores e instituciones, en las que se demuestren las acciones de capacitación requeridas en el estándar de talento humano del respectivo servicio.
- Aceptar los certificados de formación expedidos antes de la entrada en vigencia de la presente norma.

Los prestadores de servicios de salud para desarrollar las acciones de formación continua no requieren adelantar trámite alguno ante la respectiva secretaría de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

Lo anterior sin perjuicio de la aplicación de los lineamientos técnicos que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social para direccionar las acciones de formación continua del talento humano en salud.



Auxiliar Promotor de Salud: El Auxiliar Promotor(a) de Salud se reconoce como parte del personal auxiliar en las áreas de la salud, el cual corresponde a un técnico laboral que tiene como sujetos de atención a las personas, las familias y la comunidad de un territorio específico, contribuyendo a la articulación de la comunidad con los actores del sistema de salud, por lo que aporta al cuidado de la vida, la salud, la promoción de la salud, el bienestar integral de las poblaciones y al logro de los resultados en salud. Deberá cumplir con la formación y certificación establecidas en el Decreto 1409 de 2024, así como las demás normas que al respecto se expidan.

Constancia de asistencia: Es el documento que evidencia que el talento humano en salud ha participado en acciones de formación continua. Cuando en el presente manual se haga referencia a constancias de asistencia, estas incluyen todas aquellas resultantes de las herramientas de formación continua implementadas por el prestador de servicios de salud.

La vigencia de la constancia de asistencia será la que defina el prestador de servicios de salud en el marco de su Plan Institucional de Formación Continua, atendiendo a la naturaleza del contenido, la evolución del conocimiento científico y tecnológico en el área respectiva, y los requerimientos establecidos en el estándar de talento humano del servicio de salud correspondiente.

El prestador deberá actualizar las acciones de formación continua y promover la renovación de las constancias cuando se produzcan cambios relevantes en la evidencia científica, en las guías de práctica clínica, en la tecnología utilizada o en la normatividad aplicable, que modifiquen sustancialmente las competencias requeridas para la prestación segura y de calidad del servicio.

Disponibilidad con permanencia: La disponibilidad con permanencia para el talento humano en salud hace referencia a la presencialidad obligatoria en el respectivo servicio de salud durante la realización de actividades y procedimientos y durante el tiempo definido en los servicios donde así lo determine el presente manual.

Especificidad: Corresponde a un alcance diferenciado de un servicio de salud habilitado, sujeto a registro en la plataforma del REPS cuando forme parte de la oferta del prestador.

Personal en entrenamiento: Talento Humano que está en proceso de formación en el marco de un programa académico legalmente aprobado por las autoridades competentes, ya sea de educación superior o de educación para el trabajo y el desarrollo humano del área de la salud y que realiza actividades asistenciales en el marco de la supervisión y delegación de funciones y responsabilidades, como parte de su formación. Los profesionales de la salud en Servicio Social Obligatorio no son

personal en entrenamiento, son profesionales titulados que cumplen con un requisito para obtener la autorización del ejercicio profesional en el territorio nacional.

Plan Institucional de Acciones de Formación Continua: Es el instrumento de planificación anual mediante el cual el prestador de servicios de salud organiza, programa, ejecuta, evalúa y realiza seguimiento a las acciones de formación continua dirigidas al talento humano de la institución. Este plan deberá fundamentarse en el análisis de las necesidades institucionales y del territorio, estar articulado con las competencias de los perfiles ocupacionales y profesionales, las condiciones básicas para el funcionamiento de los servicios de salud y las necesidades de atención en salud de la población usuaria atendida por el prestador, de acuerdo con los servicios de salud habilitados, con el propósito de garantizar el mantenimiento del estándar de talento humano en salud y el fortalecimiento de los conocimientos requeridos para la prestación de servicios de salud seguros.

El Plan Institucional de Acciones de Formación Continua deberá contemplar, como mínimo:

- Análisis de necesidades de formación, considerando las características de los servicios de salud, el talento humano, la población atendida y las condiciones del territorio.
- Objetivos y prioridades de formación, alineados con las necesidades identificadas y la seguridad de la atención.
- Programación anual de las acciones de formación, especificando temas, modalidades, cronograma, servicios y talento humano objeto y responsables.
- Contenidos de formación, acordes con los requerimientos de talento humano para cada servicio de salud habilitado y las necesidades institucionales.
- Duración y condiciones de desarrollo de las acciones de formación, considerando la organización del trabajo y la disponibilidad del talento humano.
- Identificación de los formadores o entidades responsables.
- Mecanismos de ejecución, evaluación y seguimiento, que permitan verificar el cumplimiento del plan y medir los resultados obtenidos.
- Vigencia de las acciones de formación, cuando aplique, de acuerdo con la naturaleza de la formación impartida y normatividad.
- Mecanismos para evidenciar la participación del talento humano, mediante registros, certificaciones, listados de asistencia u otros soportes verificables.

Supervisión de personal en entrenamiento: Es el acompañamiento, guía y seguimiento que realiza un profesional de la salud a las actividades y procedimientos desarrollados por personal en entrenamiento. El profesional que realiza dicha supervisión podrá ser personal docente vinculado a la institución educativa y/o al Prestador de Servicios de Salud, según se defina en el marco del convenio docencia-servicio.

Supervisión del talento humano en salud: Es la vigilancia que realiza un profesional de la salud a las actividades o procedimientos desarrollados por técnicos laborales, técnicos profesionales y tecnólogos del área de la salud. No implica la vigilancia directa de cada procedimiento o actividad, ni la presencia permanente del profesional que realiza la supervisión.

6.3 Definiciones del estándar de infraestructura

Adecuación: Intervención de la infraestructura física, conservando el uso del área, sin incremento del área construida, mejorando las condiciones existentes de acabados y tecnología.

Ambiente: Lugar físico delimitado por barrera física fija, piso y techo.

Ambiente de aislamiento: Lugar físico delimitado por barrera física fija, piso y techo, dentro de la sala de observación de urgencias, para aislamiento de pacientes. Puede contar con lavamanos si lo requiere.

Ambiente o área no asistencial: Espacio físico de apoyo destinado al desarrollo de actividades administrativas, atención al usuario, entre otras, que puede o no estar delimitado por barrera física fija o móvil.

Ambiente Asistencial: Espacio físico delimitado por barrera física fija, piso y techo, destinado a la prestación de servicios de salud.

Ambiente de Aseo: Ambiente con lavatraperos y área para almacenamiento de insumos y elementos de aseo.

Ambiente de transición: Lugar destinado para la atención de pacientes que por su condición clínica permanecen en el servicio de urgencias y no requieren traslado a servicios del grupo de internación o del grupo quirúrgico o a otras instituciones.

Ambiente técnico: Lugar físico delimitado por barrera física fija, piso y techo, donde se realizan procedimientos de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

Área: Lugar físico no necesariamente delimitado por barrera física.

Area asistencial: Lugar físico no necesariamente delimitado por barrera física, destinado a la prestación de servicios de salud.

Área de circulación: Lugar físico destinado a la movilización de pacientes, talento humano y equipos biomédicos, libre de obstáculos.

Área semi-restringida: Área controlada que permite el paso de personal y pacientes, bajo condiciones específicas de comportamiento y bioseguridad.

Área restringida: Área controlada de tránsito limitado, solo empleada por el personal autorizado, bajo condiciones específicas de comportamiento y bioseguridad.

Barrera física: Elemento móvil o fijo que separa áreas o ambientes entre sí.

Cielo raso: Superficie de acabado que delimita la altura interior de un ambiente.

Cubículo: Área delimitada con barrera física fija o móvil, exclusiva para un solo paciente.

Ducha de emergencia: Ducha utilizada en situaciones de emergencia que permite la aspersión en todo el cuerpo.

Ducha lavaojos: Ducha utilizada en situaciones de emergencia que permite la aspersión para un lavado inmediato de los ojos.

Edificación de uso mixto: Edificaciones destinadas para la prestación de servicios de salud, cuya infraestructura es usada para diferentes actividades (comercial, residencial, educación, vivienda, entre otros), acorde con lo establecido en la respectiva normatividad de ordenamiento territorial del municipio o distrito correspondiente.

Edificación de uso exclusivo de salud: Edificaciones destinadas para la prestación de servicios de salud cuya infraestructura es usada exclusivamente para la prestación de servicios de salud, acorde con lo establecido en la respectiva normatividad de ordenamiento territorial del municipio o distrito correspondiente.

Iluminación artificial: Sistema que proporciona niveles de iluminación en un área o ambiente mediante fuente de energía.

Iluminación natural: Iluminación producida por fuentes naturales que ingresa a un área o ambiente a través de elementos arquitectónicos.

Lavamanos: Aparato exclusivo para el lavado de manos, dotado con griferías para suministro de agua y sifón con rejilla.

Lavamanos con dispositivo de manos libres: Aparato exclusivo para el lavado de manos, dotado con dispositivos que permiten su funcionamiento sin el uso de las manos, cuenta con suministro de agua y sifón con rejilla.

Lavamanos portátil: Aparato exclusivo para el lavado de manos, de carácter móvil, con sistema autónomo de suministro y almacenamiento de agua y recolección de aguas residuales, que permite su uso en lugares sin conexión fija a redes de acueducto y alcantarillado. Está destinado a facilitar la higiene de manos en condiciones de asepsia, en contextos de emergencias o servicios extramurales cuando lo requiera.

Lavamanos quirúrgico: Aparato exclusivo para el lavado de manos, dotado con llaves para suministro de agua y grifería cuello de cisne y sifón con rejilla. La grifería será con accionamiento manos libres y su profundidad permitirá el lavado hasta el antebrazo. Cuenta con suministro de agua.

Lavapatos: Aparato o sistema sanitario exclusivo para el lavado, desinfección de patos, pisingos y riñoneras, ubicado al interior del ambiente de trabajo sucio o de un ambiente.

Lavatraperero: Aparato con grifería para suministro de agua y sifón con rejilla, destinado para las labores de aseo y limpieza, que se localiza dentro del ambiente de aseo.

Media caña: Unión semicircular que asegura la continuidad de dos superficies, evitando la formación de ángulos de difícil accesibilidad en los procedimientos de limpieza y desinfección.

Mesón de trabajo: Superficie fija con acabado liso, lavable e impermeable y resistente al uso.

Mesón de trabajo con poceta: Superficie fija con acabado liso, lavable e impermeable y resistente al uso, que debe contar con poceta.

Piso o nivel: División horizontal en una edificación, la cual se ubica a cierta altura respecto de un plano horizontal. Para efectos del presente manual, las palabras piso y nivel son sinónimos.

Poceta: Aparato con grifería cuello de cisne para suministro de agua y sifón con rejilla, destinado para el lavado de materiales, elementos, etc., localizado en forma independiente o sobre mesones.

Sala de espera: Espacio físico de uso transitorio ubicado dentro de la edificación del prestador, para que pacientes, visitantes o usuarios esperen su turno para recibir atención; puede o no estar delimitado por barrera física fija o móvil.

Sala de observación: Lugar físico establecido para la corta estancia, delimitado con barrera física fija o móvil, que se encuentra dentro del servicio de urgencias, destinado a monitorear la evolución de un paciente para definir conducta médica.

Sala de recuperación: Lugar físico con barrera física fija o móvil, que se encuentra dentro de un servicio de salud, destinado a vigilar y estabilizar un paciente posterior a la realización de un procedimiento.

TPR (Trabajo de parto, parto, recuperación): Ambiente donde se atiende el trabajo de parto, parto y recuperación y que requiere características específicas de infraestructura.

Ventilación artificial: Sistema que utiliza equipos mecánicos para suministrar aire exterior y extraer aire de un área o ambiente, permitiendo su renovación. Con sistemas de filtración cuando las condiciones del área o ambiente lo requieran.

Ventilación natural: Mecanismo que permite el suministro y la extracción de aire de un área o ambiente mediante elementos arquitectónicos permitiendo su renovación. Con cierre hermético cuando lo requiera.

Vestidor para el talento humano: Ambiente para el cambio de ropa del talento humano del servicio, que funciona como filtro con área para casilleros y unidad sanitaria, que garantice la privacidad y seguridad.

Vestidor para pacientes: Ambiente para el cambio de ropa de pacientes con área para casilleros, que garantice la privacidad y seguridad durante la atención. Con unidad sanitaria, cuando se lo requiera.

6.4 Definiciones del estándar de dotación

Carro de paro: Conjunto de medicamentos, dispositivos médicos, equipos biomédicos y otras tecnologías en salud, utilizados en la reanimación cardio cerebro pulmonar.

6.5 Definiciones del estándar de medicamentos, dispositivos médicos, insumos y otras tecnologías en salud

Reserva: Son los medicamentos, dispositivos médicos, insumos, alimentos con propósito médico especial (APME) y otras tecnologías en salud requeridos para la prestación de servicios de salud, que se guardan, custodian o preservan en



almacenes, bodegas, depósitos, servicios de salud, vehículos, contenedores, neveras, maletines, entre otros.

Los medicamentos y dispositivos médicos deben permanecer bajo la gestión del servicio farmacéutico, no obstante, para garantizar el acceso a estos se podrá disponer de reservas controladas en los servicios de salud, bajo mecanismos de gestión, supervisión y control definidos por el prestador de servicios de salud.

Tecnología de salud: Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.

Unidad de medida: Unidad en la que está expresada la cantidad de principio activo y en casos específicos en unidades internacionales.

6.6 Definiciones del estándar de procesos prioritarios

Actividad: Acción, operación o tarea que se ejecuta en un tiempo definido y con un fin específico. Incluye acciones asistenciales y administrativos para abordar o tratar una condición de salud o realizar un diagnóstico clínico.

Guía de práctica clínica: Documento informativo que incluye recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud.

Información documentada: Información escrita y socializada de procesos, procedimientos, actividades en un servicio de salud, que puede estar en medio físico o magnético, ser de cualquier fuente refiriéndose al lugar de origen de la información y estar en cualquier formato o idioma.

Plan hospitalario para emergencias: Documento en el que se establecen los objetivos, las acciones y la organización del hospital y sus servicios, así como las responsabilidades del personal frente a situaciones de emergencia o desastre, a fin de controlar sus efectos adversos y/o atender los daños a la salud que se puedan presentar.

Protocolo de atención: Secuencia lógica y detallada de un conjunto de actividades, conductas o procedimientos a desarrollar para la atención de una situación específica de salud en un entorno determinado, el cual permite poca o ninguna variación de las acciones realizadas por parte del personal que interviene en la atención. Incluye

aquellos protocolos definidos por el prestador de servicios de salud y los establecidos en la normatividad que regula la materia como de obligatorio cumplimiento.

Proceso: Conjunto de actividades planificadas, interrelacionadas o que interactúan entre sí de forma secuencial, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Incluye procesos asistenciales y administrativos con el fin de abordar o tratar una condición de salud o realizar un diagnóstico clínico.

Procedimiento: Conjunto de acciones que se realizan de la misma forma, con una serie común de pasos definidos y una secuencia lógica realizada en cualquiera de las fases de atención (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación).

6.7 Definiciones del estándar de historia clínica y registros

Consentimiento informado: Es la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades, para que tenga a lugar un acto asistencial. Para que el consentimiento se considere informado, el paciente o usuario deberá entender la naturaleza de la decisión a consentir tras recibir información que le haga consciente de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica, el consentimiento informado es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas. Para el caso de niñas, niños y adolescentes, el consentimiento informado deberá cumplir con los trámites que establezca la normatividad correspondiente.

En caso de que el paciente o usuario no cuente con sus facultades plenas la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante responsable.

El consentimiento informado del usuario para procedimientos, intervenciones quirúrgicas, participación en investigaciones y autorización de acceso a terceros a la historia clínica, deberá reposar como parte integral del expediente clínico. En la IHCE, el consentimiento informado podrá gestionarse mediante mecanismos electrónicos que garanticen su autenticidad.

Custodio: Prestador de servicios de salud responsable de la guarda, conservación y seguridad del expediente clínico físico o electrónico generado durante la atención, sin que ello implique titularidad sobre la información.

Datos Sensibles: Datos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, tales como el estado de salud, la vida sexual, los datos biométricos, los genéticos y la información de condiciones de discapacidad.



Firma Digital: Mecanismo criptográfico que permite la autenticación del profesional tratante sobre el contenido de un registro clínico, garantizando su integridad, autenticidad y no repudio, de conformidad con la Ley 527 de 1999 y sus reglamentaciones.

Firma electrónica: Códigos, contraseñas, datos biométricos, o claves criptográficas privadas, que permite identificar a una persona, en relación con un mensaje de datos, siempre y cuando el mismo sea confiable y apropiado respecto de los fines para los que se utiliza la firma, como lo dispone el artículo 2.2.2.47.1 del Decreto 1074 de 2015 o la norma que lo modifique o sustituya.

Historia Clínica: Documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. En su modalidad electrónica constituye el registro integral con capacidad de comunicarse e intercambiar datos bajo los principios de seguridad, integridad, autenticidad y confidencialidad establecidos en la Ley 2015 de 2020.

Historia Clínica Electrónica Interoperable (IHCE): Registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, contenido en sistemas de información y aplicaciones de software con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información, refrendada con firma digital del profesional tratante, en condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente.

Interoperabilidad: Capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, comprenderla y utilizarla, garantizando la coherencia y calidad de los datos en todo el sistema, con el consecuente beneficio para la continuidad asistencial.

Resumen Digital de Atención en Salud (RDA): Documento electrónico estandarizado que consolida los elementos de datos clínicos relevantes de un episodio de atención, adoptado mediante la Resolución 1888 de 2025, que forma parte integrante de la IHCE.

Expediente Clínico: Conjunto de documentos en los que se hace constar la historia clínica de un usuario, incluyendo los registros específicos de cada atención y sus anexos, en soporte físico o electrónico.

Sistema de Información Clínico: Es todo sistema utilizado para generar, enviar, recibir, archivar o procesar de cualquier forma mensajes de datos y que haya sido creado para la producción, recepción, distribución, consulta, organización, custodia,

conservación, recuperación y disposición final de cualquier elemento constitutivo de la Historia Clínica.

6.8 Definiciones del estándar de interdependencia

Servicios de apoyo: Son los servicios de soporte a la prestación de servicios de salud que corresponden a alimentación, lavandería y vigilancia. A estos servicios no les aplica el proceso de habilitación, sino el concepto técnico sanitario de conformidad con la normatividad vigente.

6.9 Definiciones de la modalidad de telemedicina

Comunicación asincrónica interactiva: Intercambio de información entre dos o más participantes mediante el uso de las TIC en momentos diferentes, que permite interacción bidireccional no simultánea.

Comunicación sincrónica interactiva: Intercambio de información en tiempo real entre dos o más participantes mediante Tecnologías de la Información y la Comunicación TIC, que permite interacción en vivo y bidireccional simultánea.

Conectividad: Capacidad de acceder y establecer conexión a internet, a través de redes de comunicación, que permita la transmisión, recepción e intercambio de información de manera continua o intermitente. En contextos rurales, dispersos o de difícil acceso, la conectividad podrá ajustarse a las condiciones locales, incluyendo esquemas de disponibilidad limitada, sin que ello constituya una restricción para la prestación de servicios, siempre que se garantice la oportunidad, calidad, integridad y seguridad de la información.

Infraestructura tecnológica: Todos los elementos de tecnologías de información que soportan la operación de la institución, entre los que se encuentran la plataforma hardware, la plataforma de comunicaciones y el software especializado.

Interconsulta: Solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario, a otros profesionales o instituciones para que emitan conceptos, juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir.

Nodo de servicio remitidor: Es el servicio desde el cual se origina la interacción en la modalidad de telemedicina, en el marco de la prestación de servicios de salud, que cuenta con las condiciones técnico-científicas, tecnológicas y operativas necesarias para la valoración inicial, seguimiento o gestión de la atención del usuario. Podrá ubicarse en entornos institucionales, extramurales o comunitarios y deberá garantizar la captura, registro y transmisión de la información clínica requerida. El nodo operará



bajo la responsabilidad de un prestador con los servicios de salud habilitados en la modalidad de Telemedicina.

Nodo de servicio de referencia: Es el servicio que responde a la solicitud del nodo de servicio remitir y/o interactúa con el usuario en cualquier ubicación, participa en la prestación de servicios de salud en modalidad de telemedicina y dispone de la capacidad resolutive, el talento humano en salud y las condiciones tecnológicas necesarias para complementar la atención en salud, brindar apoyo clínico o emitir conceptos. Podrá operar en distintos niveles de complejidad y su operación se realizará bajo la responsabilidad de un prestador con servicios de salud habilitados en la modalidad de telemedicina. El Profesional de Salud Independiente podrá habitar un servicio de salud en la modalidad de telemedicina como nodo de servicio de referencia desde su domicilio conforme las condiciones definidas en el presente Manual.

Nodo de servicio remitir y referencia: Para la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina, el nodo de servicio remitir es el servicio desde el cual se origina la interacción, y el nodo de servicio referencia es el servicio que responde a la solicitud del nodo de servicio remitir y que dispone de la capacidad resolutive para complementar la atención en salud. Un mismo prestador podrá operar simultáneamente como nodo de servicio remitir y nodo de servicio de referencia, siempre que cumpla con la totalidad de los estándares aplicables a cada condición.

Nodo de servicio de referencia exclusivo: Es el servicio que se presta desde un ambiente exclusivo para la modalidad de telemedicina.

Plataformas tecnológicas: Sistemas o aplicaciones digitales utilizados para soportar la transmisión, intercambio y gestión de audio, video, imágenes y demás datos en el desarrollo de actividades de telesalud o en la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina, garantizando condiciones técnicas adecuadas de calidad, seguridad de la información, protección de datos personales y confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información transmitida.

Prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina: Los prestadores que ofertan servicios de salud en modalidad de telemedicina lo podrán ofertar como nodo de servicio remitir o nodo de servicio referencia o como ambos.

Punto de enlace en telemedicina: Ambiente o áreas de conexión ubicado en entornos comunitarios o territoriales así como el domicilio del usuario, que no requieren habilitación, pero cuenta con condiciones básicas de infraestructura, tecnología y conectividad que garanticen la interacción con el nodo de servicio de referencia, y que permitan a los usuarios o equipos básicos en salud, especialmente en zonas que presentan dificultades de acceso o desplazamiento, rurales o dispersas,



acceder, enviar y recibir información para la atención en salud, en el marco de la categoría de teleconsulta de la modalidad de telemedicina.

7. TIPOS DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Los prestadores de servicios de salud son:

- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS.
- Profesionales independientes de salud.
- Entidades con objeto social diferente.
- Transporte especial de pacientes.

7.1 Instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS

Son las entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y se encuentran inscritas y con servicios de salud habilitados de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

7.2 Profesionales independientes de salud

Son todas las personas naturales egresadas de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud, para lo cual podrán contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

7.3 Entidades con objeto social diferente

Con esta denominación se inscriben los prestadores de servicios de salud cuyo objeto social no es la prestación de servicios de salud y que por requerimientos propios de la actividad que realizan, brindan servicios de salud de baja y mediana complejidad de los grupos de consulta externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, y del grupo de otros servicios, adicionalmente pueden realizar exclusivamente procedimientos de cirugía ambulatoria. No incluye la prestación del servicio de urgencias y del grupo de internación. Los servicios habilitados no pueden ser ofrecidos en contratación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

7.4 Transporte especial de pacientes

Son los prestadores de servicios de salud que realizan traslado de pacientes en ambulancia y pueden realizar atención prehospitalaria.

8. PROCEDIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

La inscripción es el registro de los datos del prestador y de los servicios de salud que va a ofrecer, en el REPS. Este registro se realiza ante la secretaría de salud departamental o distrital del lugar donde funcionará el prestador, entidad que es responsable de verificar, administrar y mantener actualizada dicha información. El Ministerio de Salud y Protección Social consolida la información a nivel nacional.

Cuando un prestador va a ofrecer servicios en la modalidad de telemedicina, debe tener en cuenta lo siguiente:

- Si actúa como nodo de servicio remitir, debe inscribirse en cada secretaría de salud departamental o distrital donde ofrezca servicios, vinculando un nodo de referencia que puede estar registrado en cualquier parte del país.
- Si actúa como nodo de servicio de referencia, la inscripción se realiza únicamente en la secretaría de salud correspondiente a su domicilio y tiene validez en todo el territorio nacional, sin necesidad de registrarse en cada lugar donde se encuentren los nodos de servicio remitores.

El prestador de servicios de salud puede realizar la inscripción como nodo de servicio remitir y como nodo de servicio de referencia en la misma sede. Frente a esta posibilidad, es preciso indicar que, en el grupo de servicios de consulta externa, el nodo de servicios remitir y el nodo de servicios de referencia no pueden interactuar dentro de la misma sede entre los servicios ofertados por el prestador.

No es requisito que el nodo de servicio referencia y el nodo de servicio remitir tengan habilitado el mismo servicio de salud en la modalidad de telemedicina. La interacción entre los nodos podrá realizarse entre servicios diferentes que complementen la atención del usuario, de acuerdo con sus necesidades en salud.

Los prestadores de servicios de salud que inicien su funcionamiento o realicen una nueva inscripción producto de su inactivación en el REPS, deben cumplir con las condiciones definidas en el presente Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud y efectuar el siguiente procedimiento:

8.1 Realizar la autoevaluación

Antes de inscribirse, el prestador debe hacer una verificación interna del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación establecidas en este manual y declarar su cumplimiento en el REPS. Esta autoevaluación debe considerar las condiciones de

capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y financiera, y capacidad tecnológica y científica, según el tipo de prestador.

Las secretarías departamental o distrital de salud o las entidades que tengan a cargo dichas competencias, son responsables de brindar asistencia técnica, asesoría y orientación gratuitas al prestador durante este proceso, así como de difundir la obligación de mantener actualizada la información en el REPS.

8.2 Diligenciar el formulario de inscripción

El prestador que realiza una inscripción inicial debe ingresar a la página web de la secretaría de salud correspondiente, ubicar el enlace del aplicativo REPS y:

1. Definir la sede o sedes donde funcionará.
2. Determinar los servicios a habilitar, indicando complejidad, modalidad, capacidad instalada y especificidad del servicio.
3. Si va a ofertar servicios en modalidad de telemedicina, registrar su rol como nodo de servicio remitir, nodo de servicio de referencia o ambos, según corresponda.
4. Diligenciar el formulario de inscripción y la declaración de autoevaluación por cada servicio a ofrecer.
5. Imprimir el formulario para radicarlo ante la secretaría de salud correspondiente; o descargue para el envío por medio electrónico cuando la Secretaría de Salud así lo disponga

8.3 Radicar el formulario de inscripción

El formulario debe presentarse ante la secretaría de salud departamental o distrital donde se ubicará el prestador, acompañado de los siguientes documentos:

- Declaración de la autoevaluación del cumplimiento de las condiciones de habilitación, generada por el REPS.
- Si el prestador usa equipos generadores de radiaciones ionizantes, debe adjuntar copia de la licencia de práctica médica vigente de dichos equipos, expedida por la secretaría de salud. No es suficiente presentar el radicado de la solicitud de la licencia.

Documentos adicionales para la modalidad de telemedicina:

Nodo de servicio remitir:

- Copia del acuerdo suscrito con el nodo de servicio de referencia, que evidencie la habilitación de los servicios en el REPS.

- Certificación firmada por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, que acredite el cumplimiento de los requisitos tecnológicos para la prestación de servicios de salud en modalidad de telemedicina.

Nodo de servicio de referencia:

- Certificación firmada por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, que acredite el cumplimiento de los requisitos tecnológicos para la prestación de servicios de salud en modalidad de telemedicina.

Adicionalmente se deben presentar los siguientes documentos por tipo de prestador:

8.3.1 Profesional independiente de salud:

- Copia del documento de identidad.
- Copia del título o títulos de educación superior (pregrado y posgrado, según aplique). Si fueron obtenidos en el exterior, copia de la resolución de convalidación del Ministerio de Educación Nacional.
- Copia de la inscripción en el ReTHUS.
- Si el profesional independiente va a prestar servicios de telemedicina como nodo de referencia desde su domicilio, debe presentar declaración bajo juramento en la que certifique que dispone de un ambiente que garantiza la privacidad de la atención y la seguridad de la información.

8.3.2 Entidades con objeto social diferente:

- Certificado de existencia y representación legal vigente, que no posea más de treinta (30) días de expedición al momento de radicar el formulario de inscripción.
- Copia del documento de identidad del representante legal o su suplente, cuando aplique.
- Plan de mantenimiento de la planta física, que debe incluir el equipamiento fijo. Puede corresponder al plan general del edificio donde funciona el prestador.

8.3.3 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):

- Certificado de existencia y representación legal vigente, que no posea más de treinta (30) días de expedición al momento de radicar el formulario de inscripción.
- Copia del documento de identidad del representante legal o su suplente, cuando aplique.
- Certificación de suficiencia patrimonial y financiera, emitida por revisor fiscal o contador, según aplique.
- Copia de la tarjeta profesional del contador y/o revisor fiscal.
- Copia del NIT y del RUT.

- Copia de la licencia de construcción.
 - Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, ubicados en edificaciones de uso mixto construidas, ampliadas o remodeladas con posterioridad al 2 de diciembre de 1996, se solicitará el permiso otorgado por la propiedad horizontal para la adecuación en la edificación de servicios de salud, y la licencia de construcción de la edificación.
 - Para prestadores que funcionen en edificaciones construidas antes del 2 de diciembre de 1996, se solicitará la licencia de construcción o, en su defecto el documento de reconocimiento que autorice la destinación o el uso del inmueble para la prestación de servicios de salud, de conformidad con la normativa urbanística.
- Copia del estudio de vulnerabilidad estructural. Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud cuente con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto), y funcione en edificaciones construidas con anterioridad al 2010, deberá aportar la evidencia de haber realizado el estudio de vulnerabilidad estructural. Si dichas edificaciones fueron construidas con posterioridad a 2010, el prestador sólo deberá aportar la licencia de construcción en donde se evidencia la destinación para la prestación de servicios de salud.
- Copia Plan hospitalario para emergencias.
- Plan de mantenimiento de la planta física, que debe incluir el equipamiento fijo.
- Copia Certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas.
 - Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto) que funcionen en edificaciones construidas con anterioridad a mayo del 2005, se solicitará una certificación expedida por un profesional competente en la cual certifique que las instalaciones eléctricas de la edificación donde se prestan los servicios de salud, no representan alto riesgo para la salud y la vida de las personas, o atenten contra el medio ambiente.
 - Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto) que funcionen en edificaciones construidas con posterioridad a mayo del 2005, o edificaciones adaptadas como instituciones de salud, se solicitará una certificación expedida por un organismo de inspección acreditado por la ONAC.
- Si el prestador tiene habilitado servicio de transporte asistencial (ambulancias) o atención prehospitalaria: copia de la tarjeta de propiedad de los vehículos o documento equivalente; si los vehículos están a nombre de un tercero, autorización del propietario indicando que harán parte de la capacidad instalada del servicio; y copia del certificado de revisión técnico-mecánica vigente, cuando aplique.

8.3.4 Transporte especial de pacientes (persona jurídica):

- Certificado de existencia y representación legal vigente, que no posea más de treinta (30) días de expedición al momento de radicar el formulario de inscripción.
- Copia del documento de identidad del representante legal o su suplente, cuando aplique.
- Certificación de suficiencia patrimonial y financiera, emitida por revisor fiscal o contador, según aplique.
- Copia de la tarjeta profesional del contador y/o revisor fiscal.
- Copia del NIT y del RUT.
- Copia de la tarjeta de propiedad de los vehículos o documento equivalente; si están a nombre de un tercero, autorización del propietario.
- Certificado de revisión técnico-mecánica vigente, cuando aplique.

8.3.5 Imposibilidad de negar tramites de habilitación por requisitos derivados de otras normativas diferentes al sector salud:

Cuando el prestador de servicios de salud no pueda demostrar el cumplimiento de uno o varios de los siguientes requisitos al momento de la inscripción en el REPS o durante las visitas de verificación o el trámite de novedades:

- Licencia de construcción.
- Estudio de vulnerabilidad estructural.
- Certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas.

La secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, deberá informar a la autoridad competente para que adelante las acciones de vigilancia y control que correspondan. Sin embargo, esta circunstancia no podrá ser causa para negar la inscripción del prestador ni la habilitación de los servicios de salud ni el registro de las novedades en el REPS.

8.4 Vigencia de la inscripción

La vigencia de la inscripción de los prestadores de servicios de salud en el REPS se determina según el tipo de inscripción, así:

- La inscripción inicial tendrá una vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha en que la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente, realice la inscripción del prestador en el REPS.
- Al finalizar los cuatro años, la inscripción podrá renovarse por un (1) año, siempre que el prestador haya realizado su autoevaluación y la haya declarado en el REPS durante el cuarto año de vigencia y antes de su vencimiento.

- Las renovaciones siguientes tendrán una vigencia de un (1) año cada una, y requerirán igualmente que el prestador realice su autoevaluación y la declare en el REPS antes del vencimiento del período en curso.
- Cuando la inscripción de un prestador haya sido inactivada y este desee volver a inscribirse, la nueva inscripción tendrá una vigencia de un (1) año, al igual que sus renovaciones posteriores, condicionadas a la autoevaluación y su declaración en el REPS.

Nota: Se entiende por inscripción inicial aquella que realiza el prestador que ingresa al REPS por primera vez. La reactivación de la inscripción luego de una inactivación no constituye inscripción inicial. La inscripción del prestador de servicios de salud podrá ser revocada en cualquier momento por la Superintendencia Nacional de Salud o la Secretaría Departamental o Distrital de Salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, cuando se compruebe el incumplimiento de las condiciones de habilitación o requisitos previstos para su otorgamiento previo el debido proceso.

8.5 Gratuidad de los trámites

Ningún trámite relacionado con la inscripción, habilitación, renovación, registro de novedades, actualización de información, visitas previas, visitas de reactivación o certificación de cumplimiento de condiciones de habilitación tendrá costo para el prestador de servicios de salud. Las secretarías de salud departamentales o distritales, o las entidades que tengan a cargo dichas competencias, no podrán exigir pago alguno por ninguna de estas actuaciones.

9. PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE NOVEDADES

El prestador de servicios de salud puede registrar las novedades en el REPS de dos formas:

En línea: a través del enlace de novedades del REPS. El registro queda en firme de manera inmediata y no requiere radicación ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente.

De forma presencial: mediante radicación física ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente, adjuntando los soportes requeridos.

Las tablas de requisitos que se presentan a continuación indican, para cada tipo de novedad, los documentos requeridos y la forma de radicación. Antes de iniciar el

trámite, el prestador debe identificar la novedad que corresponde a su situación conforme a las siguientes definiciones:

9.1 Definiciones de las novedades del prestador de servicios de salud

Cierre del prestador de servicios de salud: Retiro del prestador de servicios de salud del REPS, momento a partir del cual no puede prestar servicios de salud.

Disolución y liquidación de la entidad: Es el acto jurídico a través del cual el prestador de servicios de salud suspende el desarrollo de su actividad social y entra en el proceso para finiquitar su operación y proceder a la liquidación.

En la gestión de la correspondiente novedad y su registro, el prestador de servicios de salud debe presentar el certificado expedido por la Cámara de Comercio o la autoridad competente, en el que conste la disolución y liquidación.

Cambio de domicilio: Registro en el REPS de la ubicación de un nuevo domicilio del prestador de servicios de salud.

Cambio de nomenclatura: Registro en el REPS de cambios en alguno de los campos que conforman la dirección del prestador de servicios de salud.

Cambio de representante legal: Registro en el REPS del nombre del nuevo representante legal del prestador de servicios de salud.

Cambio de razón social o nombre que no implique cambio de NIT, ni de Documento de Identidad: Registro en el REPS del cambio del nombre del prestador de servicios de salud de salud, teniendo en cuenta que el documento que lo soporta no involucra el cambio del NIT o del documento de identificación, según corresponda.

Cambio de datos de contacto: Registro en el REPS del número telefónico y correo electrónico donde se puede contactar al prestador de servicios de salud, que hayan sido modificados

Cambio de NIT: Registro en el REPS que aplica al prestador que cambia de NIT y que continúe prestando los servicios de salud en el mismo domicilio y sede de manera ininterrumpida. El prestador deberá efectuar de manera previa la novedad de cierre del prestador y realizar de manera inmediata el trámite de novedad de cambio de NIT y habilitar los servicios que vaya a continuar prestando ante la secretaria de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. Dichos prestadores no serán objeto de visita previa.

9.2 Definiciones de las novedades de la sede

Apertura de sede: Registro en el REPS de una nueva sede del prestador de servicios de salud, donde prestará servicios de salud.

Cierre de sede: Registro en el REPS del retiro de una sede del prestador de servicios de salud, en la cual no continuará prestando servicios de salud.

Para el caso de cierre de sede cuando se tiene solamente una, se debe aplicar la novedad de cierre de prestador.

Si el prestador de servicios de salud tiene más de una sede y requiere realizar cierre de la sede principal, debe realizar primero la novedad de cambio de sede principal y de manera posterior la novedad de cierre de sede.

Cambio de domicilio: Registro en el REPS de la nueva dirección de una sede del prestador de servicios de salud.

Cambio de nomenclatura: Registro en el REPS de cambios en alguno de los campos que conforman la dirección de una sede del prestador de servicios de salud.

Cambio de sede principal: Registro en el REPS del cambio de la sede identificada por el prestador de servicios de salud como principal.

Cambio de datos de contacto: Registro en el REPS del número telefónico y correo electrónico de una sede que hayan sido modificados.

Cambio de director, gerente, administrador o responsable: Registro en el REPS del cambio de nombre del director, gerente, administrador o responsable de una sede.

Cambio de nombre de la sede que no implique cambio de razón social: Registro en el REPS del cambio del nombre de la sede, teniendo en cuenta que el documento que lo soporta no involucra el cambio de razón social, NIT o del documento de identificación, según corresponda.

9.3 Definiciones de las novedades de servicios

Apertura de servicio: Registro en el REPS de nuevos servicios incluyendo su complejidad, modalidad y capacidad instalada, así como la especificidad, según corresponda. Para los servicios que requieran visita previa, el registro de la novedad no implica su habilitación.



Cierre temporal de servicio: Registro en el REPS del cierre temporal de uno o más servicios de salud habilitados, por un periodo máximo de seis (6) meses contados a partir de la fecha de registro de la novedad. A partir del registro de la novedad no puede continuar prestando el servicio de salud. El servicio puede ser reactivado por el prestador de servicios de salud antes de cumplirse los seis (6) meses, mediante el registro de la novedad de reactivación. Para su posterior habilitación, el prestador deberá surtir nuevamente el procedimiento de habilitación del servicio.

Reactivación de servicio: Registro en el REPS de la reactivación de uno o varios servicios de salud que se encuentran en cierre temporal.

Cierre definitivo de servicio: Registro en el REPS del cierre de un servicio de salud, momento a partir del cual no puede continuar prestándolo. Aplica novedad de cierre de sede cuando se hace el cierre definitivo de la totalidad de los servicios de la sede.

Apertura de modalidad: Registro en el REPS de la apertura de una modalidad de prestación un servicio de salud.

Cierre de modalidad: Registro en el REPS indicando el cierre de una modalidad de prestación de un servicio de salud.

Cambio de complejidad: Registro en el REPS de una nueva complejidad en la cual se prestará un servicio de salud. Para los servicios que requieran visita previa, el registro de la novedad no implica su habilitación.

Cambio de horario de prestación del servicio: Registro en el REPS del nuevo horario en el cual se prestará un servicio de salud.

Traslado de servicio: Registro en el REPS de la nueva ubicación de un servicio de salud, diferente a la registrada inicialmente. Esta novedad aplica para traslado de servicios entre sedes o dentro de una misma sede de un prestador de servicios de salud y no implica que el prestador deba realizar novedades de cierre definitivo y apertura del servicio.

Cambio de nodo de servicio de referencia: Registro en el REPS del cambio de nodo de servicio de referencia por parte de un nodo de servicio remitente

Apertura de especificidad del servicio: Registro en el REPS de la apertura de una especificidad del servicio de salud, conforme se encuentran determinadas en el presente manual

Cierre de especificidad del servicio: Registro en el REPS del cierre de una especificidad del servicio de salud.

9.4 Definiciones de las novedades de capacidad instalada

Apertura de camas: Registro en el REPS de las camas que se apertura en los servicios determinados en el presente manual.

Cierre de camas: Registro en el REPS de las camas que se cierran en los servicios determinados en el presente manual.

Apertura de camillas: Registro en el REPS de las camillas que se apertura en los servicios determinados en el presente manual

Cierre de camillas: Registro en el REPS de las camillas que se cierran en los servicios determinados en el presente manual.

Apertura de salas: Registro en el REPS de las salas que se apertura en los servicios determinados en el presente manual.

Cierre de salas: Registro en el REPS de las salas que se cierran en los servicios determinados en el presente manual.

Apertura de ambulancias: Registro en el REPS de las ambulancias que se apertura en los servicios determinados en el presente manual.

Cierre de ambulancias: Registro en el REPS de las ambulancias que se cierran en los servicios determinados en el presente manual.

Apertura de sillas: Registro en el REPS de las sillas que se apertura en los servicios determinados en el presente manual.

Cierre de sillas: Registro en el REPS de las sillas que se cierran en los servicios determinados en el presente manual.

Apertura de unidad móvil: Registro en el REPS de las unidades móviles que se apertura.

Cierre de unidad móvil: Registro en el REPS de las unidades móviles que se cierran.

Apertura de consultorios: Registro en el REPS de los consultorios que se apertura en los servicios determinados en el presente manual.

Cierre de consultorios: Registro en el REPS de los consultorios que se cierran en los servicios determinados en el presente manual.

9.5 Trámite de novedades

Para solicitar el trámite de las novedades, el prestador de servicios de salud debe presentar y radicar los documentos indicados en las tablas siguientes según el tipo de prestador. La radicación podrá realizarse en medio físico o electrónico, de acuerdo con lo señalado en cada tabla, ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente.

Cuando la tabla indique que el trámite es en línea, el registro de la novedad queda aplicado de manera inmediata en el REPS, sin necesidad de radicación presencial.

Tabla No. 1 Requisitos para presentar novedades del prestador de servicios de salud y de sus sedes

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
Cierre del Prestador de servicios de salud	1. Formulario de novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa sobre la gestión adelantada con las Historias Clínicas y su entrega final, conforme lo determinado en la normatividad vigente. 4. Copia del documento de identidad del representante legal.	1. Formulario de novedad. 2. Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa sobre la gestión adelantada con las Historias Clínicas y su entrega final, conforme lo determinado en la normatividad vigente. 3. Copia del documento de identidad del profesional	1. Formulario de novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa sobre la gestión adelantada con las Historias Clínicas y su entrega final, conforme lo determinado en la normatividad vigente. 1. Para persona jurídica copia del documento de identidad del representante legal.	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa sobre la gestión adelantada con las Historias Clínicas y su entrega final, conforme lo determinado en la normatividad vigente. 4. Copia del documento de identidad del representante legal.

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
Disolución y liquidación de la entidad	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa sobre la gestión adelantada con las Historias Clínicas y su entrega final, conforme lo determinado en la normatividad vigente. 4. Copia del documento de identidad del representante legal.	No Aplica	Para persona jurídica: 1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad, donde se evidencie la nota de disolución y liquidación de la entidad. 3. Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa sobre la gestión adelantada con las Historias Clínicas y su entrega final, conforme lo determinado en la normatividad vigente. 4. Copia del documento de identidad del representante legal.	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa sobre la gestión adelantada con las Historias Clínicas y su entrega final, conforme lo determinado en la normatividad vigente. 4. Copia del documento de identidad del representante legal.
Cambio de domicilio	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Documento de Existencia y Representación Legal actualizado, de acuerdo con el tipo de entidad. 4. Copia de la licencia de construcción. 4.1 Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, ubicados en edificaciones de uso mixto construidas, ampliadas o remodeladas con posterioridad al 2 de diciembre de 1996, se solicitará el permiso otorgado por la propiedad horizontal para la adecuación en la edificación de servicios de salud, y la	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. •	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Para persona jurídica documento de Existencia y Representación Legal actualizado, de acuerdo con el tipo de entidad.	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Documento de Existencia y Representación Legal actualizado, de acuerdo con el tipo de entidad. 4. Copia del plan de mantenimiento de la planta física incluido el equipamiento fijo. Podrá ser el correspondiente al de la edificación donde se preste el servicio.

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
	licencia de construcción de la edificación. 4.2 Para IPS que funcionen en edificaciones construidas antes del 2 de diciembre de 1996, se solicitará la licencia de construcción o, en su defecto el documento de reconocimiento que autorice la destinación o el uso del inmueble para la prestación de servicios de salud, de conformidad con la normativa urbanística. 5. Copia del estudio de vulnerabilidad estructural. 5.1 Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud cuente con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto), y funcione en edificaciones construidas con anterioridad al 2010, deberá aportar la evidencia de haber realizado el estudio de vulnerabilidad estructural. 5.2 Si dichas edificaciones fueron construidas con posterioridad a 2010, el prestador sólo deberá aportar la licencia de construcción en donde se evidencia la destinación para la prestación de servicios de salud. 6. Plan hospitalario para emergencias. 7. Plan de mantenimiento de la planta física, que debe			

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
	incluir el equipamiento fijo. 8. Certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas. 8.1 Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto) que funcionen en edificaciones construidas con anterioridad a mayo del 2005, se solicitará una certificación expedida por un profesional competente en la cual certifique que las instalaciones eléctricas de la edificación donde se prestan los servicios de salud, no representan alto riesgo para la salud y la vida de las personas, o atenten contra el medio ambiente. 8.2 Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto) que funcionen en edificaciones construidas con posterioridad a mayo del 2005, o edificaciones adaptadas como instituciones de salud, se solicitará una certificación expedida por un organismo de inspección acreditado por la ONAC.			

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
Cambio de nomenclatura	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Documento de Existencia y representación legal actualizado, de acuerdo con el tipo de entidad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Documento de Existencia y representación legal actualizado, de acuerdo con el tipo de entidad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Documento de Existencia y representación legal actualizado, de acuerdo con el tipo de entidad. Aplica trámite en línea
Cambio de representante legal	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Copia del documento de identidad del nuevo Representante Legal.	No aplica	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Copia del documento de identidad del nuevo representante legal.	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con tipo de entidad. 3. Copia del documento de identidad del nuevo representante legal.
Cambio razón social o nombre que no implique cambio de NIT, ni de documento de identidad	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Autorización previa emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento del Decreto 2462 de 2013 y la Circular 01 de 2018 de dicha Superintendencia o las normas que lo modifiquen o sustituyan, cuando aplique 4. Copia del documento de identidad del representante legal.	1. Formulario de Novedad. 2. Copia del documento de identidad del profesional.	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Autorización previa emitida por la Superintendencia Nacional de Salud en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 2462 de 2013 y la Circular 01 de 2018 de dicha Superintendencia o las normas que lo modifiquen o sustituyan, cuando aplique. 4. Copia del documento de identidad del representante legal	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Autorización previa emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento del Decreto 2462 de 2013 y la Circular 01 de 2018 de dicha Superintendencia o las normas que lo modifiquen o sustituyan, cuando aplique 4. Copia del documento de identidad del representante legal.
Cambio de datos de contacto (teléfono y	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
correo electrónico)				
Cambio de NIT	IPS que cierra 1. Formulario de Novedad 2. Documento de Existencia y representación legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad 3. Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa sobre la gestión adelantada con las Historias Clínicas, conforme lo determinado en la normatividad vigente. 4. Copia del documento de identidad del representante legal IPS que se inscribe. 1. Formulario de inscripción 2. Documento de la declaración de la autoevaluación 3. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de la sede principal y la nueva sede. 4. Documento identificación representante legal 5. Certificación de suficiencia patrimonial y financiera con copia tarjeta profesional del contador y/o revisor fiscal, 6. Copia del NIT 7. Copia del RUT. 8. Copia de la Licencia de construcción	No aplica	No Aplica	Aplica

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
	9. Copia del estudio de vulnerabilidad estructural 10. Copia Plan hospitalario para emergencias. 11. Copia Plan de mantenimiento de la planta física incluido equipamiento fijo 12. Copia Certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas.			
Apertura de sede	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación 3. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de la sede principal y la nueva sede. En dicho certificado se deberá especificar la ubicación de la o las sedes. 4. Copia del documento de identidad del representante legal. 5. Copia de la licencia de construcción. 5.1 Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, ubicados en edificaciones de uso mixto construidas, ampliadas o remodeladas con posterioridad al 2 de diciembre de 1996, se solicitará el permiso otorgado por la propiedad horizontal para la adecuación en la edificación de servicios de salud, y la licencia de	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Copia del documento de identificación profesional independiente de salud.	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de la sede principal y la nueva sede. En dicho certificado se deberá especificar la ubicación de la o las sedes. 4. Si es persona jurídica, copia del documento de identidad del representante legal.	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de la sede principal y la nueva sede. En dicho certificado se deberá especificar la ubicación de la o las sedes. 4. Copia del documento de identidad del representante legal. 5. Copia del plan de mantenimiento de la planta física. Todos los planes de mantenimiento, deberá incluir el equipamiento fijo. Podrá ser el correspondiente al de la edificación donde se preste el servicio.

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
	construcción de la edificación. 5.2 Para IPS que funcionen en edificaciones construidas antes del 2 de diciembre de 1996, se solicitará la licencia de construcción o, en su defecto el documento de reconocimiento que autorice la destinación o el uso del inmueble para la prestación de servicios de salud, de conformidad con la normativa urbanística. 6. Copia del estudio de vulnerabilidad estructural. 6.1 Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud cuente con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto), y funcione en edificaciones construidas con anterioridad al 2010, deberá aportar la evidencia de haber realizado el estudio de vulnerabilidad estructural. 6.2 Si dichas edificaciones fueron construidas con posterioridad a 2010, el prestador sólo deberá aportar la licencia de construcción en donde se evidencia la destinación para la prestación de servicios de salud. 7. Plan hospitalario para emergencias. 8. Plan de mantenimiento de la planta física, que debe			

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
	incluir el equipamiento fijo. 9. Certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas. 9.1 Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto) que funcionen en edificaciones construidas con anterioridad a mayo del 2005, se solicitará una certificación expedida por un profesional competente en la cual certifique que las instalaciones eléctricas de la edificación donde se prestan los servicios de salud, no representan alto riesgo para la salud y la vida de las personas, o atenten contra el medio ambiente. 8.2 Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto) que funcionen en edificaciones construidas con posterioridad a mayo del 2005, o edificaciones adaptadas como instituciones de salud, se solicitará una certificación expedida por un organismo de inspección acreditado por la ONAC.			

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
Cierre de sede	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa sobre la gestión adelantada con las Historias Clínicas y su entrega final, conforme con la normatividad vigente. 4. Copia del documento de identidad del representante legal.	1. Formulario de Novedad. 2. Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa sobre la gestión adelantada con las Historias Clínicas y su entrega final, la normatividad vigente. 3. Copia del documento de identidad del profesional	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Si es persona jurídica, copia del documento de identidad del representante legal. 4. Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa sobre la gestión adelantada con las Historias Clínicas y su entrega final, conforme con la normatividad vigente.	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa sobre la gestión adelantada con las Historias Clínicas y su entrega final, conforme con la normatividad vigente. 4. Copia del documento de identidad del representante legal.
Cambio de sede principal	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Documento de Existencia y Representación Legal actualizado, de acuerdo con el tipo de entidad.	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Documento de Existencia y Representación Legal actualizado, de acuerdo con el tipo de entidad.	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Documento de Existencia y Representación Legal actualizado, de acuerdo con el tipo de entidad.
Cambio de datos de contacto (teléfono y correo electrónico)	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea
Cambio de director, gerente, administrador o responsable	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 4. Copia del documento de identidad del nuevo director, gerente, administrador o responsable.	3. No aplica	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 4. Copia del documento de identidad del nuevo director, gerente, administrador o responsable.	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 4. Copia del documento de identidad del nuevo director, gerente, administrador o responsable.

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
Cambio de nombre de la sede, que no implique cambio de razón social	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 5. Copia del documento de identidad del representante legal.	1. Formulario de Novedad. 2. Copia del documento de identidad del profesional.	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Copia del documento de identidad del Representante Legal.	1. Formulario de Novedad. 2. Documento de Existencia y Representación Legal vigente, de acuerdo con el tipo de entidad. 3. Copia del documento de identidad del Representante Legal.

Tabla No. 2 Requisitos para presentar novedades de los servicios de salud y de su capacidad instalada

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
Apertura de servicio	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Para los servicios de: otras consultas generales, de especialidades y otras cirugías se debe anexar copia del título o acto administrativo de homologación o convalidación del profesional de la salud. 4. Carta de solicitud de visita previa para los servicios que lo requieran.	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Para los servicios de: otras consultas generales, de especialidades se debe anexar copia del título o acto administrativo de homologación o convalidación del profesional de la salud. 4. Carta de solicitud de visita previa para los servicios que lo requieran.	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la Autoevaluación. 3. Para los servicios de: otras consultas generales, de especialidades y otras cirugías se debe anexar copia del título o acto administrativo de homologación o convalidación del profesional de la salud. 4. Carta de solicitud de visita previa para los servicios que lo requieran.
Cierre temporal	1. Formulario de Novedad. 2. Constancia de presentación de la carta de dirigida a la secretaría departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias y a las entidades responsables de pago cuando la novedad de	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
	cierre sea para los servicios de urgencias, atención del parto, hospitalización pediátrica y cuidado intensivo. Aplica trámite en línea, a excepción de IPS con cierre temporal de los servicios mencionados anteriormente.			
Reactivación del servicio	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea
Cierre definitivo de servicio	1. Formulario de Novedad. 2. Constancia de presentación de la carta de dirigida a la secretaría departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias y a las entidades responsables de pago, cuando la novedad de cierre sea para los servicios de urgencias, atención del parto, hospitalización pediátrica y cuidado intensivo. Aplica trámite en línea, a excepción de IPS con cierre temporal de los servicios mencionados anteriormente.	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea
Apertura de modalidad	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad 2. Declaración de la autoevaluación Aplica trámite en línea Para la modalidad de telemedicina cuando oferte los servicios en el domicilio como sede,	1. Formulario de Novedad 2. Declaración de la autoevaluación Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad 2. Declaración de la autoevaluación Aplica trámite en línea

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
		además debe presentar declaración suscrita bajo la gravedad de juramento, mediante la cual certifique que dispone de un ambiente que garantice la privacidad durante la atención y la seguridad de la información.		
Cierre de modalidad	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad Aplica trámite en línea
Cambio de complejidad	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. 3. Carta de solicitud de visita previa para el cambio de mediana a alta complejidad. Aplica trámite en línea, para cambio de baja o mediana complejidad.	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea
Cambio de horario de prestación de servicio	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad Aplica trámite en línea,	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea
Traslado de servicio	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea
Cambio de nodo servicio de referencia	1. Formulario de Novedad. 2. Relación de servicios habilitados que el prestador de referencia garantiza al prestador remitir. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Relación de servicios habilitados que el prestador de referencia garantiza al prestador remitir. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Relación de servicios habilitados que el prestador de referencia garantiza al prestador remitir. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Relación de servicios habilitados que el prestador de referencia garantiza al prestador remitir. Aplica trámite en línea

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
Apertura en la especificidad del servicio	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. 3. .Anexar copia del título o acto administrativo de homologación o convalidación del talento humano que corresponda a lo definido para la especificidad de cada servicio, según lo defina el Manual. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. 3. Anexar copia del título o acto administrativo de homologación o convalidación del talento humano que corresponda a lo definido para la especificidad de cada servicio, según lo defina el Manual. Aplica trámite en línea	No aplica	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. 3. Anexar copia del título o acto administrativo de homologación o convalidación del talento humano que corresponda a lo definido para la especificidad de cada servicio, según lo defina el Manual. Aplica trámite en línea
Cierre de especificidad del servicio	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	No Aplica	1. Formulario de Novedad Aplica trámite en línea
Apertura de camas	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	No aplica	No aplica	No aplica
Cierre de camas	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	No aplica	No aplica	No aplica
Apertura de salas	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	No aplica	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea
Cierre de salas	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	No aplica	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea
Apertura de camillas	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	No aplica	No aplica	No aplica

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
Cierre de camillas	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	No aplica	No aplica	No aplica
Apertura de ambulancias	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	No aplica	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea
Cierre de ambulancias	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	No aplica	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea
Apertura de sillas	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	No aplica	No aplica	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea
Cierre de sillas	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	No aplica	No aplica	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea
Apertura de unidad móvil	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	No aplica	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea
Cierre de unidad móvil	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	No aplica	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea
Apertura de consultorios	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea	No aplica	1. Formulario de Novedad. 2. Declaración de la autoevaluación. Aplica trámite en línea

Novedad	IPS	Profesional independiente de salud	Transporte especial de pacientes	Objeto social diferente
Cierre de consultorios	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea	No aplica	1. Formulario de Novedad. Aplica trámite en línea

10. GENERALIDADES DE LA HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La habilitación es la autorización que obtiene el prestador de servicios de salud para prestar y ofertar servicios en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Un prestador se considera inscrito y sus servicios habilitados cuando ha cumplido los requisitos establecidos, ha radicado y registrado su inscripción, y la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente, ha expedido la constancia de habilitación y autorizado la generación del distintivo de habilitación en el REPS.

10.1 Tipos de distintivos

10.1.1 Distintivo de habilitación

Por cada servicio habilitado, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente, autoriza en el REPS la generación e impresión del correspondiente distintivo de habilitación. Este mecanismo fortalece la capacidad de control tanto de los ciudadanos como de las autoridades sanitarias.

Obligaciones del prestador de servicios de salud

El prestador que ostente el distintivo de habilitación de un servicio de salud debe:

- Mantener las condiciones de habilitación.
- Imprimir el distintivo y fijarlo en un lugar visible al público.
- No adulterar ni modificar el distintivo, y velar por su buen estado y conservación.
- Informar a los usuarios sobre su propósito y significado.
- Retirarlo en caso de deterioro, cierre temporal, cierre definitivo, inactivación del servicio habilitado o en presencia de distintivo de certificación.

Obligaciones de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente

- Autorizar en el REPS la generación e impresión de los distintivos de habilitación y ejercer su control.
- Divulgar sobre el propósito, alcance y mecanismos de control del distintivo, a los diferentes actores del sistema de salud.
- Revocar el distintivo por incumplimiento de las condiciones de habilitación.
- Promover el uso del distintivo y su apropiación por parte de los prestadores de su jurisdicción.

Responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social

El Ministerio es responsable de divulgar el concepto del distintivo de habilitación, sus propósitos, contenidos, alcance, características y requisitos que garanticen su legitimidad.

10.1.2 Distintivo de certificación

Por cada servicio certificado, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente, autoriza en el REPS la generación e impresión del correspondiente distintivo de certificación, una vez realizada la visita de certificación y verificado el cumplimiento de las condiciones de habilitación.

El distintivo permanecerá vigente hasta tanto no sea revocado por incumplimiento de las condiciones de habilitación.

Los prestadores de servicios de salud que cuenten con un distintivo de certificación no estarán obligados a publicar los distintivos de habilitación, toda vez que el distintivo de certificación constituye evidencia suficiente del cumplimiento de las condiciones técnicas y de calidad requeridas.

Obligaciones del prestador de servicios de salud

El prestador que ostente el distintivo de certificación de un servicio de salud debe:

- Mantener el cumplimiento de las condiciones de habilitación.
- Imprimir el distintivo y fijarlo en un lugar visible al público.
- No adulterar ni modificar el distintivo, y velar por su buen estado y conservación.
- Informar a los usuarios sobre su propósito y significado.
- Retirarlo en caso de deterioro, cierre temporal, cierre definitivo, inactivación del servicio certificado, o revocatoria de la habilitación.

Obligaciones de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente

- Autorizar en el REPS la generación e impresión de los distintivos de certificación y ejercer su control.

- Divulgación del propósito, alcance y mecanismos de control del distintivo, a los diferentes actores del sistema de salud.
- Revocar la validez del distintivo por incumplimiento de las condiciones de certificación.
- Promover el uso del distintivo y su apropiación por parte de los prestadores de su jurisdicción.

Responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social

El Ministerio es responsable de divulgar el concepto del distintivo de certificación, sus propósitos, contenidos, alcance, características y requisitos que garanticen su legitimidad.

10.2 Visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación

10.2.1 Visita previa

Las entidades departamentales o distritales de salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias son las responsables de realizar las visitas previas en los siguientes casos:

- Para habilitar nuevos servicios de oncología, urgencias, atención del parto, transporte asistencial y todos los servicios de alta complejidad.
- Para inscribir una nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- Para cambiar la complejidad de un servicio de baja o mediana complejidad a alta complejidad.

El proceso de verificación de las condiciones de habilitación se adelanta de manera previa por las entidades responsables cumpliendo las generalidades de las visitas y adicionalmente,

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se verificará que cuente con:

- Copia del estudio de vulnerabilidad estructural. Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud cuente con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto), y funcione en edificaciones construidas con anterioridad al 2010, deberá aportar la evidencia de haber realizado el estudio de vulnerabilidad estructural. Si dichas edificaciones fueron construidas con posterioridad a 2010, el prestador sólo deberá aportar la licencia de construcción en donde se evidencia la destinación para la prestación de servicios de salud.
- Copia Certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas.

- Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto) que funcionen en edificaciones construidas con anterioridad a mayo del 2005, se solicitará una certificación expedida por un profesional competente en la cual certifique que las instalaciones eléctricas de la edificación donde se prestan los servicios de salud, no representan alto riesgo para la salud y la vida de las personas, o atenten contra el medio ambiente.
- Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto) que funcionen en edificaciones construidas con posterioridad a mayo del 2005, o edificaciones adaptadas como instituciones de salud, se solicitará una certificación expedida por un organismo de inspección acreditado por la ONAC.
- Copia Plan hospitalario para emergencias.
- Plan de mantenimiento de la planta física, que debe incluir el equipamiento fijo.

Las Entidades con Objeto Social Diferente, se verificará que cuente con el plan de mantenimiento de la planta física que deberá incluir el equipamiento fijo. Podrá ser el correspondiente al de la edificación donde se preste el servicio.

Si la institución Prestadora de Servicios de Salud no puede demostrar que cuenta con estudio de vulnerabilidad estructural o certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias que realice la visita, deberá notificar del hecho a la autoridad competente de vigilar el cumplimiento de éste. Lo anterior no es impedimento para la habilitación de los servicios de salud si cumple con las condiciones de habilitación.

Cuando el prestador de servicios de salud no cumple las condiciones de habilitación del o los servicios de salud verificados o no presenta el plan hospitalario para emergencias o el plan de mantenimiento de la planta física, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, analiza las causas del incumplimiento y de ser subsanables le informará al prestador para que en término no mayor a ocho (8) días hábiles posteriores al recibo de la comunicación, adelante las acciones pertinentes y cuando sea del caso, entregue los documentos respectivos. En caso de seguir incumpliendo debe iniciar nuevamente el proceso ante la respectiva secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

Las visitas previas tienen como resultado en caso del cumplimiento de las condiciones de habilitación, el distintivo de habilitación de los servicios de salud.

Los servicios de salud nuevos de oncología que requieren habilitación y visita previa por parte la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias son los siguientes:

Tabla No. 3 Servicios de salud oncológicos

Grupo	Servicio
Quirúrgico	Aplica para los servicios de cirugía* que cuenten con profesional de la medicina especialista en cirugía oncológica o especialista que demuestre haber adquirido en su formación académica conocimientos en el manejo quirúrgico de las patologías oncológicas o que cuente con constancia de asistencia en acciones de formación continua en oncología, de acuerdo con el servicio a habilitar.
Consulta Externa	Dolor y cuidados paliativos, cuando el servicio se preste a pacientes con patología oncológica.*
	Oncología clínica.
	Rehabilitación oncológica.
	Cirugía de mama y tumores tejidos blandos, cuando el servicio se preste a pacientes con patología oncológica. *
	Cirugía plástica oncológica.
	Cirugía oncológica.
	Cirugía oncológica pediátrica.
	Dermatología oncológica.
	Ginecología oncológica.
	Oftalmología oncológica.
	Oncohematología pediátrica o Hemato-oncología pediátrica.
	Ortopedia oncológica.
	Urología oncológica.
	Radioterapia.
	Otras consultas de especialidad, cuando el servicio se preste a pacientes con patología oncológica.*
	Medicina nuclear, cuando el servicio se preste a pacientes con patología oncológica*
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Patología oncológica.
	Hematología oncológica o Hematología y Oncología Clínica
	Quimioterapia.
	Radioterapia.
	Medicina nuclear cuando el servicio se preste a pacientes con patología oncológica*

Nota: Para los servicios señalados con asterisco (*), existe las novedades de apertura y cierre de especificidad oncológicos, cuando en ellos se decida ofertar atención y manejo de pacientes con patología oncológica. El profesional de la medicina especialista del servicio de salud que registre esta especificidad debe demostrar haber adquirido en su formación académica conocimientos en el manejo de las patologías oncológicas, de acuerdo con el servicio a habilitar.

No requerirá de visita previa el prestador de servicios de salud que cambie de NIT y continúe prestando los servicios de salud en el mismo domicilio y sede de manera ininterrumpida.

10.2.2 Visita de certificación

La visita de certificación, la realiza la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias y le aplica lo correspondiente a las generalidades de las visitas.

Esta visita se realiza con el fin de verificar que todos los prestadores de servicios de salud, cumplan con las condiciones técnico-administrativas, de suficiencia patrimonial y financiera y las tecnológicas y científicas de habilitación que le sean exigibles y que declararon cumplir en el momento de su registro y habilitación. Como resultado de dicha verificación el REPS genera un distintivo de certificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación.

En toda visita de certificación realizada a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se verificará que cuente con

- Copia del estudio de vulnerabilidad estructural. Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud cuente con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto), y funcione en edificaciones construidas con anterioridad al 2010, deberá aportar la evidencia de haber realizado el estudio de vulnerabilidad estructural. Si dichas edificaciones fueron construidas con posterioridad a 2010, el prestador sólo deberá aportar la licencia de construcción en donde se evidencia la destinación para la prestación de servicios de salud.
- Copia Certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas.
 - Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto) que funcionen en edificaciones construidas con anterioridad a mayo del 2005, se solicitará una certificación expedida por un profesional competente en la cual certifique que las instalaciones eléctricas de la edificación donde se prestan los servicios de salud, no representan alto riesgo para la salud y la vida de las personas, o atenten contra el medio ambiente.
 - Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto) que funcionen en edificaciones construidas con posterioridad a mayo del 2005, o edificaciones adaptadas como instituciones de salud, se solicitará una certificación expedida por un organismo de inspección acreditado por la ONAC.
- Copia Plan hospitalario para emergencias.
- Plan de mantenimiento de la planta física, que debe incluir el equipamiento fijo.

En toda visita de certificación realizada a Entidades con Objeto Social Diferente, se verificará que cuente con el plan de mantenimiento de la planta física que deberá incluir el equipamiento fijo. Podrá ser el correspondiente al de la edificación donde se preste el servicio.

Si la institución Prestadora de Servicios de Salud no puede demostrar que cuenta con estudio de vulnerabilidad estructural o certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias que realice la visita, deberá notificar del hecho a la autoridad competente de vigilar el cumplimiento de éste. Lo anterior no es impedimento para la habilitación de los servicios de salud si cumple con las condiciones de habilitación.

La institución prestadora de servicios de salud objeto de intervención forzosa administrativa para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud no será objeto de visita de certificación. En estos casos, la Superintendencia Nacional de Salud es la responsable de verificar que dichas instituciones cumplan con las condiciones técnicas, científicas, administrativas y financieras correspondientes.

10.2.3 Visita de reactivación

La visita de reactivación es realizada por la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente, y le aplican las generalidades del procedimiento de verificación descritas en el presente manual.

Esta visita procede en los siguientes casos:

- Cuando una institución prestadora de servicios de salud se encuentre inactiva en el REPS como consecuencia de no haber realizado la autoevaluación de la totalidad de sus servicios habilitados y requiera reactivar su inscripción y habilitación.
- Cuando un prestador de servicios de salud tenga inactivos servicios de alta complejidad, urgencias, atención del parto, transporte asistencial u oncológicos, como consecuencia de no haber realizado la autoevaluación de estos, y requiera reactivar su habilitación.
- Cuando un prestador de servicios de salud tenga inactivos servicios de alta complejidad, urgencias, atención del parto, transporte asistencial u oncológicos como consecuencia de haber registrado la novedad de cierre temporal y haber dejado transcurrir más de seis (6) meses sin gestionar la reactivación, y requiera reactivar su habilitación.

La secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente, realizará la visita dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados a partir de la radicación de la solicitud.

En toda visita de reactivación, los estándares de talento humano, historia clínica y registros, procesos prioritarios, y medicamentos, dispositivos médicos, insumos y otras tecnologías en salud, se verificarán con base en la planeación que tenga el prestador al respecto; no se exigirá el resultado de dichos estándares.

En toda visita de reactivación realizada a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se verificará que cuente con

- Copia del estudio de vulnerabilidad estructural. Cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud cuente con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto), y funcione en edificaciones construidas con anterioridad al 2010, deberá aportar la evidencia de haber realizado el estudio de vulnerabilidad estructural. Si dichas edificaciones fueron construidas con posterioridad a 2010, el prestador sólo deberá aportar la licencia de construcción en donde se evidencia la destinación para la prestación de servicios de salud.
- Copia Certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas.
 - Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto) que funcionen en edificaciones construidas con anterioridad a mayo del 2005, se solicitará una certificación expedida por un profesional competente en la cual certifique que las instalaciones eléctricas de la edificación donde se prestan los servicios de salud, no representan alto riesgo para la salud y la vida de las personas, o atenten contra el medio ambiente.
 - Para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias o cirugía o cuidado intensivo (neonatal o pediátrico o adulto) que funcionen en edificaciones construidas con posterioridad a mayo del 2005, o edificaciones adaptadas como instituciones de salud, se solicitará una certificación expedida por un organismo de inspección acreditado por la ONAC.
- Copia Plan hospitalario para emergencias.
- Plan de mantenimiento de la planta física, que debe incluir el equipamiento fijo.

En toda visita de reactivación realizada a entidades con objeto social diferente, se verificará que cuente con plan de mantenimiento de la planta física que deberá incluir el equipamiento fijo. Podrá ser el correspondiente al de la edificación donde se preste el servicio.

Si la institución Prestadora de Servicios de Salud no puede demostrar que cuenta con estudio de vulnerabilidad estructural o certificado de conformidad de las instalaciones eléctricas, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias que realice la visita de reactivación, deberá notificar del hecho a la autoridad competente de vigilar el cumplimiento de éste. Lo anterior no es impedimento para la reactivación de los servicios de salud si cumple con las condiciones de habilitación.

10.2.4 Plan de visitas de verificación

Las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, deben definir un plan de visitas teniendo en cuenta lo siguiente:

- Identificar el total de prestadores de servicios de salud de la jurisdicción Departamental o Distrital, utilizando como fuente de información la base de datos del REPS.
- Identificar prestadores que no se encuentran inscritos en el REPS, mediante un proceso de búsqueda activa utilizando fuentes de información disponibles.
- Identificar los servicios de salud con prioridad de visita conforme lo definido en la presente resolución y elaborar la base de datos correspondiente.
- Calcular el talento humano necesario para realizar la verificación del total de prestadores definidos en el plan de visitas.
- Tener en cuenta realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, que durante los últimos cuatro (4) años de ejecución del plan de visita no haya sido verificado.
- Elaborar el plan de visitas, el cual debe estar formulado antes del 30 de noviembre de cada año para ser ejecutado en la siguiente vigencia y debe ser registrado en el REPS antes del 20 de diciembre del mismo año, para consulta y análisis de las autoridades competentes.

10.3 Procedimiento para la realización de las visitas de verificación

10.3.1 Fase de planeación

Obligaciones previas a la visita

La secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente, debe:

- Comunicar al prestador la realización de la visita con mínimo un (1) día hábil de antelación, por medios físicos o electrónicos.
- Informar al prestador el listado de los verificadores con sus datos básicos de identificación y el tiempo aproximado de duración de la visita.

A partir del momento de la comunicación de la visita, el prestador de servicios de salud, no podrá tramitar novedades en el REPS, como tampoco durante el desarrollo y cierre de la misma.

Conformación de la comisión de verificación

La comisión debe estar integrada por profesionales certificados para la verificación de las condiciones de habilitación de conformidad con los lineamientos que emita el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta como mínimo los siguientes aspectos:

- Oferta de servicios, cantidad, complejidad y demás características del prestador.
- Tamaño del prestador y sus sedes.
- Tiempo requerido para realizar la visita.
- Formas de desplazamiento de los verificadores.
- Designación de un líder que coordine el grupo y el desarrollo de la visita.
- Participación de mínimo dos verificadores, de los cuales al menos uno debe ser funcionario de planta de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente.
- Los verificadores deben portar los documentos de identificación y los documentos de trabajo requeridos para la visita.

10.3.2 Fase de Ejecución

Apertura

- Al llegar a la sede del prestador, la comisión de verificación se presentará formalmente ante el representante legal o la persona delegada, identifica a sus integrantes y explica el objetivo de la visita. Se solicita la presentación del equipo del prestador que acompañará a los verificadores durante el recorrido.
- La reunión de apertura tiene por objeto formalizar el inicio de la visita, explicar la metodología, distribuir los servicios y estándares a verificar, y cotejar los servicios registrados en el REPS con los ofertados y prestados al momento de la visita. Una vez suscrita el acta de apertura por el representante legal del prestador o su delegado y por el líder de la comisión verificadora, se concerta el recorrido y se distribuyen los roles.
- Durante toda la visita, los verificadores deben estar acompañados por un funcionario del prestador, quien avala el recorrido por todas las áreas y ambientes de la sede.
- Si el prestador no recibe la visita, se dejará constancia mediante acta, que servirá de sustento para las acciones jurídicas a que haya lugar.

Desarrollo

- La comisión debe respetar las condiciones de acceso establecidas por el prestador para el desplazamiento por sus áreas, sin perjuicio de la verificación

en todos los ambientes que lo requieran. Los verificadores deben portar visiblemente su documento de identificación institucional o el asignado por el prestador.

- El prestador suministra a la comisión verificadora la información y documentación requeridas para el desarrollo de la visita, en medio físico o electrónico. La comisión verifica el cumplimiento de las condiciones de habilitación definidas en el presente manual.

Cierre

- Finalizada la visita, la comisión de verificación se reúne nuevamente con el representante legal y el equipo designado por el prestador para realizar formalmente la reunión de cierre y suscribir el acta correspondiente. En esta reunión se explican al prestador las acciones posteriores, los tiempos para recibir el resultado y las indicaciones según el resultado de la visita de verificación.
- El prestador puede dejar consignadas en el acta de cierre las observaciones que considere pertinentes y tiene derecho a recibir una copia del acta suscrita. Si el prestador se niega a firmar, se deja constancia de ello con nota expresa y el acta es firmada por los integrantes de la comisión.

Nota: El equipo de verificación deberá garantizar su participación continua durante la apertura, ejecución y cierre de la visita. La diligencia de cierre será realizada por los mismos verificadores que se presentaron al inicio de la visita. En consecuencia, el equipo de verificación que participe en la instalación de la visita será el mismo responsable de su ejecución y cierre, salvo situaciones de fuerza mayor o caso fortuito debidamente justificadas.

10.3.3 Fase evaluación

Reporte del resultado

- La comisión de verificación debe elaborar el informe de la visita con los soportes del caso y remitirlo al prestador en un plazo no superior a veinte (20) días calendario contados desde la fecha de cierre. Simultáneamente, se diligencia en el REPS el resultado de la visita, las medidas preventivas y lo correspondiente a los procesos sancionatorios cuando haya lugar.
- El informe debe indicar los hallazgos o incumplimientos registrados, los cuales deben corresponder con los criterios definidos en el presente manual. La documentación que soporta la verificación, incluidas las actas de apertura y cierre debidamente diligenciadas, se gestiona conforme a la normatividad vigente en materia de gestión documental.
- Cuando el prestador cumpla las condiciones de habilitación, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente, carga el resultado de la visita,



registra la inscripción cuando aplique y autoriza en el REPS la generación del distintivo de habilitación.

Controversias técnicas en el resultado de la visita

Cuando se presenten diferencias de carácter técnico entre los resultados de cualquier visita de verificación y la posición del prestador de servicios de salud, se seguirá el siguiente procedimiento:

- El prestador podrá solicitar ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente, la revisión puntual de la controversia dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la recepción del informe de visita, sustentando técnicamente las diferencias identificadas. La entidad competente generará respuesta dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la recepción de la solicitud.
- Si la controversia no fuere resuelta en esta instancia, tanto el prestador como la secretaría de salud departamental o distrital, o quien haga sus veces, podrán elevar la solicitud ante el área técnica del Ministerio de Salud y Protección Social responsable de liderar el componente de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud en el marco del SOGCS, la cual emitirá concepto técnico de referencia sobre el tema específico.

Lo anterior, en garantía del debido proceso y del principio de seguridad jurídica en los procedimientos de habilitación de servicios de salud.

11. PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN MODALIDAD EXTRAMURAL

Para la prestación de servicios de salud en las diferentes modalidades extramurales se debe cumplir lo siguiente:

11.1 Jornada de salud y unidad móvil

El prestador de servicios de salud que oferte servicios en la modalidad extramural jornada de salud o unidad móvil debe inscribirse en el REPS y habilitar los servicios ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, donde defina establecer su sede. Dicha inscripción producirá efectos en todo el territorio nacional sin que requiera inscripción en cada una de las secretarías de salud departamentales o distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

Cuando el prestador de servicios de salud decida ofertar servicios en la modalidad extramural jornada de salud o unidad móvil, en una Entidad Territorial diferente a donde realizó su inscripción, debe solicitar autorización ante la secretaría de salud departamental o distrital respectiva, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, así:

Tramitar autorización para realizar una jornada de salud, unidad móvil o varias en una misma solicitud, con mínimo quince (15) días calendario de antelación a la realización de la misma, anexando la siguiente información por cada jornada o atención en unidad móvil:

1. Fecha de realización.
2. Duración de la jornada o de la atención en la unidad móvil.
3. Dirección o ubicación donde se realizará la jornada de salud o se prestarán los servicios en la unidad móvil.
4. Servicios a prestar y soportes documentales en medio físico o magnético, del cumplimiento de cada uno de los estándares de la modalidad correspondiente.
5. Actividades que se desarrollarán.
6. Documento que evidencie el acuerdo con el o los prestadores de servicios de salud inscritos, con servicios habilitados y ubicados en el área geográfica donde se realice la prestación de servicios.

La secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, tendrá diez (10) días hábiles para revisar la inscripción del prestador en el REPS y los soportes e información allegada y determinar si se aprueba o no la solicitud de autorización de la prestación de servicios en las modalidades de jornada de salud o unidad móvil. De no emitirse respuesta en los tiempos establecidos se entenderá que el prestador de servicios de salud ha sido autorizado. Cuando se niegue la autorización por el no cumplimiento de los requisitos anteriormente mencionados, el prestador de servicios de salud podrá subsanarlos dentro de los cinco (5) días calendario siguientes de recibida la comunicación, aportando la documentación necesaria, si a ello hubiere lugar o iniciar nuevamente el proceso ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

En estas modalidades únicamente se pueden ofertar y prestar servicios de salud correspondientes a los grupos de consulta externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y quirúrgico, de acuerdo con la estructura de servicios definida en el presente manual. Los procedimientos que requieran hospitalización posterior, de acuerdo con la información documentada en el estándar de procesos prioritarios, debe realizarse en una Institución Prestadora de Servicios de Salud que cuente con servicio de hospitalización habilitado.



Cuando un prestador oferte un servicio de salud habilitado en la modalidad extramural jornada de salud o unidad móvil en el mismo departamento o distrito donde se encuentre inscrito, no requiere autorización por parte de la secretaría de salud departamental o distrital respectiva, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

Cuando se presten servicios de salud en la modalidad extramural Jornada de Salud, en un servicio de salud habilitado de otro prestador, debe mediar un documento entre los prestadores de servicios de salud, en el que se defina los acuerdos para aportar al cumplimiento de los estándares y criterios definidos en el presente manual.

La prestación de servicios de salud realizada en modalidad extramural jornada de salud o unidad móvil, por las entidades que presten servicios de salud pertenecientes a los regímenes de excepción establecidos en el Artículo 279 de la Ley 100 de 1993, no requieren autorización por parte de la secretaría de salud departamental o distrital respectiva, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, salvo en el momento de ofertar la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o Entidades Territoriales, en cuyo caso requerirán tramitar la autorización respectiva de cada jornada de salud o la atención en unidad móvil, ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

No se pueden prestar servicios de salud con la unidad móvil terrestre, fluvial y marítima en movimiento.

11.2 Domiciliaria

El prestador de servicios de salud que oferte servicios en la modalidad extramural domiciliaria debe inscribirse en el REPS y habilitar los servicios de salud en esta modalidad ante cada secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, donde los oferte.

Sólo se puede ofertar bajo esta modalidad, los servicios de salud que en el presente manual lo tengan determinado en su estructura.

12. PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN MODALIDAD DE TELEMEDICINA

El prestador de servicios de salud que oferte servicios en la modalidad de telemedicina debe inscribirse en el REPS y habilitar los servicios de salud en esta modalidad ante

cada secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, donde los oferte.

Sólo se puede ofertar bajo esta modalidad, los servicios de salud que en el presente manual lo tengan determinado en su estructura.

La modalidad de telemedicina facilita el acceso a servicios de salud mediante el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), en cualquier fase de atención: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Opera dentro del componente de Habilitación del SOGCS y es complementaria a otras modalidades de prestación; no reemplaza la atención presencial cuando esta sea requerida. El talento humano en salud determinará, en ejercicio de su autonomía profesional y con base en la condición clínica del paciente, la necesidad de atención presencial. El usuario podrá solicitar atención en esta modalidad priorizándola sobre la modalidad intramural, conforme a sus necesidades y la disponibilidad del servicio.

12.1 Principios generales

Seguridad de la información	La infraestructura tecnológica debe garantizar confidencialidad, integridad, disponibilidad, trazabilidad y protección frente a accesos no autorizados. El prestador es responsable de su cumplimiento.
Historia clínica	Toda atención debe registrarse en la historia clínica del usuario. El prestador garantiza la interoperabilidad entre sistemas, evitando duplicidad de registros.
Autonomía profesional	La tecnología no limita ni sustituye el juicio clínico. El profesional actúa con base en sus competencias, el alcance y las limitaciones propias de esta modalidad.
Énfasis rural	Prestación posible en cualquier zona del territorio nacional, con especial énfasis en zonas rurales, dispersas o de difícil acceso.
Tecnología habilitada	Dispositivos de cómputo, equipos biomédicos, software médico y demás herramientas deben cumplir requisitos de interoperabilidad y registro ante el INVIMA, cuando aplique.

12.2 Categorías de la modalidad de telemedicina

Las siguientes cuatro categorías pueden combinarse entre sí de acuerdo con la naturaleza del servicio, la condición clínica del usuario y los criterios del prestador. La selección del tipo de interacción (sincrónica o asincrónica) responde a criterios clínicos que optimicen la oportunidad y la capacidad resolutive.

12.2.1 Categoría 1 — Telexperticia

Permite que un profesional atienda presencialmente al usuario en el nodo de servicio remitir y consulte en tiempo real a uno o varios especialistas ubicados en el nodo de servicio de referencia. El usuario siempre está presente en el nodo remitir.

Tipo de comunicación	Nodos	Recurso físico	Usuario
Sincrónica interactiva	Remisor - Referencia	Consultorio	Presente en nodo de servicio remitir

Modos de interacción

Modo	Descripción
Modo A Con profesional en nodo remitir	Un profesional acompaña al usuario en persona desde el nodo remitir. El especialista del nodo referencia realiza el análisis clínico, la interacción con el usuario y define la conducta a seguir, especificando sus alcances y limitaciones. Ambos nodos registran en la historia clínica.
Modo B con personal de apoyo en nodo remitir	Auxiliar, técnico o tecnólogo en salud acompaña al usuario en el nodo remitir. El profesional o especialista del nodo referencia es responsable del consentimiento informado, la valoración clínica, el tratamiento y el diligenciamiento de la historia clínica. El personal de apoyo actúa dentro del ámbito de sus competencias.

12.2.2 Categoría 2 — Teleconcepto

Permite la interconsulta o emisión de concepto entre profesionales de distintos nodos, con soporte en la historia clínica electrónica. No requiere la presencia directa del usuario en la interacción entre los profesionales.

Tipo de comunicación	Nodos	Recurso físico	Participación del usuario
Sincrónica interactiva y/o asincrónica interactiva	Remisor - Referencia	Ambiente o área del servicio	No es requisito en la interacción entre profesionales

Modos de interacción

Modo	Descripción
Sincrónico interactivo	Comunicación en tiempo real con audio y video entre el profesional del nodo remitir y el especialista del nodo referencia. Cuando el usuario participa directamente, se requiere conectividad estable y, si aplica, equipos biomédicos interoperables. El concepto, las conductas y el seguimiento quedan registrados en la historia clínica electrónica.
Asincrónica interactivo	Intercambio diferido de documentación clínica y ayudas diagnósticas sin coincidencia en tiempo real. El profesional del nodo referencia emite el concepto y lo registra en los registros o historia clínicos según corresponda. No requiere la participación directa del usuario.
<i>Antes de gestionar la interconsulta o concepto, el profesional del nodo remitir debe informar previamente a los involucrados sobre el alcance e implicaciones de esta categoría y obtener su autorización para el intercambio de información clínica.</i>	

12.2.3 Categoría 3 — Teleconsulta

Permite la consulta directa entre un profesional del nodo de servicio de referencia y el usuario en su domicilio, en un punto de enlace en telemedicina, o con otro profesional del nodo remitir. Es la categoría más orientada al usuario final.

Tipo de comunicación	Nodos	Recurso físico	Participación del usuario
Sincrónica interactiva y/o asincrónica interactiva	Referencia y Remisor	Consultorio, punto de enlace o domicilio	Directa con el profesional del nodo de servicio de referencia

Modos de interacción

Modo	Descripción
Sincrónica interactiva — Usuario desde domicilio o punto de enlace	Interacción en tiempo real entre el profesional del nodo referencia y el usuario. El profesional es responsable de la plena identificación del usuario, la obtención del consentimiento informado, la verificación de condiciones técnicas, la valoración, el tratamiento, las recomendaciones y el registro en la historia clínica.

Asincrónica interactiva – Usuario desde domicilio o punto de enlace	Intercambio diferido de información sin interacción en tiempo real. El profesional revisa, responde, emite recomendaciones y actualiza ordenes o formula médica, registrando la atención en la historia clínica. El usuario es responsable del uso adecuado de las tecnologías y de seguir las indicaciones.
Asincrónica interactiva – Entre profesionales	El profesional del nodo referencia interactúa con el nodo remitir de forma diferida sin participación directa del usuario. Ambos nodos registran la comunicación en los registros clínicos.

Reglas especiales para Teleconsulta

- En zonas de difícil acceso o municipios con condiciones especiales, el usuario puede recibir acompañamiento de auxiliares, técnicos, tecnólogos en salud o equipos básicos en salud.
- El prestador debe definir y comunicar al usuario los tiempos máximos de respuesta para la Teleconsulta asincrónica, diferenciados por tipo de servicio.
- Esta categoría no aplica para usuarios que se encuentren físicamente dentro de la misma sede del prestador desde la cual se brinda la atención.
- El usuario podrá solicitar atención en telemedicina priorizándola sobre la modalidad intramural, conforme a sus necesidades y la disponibilidad del servicio.
- El profesional del nodo de servicio de referencia podrá abstenerse de iniciar o continuar la atención cuando lo considere clínicamente pertinente, fundamentando su decisión en la seguridad del paciente y remitiendo a otra modalidad de atención.

12.2.4 Categoría 4 – Telemonitoreo

Permite el seguimiento clínico remoto del usuario desde el nodo de servicio de referencia, orientado a generar alertas tempranas, apoyar la toma de decisiones clínicas y garantizar la continuidad del cuidado. Incluye traslados y atención prehospitalaria (APH).

Tipo de comunicación	Nodos	Recurso físico	Uso
Sincrónica y/o interactiva interactiva y/o asincrónica	Remisor y Referencia	Area, ambiente, ambulancia, domicilio, APH, punto de enlace	Seguimiento de pacientes crónicos, traslados, urgencias prehospitalarias

Modos de interacción

Modo	Descripción
Asincrónica interactiva – Seguimiento remoto del usuario	Monitoreo mediante dispositivos médicos interoperables y plataformas de captura de datos. Genera alertas y reportes integrables a la historia clínica. No requiere coincidencia en tiempo real. El profesional del nodo referencia analiza los datos e interviene según las alertas generadas.
Sincrónica interactiva – Seguimiento durante traslado	Comunicación bidireccional en tiempo real entre el nodo remitente y el nodo referencia durante el traslado del paciente. Ambos nodos registran condiciones clínicas, eventos presentados y decisiones adoptadas durante la atención y el proceso de traslado.
Sincrónica interactiva APH – Atención prehospitolaria	Tecnólogo APH, técnico APH o profesional de medicina en campo se comunica en tiempo real con el profesional del nodo referencia, quien orienta el manejo, indica las conductas a seguir y registra la intervención en la historia clínica. El personal en campo atiende las indicaciones recibidas y realiza el registro APH conforme al SUH.

12.3 Principios transversales a todas las categorías

1	Las categorías pueden combinarse entre sí según la naturaleza del servicio y la condición clínica del usuario.
2	La selección entre comunicación sincrónica interactiva o asincrónica interactiva responde a criterios clínicos, no a preferencias administrativas.
3	El talento humano en salud determina si se requiere atención presencial. La telemedicina es complementaria, no sustituta.
4	Toda decisión clínica y actuación debe quedar registrada en la historia clínica, garantizando trazabilidad en ambos nodos.

12.4 Estándares y criterios de habilitación para la modalidad prestación de servicios de salud telemedicina

Los prestadores de servicios de salud identificarán, en el marco de su autoevaluación, los criterios de habilitación aplicables por estándar a cada servicio de salud habilitado en la modalidad de telemedicina, para efectos del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación:

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA							
		1. CATEGORIA TELEXPERTICIA							
		MODO DE INTERACCIÓN							
		Interacción entre profesionales de la salud, uno(s) que atienden presencialmente al usuario desde un nodo de servicio remitir y otro(s) profesionales o especialistas que intervienen a distancia desde uno o varios nodos de servicio referencia.				Interacción entre profesionales o especialistas de la salud del nodo de servicio referencia y personal de apoyo como auxiliar en salud, técnico en salud o tecnólogo en salud que atienden presencialmente al usuario desde un nodo de servicio remitir.			
		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN	
		REMISOR	REFERENCIA	SINCRÓNICO INTERACTIVO	ASINCRÓNICO INTERACTIVO	REMISOR	REFERENCIA	SINCRÓNICO INTERACTIVO	ASINCRÓNICO INTERACTIVO
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA GENERAL	✓	✓	✓	---	✓*	✓*	✓*	---
	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	✓	✓	✓	---	---	---	---	---
	VACUNACIÓN	---	---	---	---	---	---	---	---
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	✓	✓	✓	---	---	---	---	---
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	TERAPIAS	---	---	---	---	---	---	---	---
	SERVICIO FARMACEUTICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	---	---	---	---	---	---	---	---
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES	---	---	---	---	---	---	---	---
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS NO IONIZANTES	---	---	---	---	---	---	---	---
	MEDICINA NUCLEAR	---	---	---	---	---	---	---	---
	RADIOTERAPIA	---	---	---	---	---	---	---	---
	QUIMIOTERAPIA	---	---	---	---	---	---	---	---
	DIAGNÓSTICO VASCULAR	---	---	---	---	---	---	---	---
	HEMODINAMIA E INTERVENCIÓN	---	---	---	---	---	---	---	---
	GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	LABORATORIO CLÍNICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	---	---	---	---	---	---	---	---

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA							
		1. CATEGORIA TELEXPERTICIA							
		MODO DE INTERACCIÓN							
		Interacción entre profesionales de la salud, uno(s) que atienden presencialmente al usuario desde un nodo de servicio remitir y otro(s) profesionales o especialistas que intervienen a distancia desde uno o varios nodos de servicio referencia.				Interacción entre profesionales o especialistas de la salud del nodo de servicio referencia y personal de apoyo como auxiliar en salud, técnico en salud o tecnólogo en salud que atienden presencialmente al usuario desde un nodo de servicio remitir.			
		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN	
		REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO	REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO
	LABORATORIO DE CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	---	---	---	---	---	---	---	---
	LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA	---	---	---	---	---	---	---	---
	PATOLOGÍA	---	---	---	---	---	---	---	---
	DIALISIS	✓	✓	✓	---	---	---	---	---
INTERNACIONAL	HOSPITALIZACIÓN	---	---	---	---	---	---	---	---
	HOSPITALIZACIÓN PACIENTE CRONICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO BASICO NEONATAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTENSIVO ADULTO	---	---	---	---	---	---	---	---
	HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	✓	✓	✓	---	✓	✓	✓	---
	HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	✓	✓	✓	---	✓*	✓*	✓*	---

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA							
		1. CATEGORIA TELEXPERTICIA							
		MODO DE INTERACCIÓN							
		Interacción entre profesionales de la salud, uno(s) que atienden presencialmente al usuario desde un nodo de servicio remitir y otro(s) profesionales o especialistas que intervienen a distancia desde uno o varios nodos de servicio referencia.				Interacción entre profesionales o especialistas de la salud del nodo de servicio referencia y personal de apoyo como auxiliar en salud, técnico en salud o tecnólogo en salud que atienden presencialmente al usuario desde un nodo de servicio remitir.			
		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN	
		REMISOR	REFERENCIA	SINCRÓNICO INTERACTIVO	ASINCRÓNICO INTERACTIVO	REMISOR	REFERENCIA	SINCRÓNICO INTERACTIVO	ASINCRÓNICO INTERACTIVO
	CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	✓	✓	✓	---	✓	✓	✓	---
QUIRÚRGICOS	CIRUGÍA	---	---	---	---	---	---	---	---
ATENCIÓN INMEDIATA	URGENCIAS	✓	✓	✓		✓*	✓*	✓*	
	TRANSPORTE ASISTENCIAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	---	---	---	---	---	---	---	---
	ATENCIÓN DEL PARTO	✓*	✓*	✓*	---	---	---	---	---

Criterio de interpretación:

- ✓ : **Aplica.**
- ✓ * : **Aplica e** indica el reconocimiento de criterios diferenciales entorno a: municipios con condiciones especiales, grados de complejidad de los servicios, modalidades de prestación de servicios diferentes a la modalidad de telemedicina.
- : **No aplica.**

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA							
		2. CATEGORIA TELECONCEPTO							
		MODO DE INTERACCIÓN							
		Entre profesionales de la salud, uno(s) que son responsables del manejo y seguimiento del paciente desde un nodo de servicio remitir y otro(s) profesionales o especialistas que participan de los grupos de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, internación, quirúrgico y atención inmediata que intervienen desde uno o varios nodos de servicio referencia, con soporte de la actuación de los dos nodos intervinientes en la historia clínica electrónica del paciente.				Entre técnico, tecnólogo, profesionales y/o especialistas, de la salud, que participan de los grupos de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, internación, quirúrgico y atención inmediata desde un nodo de servicio remitir y, profesionales o especialistas que intervienen desde uno o varios nodos de servicio referencia, con soporte de la actuación de los dos nodos intervinientes en los registros clínicos o historia clínica del paciente según corresponda.			
		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN	
		REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO	REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA GENERAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	---	✓	✓	---	---	✓	---	✓
	VACUNACIÓN	---	---	---	---	---	---	---	---
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	---	---	---	---	---	---	---	---
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	TERAPIAS	✓	✓	✓	---	✓*	✓	---	✓
	SERVICIO FARMACEUTICO	---	---	---	---	✓*	✓	---	✓
	RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	---	---	---	---	✓	✓	---	✓
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES	---	---	---	---	✓	✓	---	✓
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS NO IONIZANTES	---	---	---	---	✓	✓	---	✓
	MEDICINA NUCLEAR	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	RADIOTERAPIA	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	QUIMIOTERAPIA	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	DIAGNÓSTICO VASCULAR	---	---	---	---	---	---	---	---
	HEMODINAMIA E INTERVENCIÓN ISMIO	---	---	---	---	✓	✓	---	✓
	GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL	---	---	---	---	✓	✓	---	✓
	TOMA DE MUESTRAS DE	---	---	---	---	---	---	---	---

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA							
		2. CATEGORIA TELECONCEPTO							
		MODO DE INTERACCIÓN							
		Entre profesionales de la salud, uno(s) que son responsables del manejo y seguimiento del paciente desde un nodo de servicio remitir y otro(s) profesionales o especialistas que participan de los grupos de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, internación, quirúrgico y atención inmediata que intervienen desde uno o varios nodos de servicio referencia, con soporte de la actuación de los dos nodos intervinientes en la historia clínica electrónica del paciente.				Entre técnico, tecnólogo, profesionales y/o especialistas, de la salud, que participan de los grupos de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, internación, quirúrgico y atención inmediata desde un nodo de servicio remitir y, profesionales o especialistas que intervienen desde uno o varios nodos de servicio referencia, con soporte de la actuación de los dos nodos intervinientes en los registros clínicos o historia clínica del paciente según corresponda.			
		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN	
		REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO	REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO
	LABORATORIO CLINICO								
	LABORATORIO CLINICO	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	---	---	---	---	---	---	---	---
	LABORATORIO DE CITOLOGIAS CERVICO-UTERINAS	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA	---	---	---	---	---	---	---	---
	PATOLOGÍA	✓	✓	✓	---	---	---	---	---
	DIALISIS	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
INTERNACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	HOSPITALIZACIÓN PACIENTE CRONICO	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	CUIDADO BASICO NEONATAL	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	✓*	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	✓*	✓	✓	---	✓	✓	---	✓

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA							
		2. CATEGORIA TELECONCEPTO							
		MODO DE INTERACCIÓN							
		Entre profesionales de la salud, uno(s) que son responsables del manejo y seguimiento del paciente desde un nodo de servicio remitir y otro(s) profesionales o especialistas que participan de los grupos de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, internación, quirúrgico y atención inmediata que intervienen desde uno o varios nodos de servicio referencia, con soporte de la actuación de los dos nodos intervinientes en la historia clínica electrónica del paciente.				Entre técnico, tecnólogo, profesionales y/o especialistas, de la salud, que participan de los grupos de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, internación, quirúrgico y atención inmediata desde un nodo de servicio remitir y, profesionales o especialistas que intervienen desde uno o varios nodos de servicio referencia, con soporte de la actuación de los dos nodos intervinientes en los registros clínicos o historia clínica del paciente según corresponda.			
		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN	
		REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO	REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	CUIDADO INTENSIVO ADULTO	✓*	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
QUIRURGICOS	CIRUGÍA	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
ATENCIÓN INMEDIATA	URGENCIAS	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓
	TRANSPORTE ASISTENCIAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	---	---	---	---	---	---	---	---
	ATENCIÓN DEL PARTO	✓	✓	✓	---	✓	✓	---	✓

Criterio de interpretación:

✓ : **Aplica.**

✓ *: **Aplica e** indica el reconocimiento de criterios diferenciales entorno a: municipios con condiciones especiales, grados de complejidad de los servicios, modalidades de prestación de servicios diferentes a la modalidad de telemedicina.

--- : **No aplica.**

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA							
		3. CATEGORIA TELECONSULTA							
		MODO DE INTERACCIÓN							
		Interacción entre profesionales o especialistas de la salud del nodo de servicio referencia y el usuario desde un punto de enlace en telemedicina o desde su domicilio.				Interacción entre profesionales de la salud, que intervienen a distancia desde un nodo de servicio referencia y un nodo de servicio remitente.			
		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN	
		REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO	REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA GENERAL	---	✓	✓	✓	✓	✓	---	✓
	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	---	✓	✓	✓	✓	✓	---	✓
	VACUNACIÓN	---	---	---	---	---	---	---	---
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	---	---	---	---	---	---	---	---
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	TERAPIAS	---	✓	✓	✓	---	---	---	---
	SERVICIO FARMACEUTICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	---	---	---	---	---	---	---	---
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES	---	---	---	---	---	---	---	---
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS NO IONIZANTES	---	---	---	---	---	---	---	---
	MEDICINA NUCLEAR	---	---	---	---	---	---	---	---
	RADIOTERAPIA	---	---	---	---	---	---	---	---
	QUIMIOTERAPIA	---	---	---	---	---	---	---	---
	DIAGNÓSTICO VASCULAR	---	---	---	---	---	---	---	---
	HEMODINAMIA E INTERVENCIÓN	---	---	---	---	---	---	---	---
	GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	LABORATORIO CLÍNICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	---	---	---	---	---	---	---	---

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA							
		3. CATEGORIA TELECONSULTA							
		MODO DE INTERACCIÓN							
		Interacción entre profesionales o especialistas de la salud del nodo de servicio referencia y el usuario desde un punto de enlace en telemedicina o desde su domicilio.				Interacción entre profesionales de la salud, que intervienen a distancia desde un nodo de servicio referencia y un nodo de servicio remitir.			
		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN	
		REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO	REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO
	LABORATORIO DE CITOLOGIAS CERVICO-UTERINAS	---	---	---	---	---	---	---	---
	LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA	---	---	---	---	---	---	---	---
	PATOLOGÍA	---	---	---	---	---	---	---	---
	DIALISIS	---	✓*	✓	---	---	---	---	---
INTERNACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	---	---	---	---	---	---	---	---
	HOSPITALIZACIÓN PACIENTE CRONICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO BASICO NEONATAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTENSIVO ADULTO	---	---	---	---	---	---	---	---
	HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	---	---	---	---	---	---	---	---
	HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	---	---	---	---	---	---	---	---
QUIRURGICOS	CIRUGÍA	---	---	---	---	---	---	---	---

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA							
		3. CATEGORIA TELECONSULTA							
		MODO DE INTERACCIÓN							
		Interacción entre profesionales o especialistas de la salud del nodo de servicio referencia y el usuario desde un punto de enlace en telemedicina o desde su domicilio.				Interacción entre profesionales de la salud, que intervienen a distancia desde un nodo de servicio referencia y un nodo de servicio remitir.			
		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN	
		REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO	REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO
ATENCIÓN INMEDIATA	URGENCIAS	---	---	---	---	---	---	---	---
	TRANSPORTE ASISTENCIAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	---	---	---	---	---	---	---	---
	ATENCIÓN DEL PARTO	---	---	---	---	---	---	---	---

Criterio de interpretación:

✓ : **Aplica.**

✓ *: **Aplica e** indica el reconocimiento de criterios diferenciales entorno a: municipios con condiciones especiales, grados de complejidad de los servicios, modalidades de prestación de servicios diferentes a la modalidad de telemedicina.

--- : **No aplica.**

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA							
		4. CATEGORIA TELEMONITOREO							
		MODO DE INTERACCIÓN							
		Interacción entre profesionales o especialistas de la salud del nodo de servicio referencia y el usuario desde cualquier ubicación.				Interacción entre profesionales de la salud, uno(s) que son responsables del manejo y seguimiento del paciente desde un nodo de servicio remitir y otro(s) profesionales que intervienen desde uno o varios nodos de servicio referencia, con soporte de la actuación de los dos nodos intervinientes en los registros clínicos del paciente.			
		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN	
		REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO	REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA GENERAL	---	✓	---	✓	---	✓	✓	---
	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	---	✓	---	✓	---	✓	✓	---
	VACUNACIÓN	---	---	---	---	---	---	---	---
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	---	---	---	---	---	---	---	---

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA							
		4. CATEGORIA TELEMONITOREO							
		MODO DE INTERACCIÓN							
		Interacción entre profesionales o especialistas de la salud del nodo de servicio referencia y el usuario desde cualquier ubicación.				Interacción entre profesionales de la salud, uno(s) que son responsables del manejo y seguimiento del paciente desde un nodo de servicio remitir y otro(s) profesionales que intervienen desde uno o varios nodos de servicio referencia, con soporte de la actuación de los dos nodos intervinientes en los registros clínicos del paciente.			
		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN	
		REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO	REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	TERAPIAS	---	✓	---	✓	---	---	---	---
	SERVICIO FARMACEUTICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA	---	---	---	---	---	---	---	---
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES	---	---	---	---	---	---	---	---
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS NO IONIZANTES	---	---	---	---	---	---	---	---
	MEDICINA NUCLEAR	---	---	---	---	---	---	---	---
	RADIOTERAPIA	---	---	---	---	---	---	---	---
	QUIMIOTERAPIA	---	---	---	---	---	---	---	---
	DIAGNÓSTICO VASCULAR	---	✓	---	✓	---	---	---	---
	HEMODINAMIA E INTERVENCIÓN	---	---	---	---	---	---	---	---
	GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	LABORATORIO CLÍNICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	---	---	---	---	---	---	---	---
	LABORATORIO DE CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	---	---	---	---	---	---	---	---
	LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA	---	---	---	---	---	---	---	---

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA							
		4. CATEGORIA TELEMONITOREO							
		MODO DE INTERACCIÓN							
		Interacción entre profesionales o especialistas de la salud del nodo de servicio referencia y el usuario desde cualquier ubicación.				Interacción entre profesionales de la salud, uno(s) que son responsables del manejo y seguimiento del paciente desde un nodo de servicio remitir y otro(s) profesionales que intervienen desde uno o varios nodos de servicio referencia, con soporte de la actuación de los dos nodos intervinientes en los registros clínicos del paciente.			
		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN	
		REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO	REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO
	PATOLOGÍA	---	---	---	---	---	---	---	---
	DIALISIS	---	---	---	---	---	---	---	---
INTERNACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	---	✓	---	✓	✓*	---	✓*	---
	HOSPITALIZACIÓN PACIENTE CRONICO	---	---	---	---	✓*	---	✓*	---
	CUIDADO BASICO NEONATAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	---	---	---	---	---	---	---	---
	CUIDADO INTENSIVO ADULTO	---	---	---	---	---	---	---	---
	HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	---	---	---	---	---	---	---	---
	HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	---	✓	---	✓	---	---	---	---
	CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	---	---	---	---	---	---	---	---
QUIRURGICOS	CIRUGÍA	---	---	---	---	---	---	---	---
	URGENCIAS	---	---	---	---	✓	✓	✓	---

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA							
		4. CATEGORIA TELEMONITOREO							
		MODO DE INTERACCIÓN							
		Interacción entre profesionales o especialistas de la salud del nodo de servicio referencia y el usuario desde cualquier ubicación.				Interacción entre profesionales de la salud, uno(s) que son responsables del manejo y seguimiento del paciente desde un nodo de servicio remitir y otro(s) profesionales que intervienen desde uno o varios nodos de servicio referencia, con soporte de la actuación de los dos nodos intervinientes en los registros clínicos del paciente.			
		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN		NODO		TIPO DE COMUNICACIÓN	
		REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO	REMISOR	REFERENCIA	SINCRONICO INTERACTIVO	ASINCRONICO INTERACTIVO
ATENCIÓN INMEDIATA	TRANSPORTE ASISTENCIAL	---	---	---	---	✓	---	✓	---
	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	---	---	---	---	---	---	---	---
	ATENCIÓN DEL PARTO	---	---	---	---	✓	✓	✓	---

Criterio de interpretación:

- ✓ : **Aplica.**
- ✓ *: **Aplica e** indica el reconocimiento de criterios diferenciales entorno a: municipios con condiciones especiales, grados de complejidad de los servicios, modalidades de prestación de servicios diferentes a la modalidad de telemedicina.
- : **No aplica.**

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA			
		4. CATEGORIA TELEMONITOREO			
		MODO DE INTERACCIÓN			
		Interacción entre tecnólogo en atención prehospitalaria o técnico profesional en atención prehospitalaria o profesional de la medicina que es responsable de las actividades, procedimientos, intervenciones terapéuticas prehospitalarias, encaminadas a prestar atención de urgencias al paciente, desde cualquier ubicación y profesional ubicado en nodo de servicio referencia, con soporte de la actuación del nodo de servicio referencia en los registros clínicos del paciente.			
		Nodo		Tipo de comunicación	
		Remisor	Referencia	Sincronico interactivo	Asincronico interactivo
CONSULTA EXTERNA	CONSULTA EXTERNA GENERAL	---	✓	✓	---
	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	---	✓	✓	---
	VACUNACIÓN	---	---	---	---
	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	---	---	---	---

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA			
		4. CATEGORIA TELEMONITOREO			
		MODO DE INTERACCIÓN			
		Interacción entre tecnólogo en atención prehospitalaria o técnico profesional en atención prehospitalaria o profesional de la medicina que es responsable de las actividades, procedimientos, intervenciones terapéuticas prehospitalarias, encaminadas a prestar atención de urgencias al paciente, desde cualquier ubicación y profesional ubicado en nodo de servicio referencia, con soporte de la actuación del nodo de servicio referencia en los registros clínicos del paciente.			
		Nodo		Tipo de comunicación	
		Remisor	Referencia	Sincronico interactivo	Asincronico interactivo
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	TERAPIAS	---	---	---	---
	SERVICIO FARMACEUTICO	---	---	---	---
	RADIOLOGIA ODONTOLOGICA	---	---	---	---
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES	---	---	---	---
	IMÁGENES DIAGNOSTICAS NO IONIZANTES	---	---	---	---
	MEDICINA NUCLEAR	---	---	---	---
	RADIOTERAPIA	---	---	---	---
	QUIMIOTERAPIA	---	---	---	---
	DIAGNÓSTICO VASCULAR	---	---	---	---
	HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO	---	---	---	---
	GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL	---	---	---	---
	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	---	---	---	---
	LABORATORIO CLINICO	---	---	---	---
	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	---	---	---	---
	LABORATORIO DE CITOLOGIAS CERVICO-UTERINAS	---	---	---	---
	LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA	---	---	---	---
	PATOLOGÍA	---	---	---	---
	DIALISIS	---	---	---	---
INTERNACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	---	---	---	---
	HOSPITALIZACION PACIENTE CRONICO	---	---	---	---

GRUPO DE SERVICIO	SERVICIO	NODOS Y TIPOS DE INTERACCIÓN EN LA MODALIDAD DE TELEMEDICINA POR CATEGORÍA			
		4. CATEGORIA TELEMONITOREO			
		MODO DE INTERACCIÓN			
		Interacción entre tecnólogo en atención prehospitalaria o técnico profesional en atención prehospitalaria o profesional de la medicina que es responsable de las actividades, procedimientos, intervenciones terapéuticas prehospitalarias, encaminadas a prestar atención de urgencias al paciente, desde cualquier ubicación y profesional ubicado en nodo de servicio referencia, con soporte de la actuación del nodo de servicio referencia en los registros clínicos del paciente.			
		Nodo		Tipo de comunicación	
		Remisor	Referencia	Sincronico interactivo	Asincronico interactivo
	CUIDADO BASICO NEONATAL	---	---	---	---
	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	---	---	---	---
	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	---	---	---	---
	CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO	---	---	---	---
	CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	---	---	---	---
	CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	---	---	---	---
	CUIDADO INTENSIVO ADULTO	---	---	---	---
	HOSPITALIZACION EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	---	---	---	---
	HOSPITALIZACIÓN PARCIAL	---	---	---	---
	CUIDADO BASICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	---	---	---	---
QUIRURGICOS	CIRUGÍA	---	---	---	---
ATENCIÓN INMEDIATA	URGENCIAS	---	---	---	---
	TRANSPORTE ASISTENCIAL	---	---	---	---
	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	✓	---	✓	---
	ATENCIÓN DEL PARTO	---	---	---	---

Criterio de interpretación:

✓ : Aplica.

- ✓ *: **Aplica e** indica el reconocimiento de criterios diferenciales entorno a: municipios con condiciones especiales, grados de complejidad de los servicios, modalidades de prestación de servicios diferentes a la modalidad de telemedicina.

--- : **No aplica.**

12.5 Prestación de servicios en la modalidad de telemedicina por un prestador de servicios de salud extranjero

La participación de profesionales de la salud domiciliados fuera del territorio nacional en la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina estará sujeta a las siguientes condiciones:

- Aplica solamente para el grupo de servicios de consulta externa y para el grupo de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.
- Aplica en las categorías de la modalidad de Telemedicina de Teleconcepto, Teleconsulta y Telemonitoreo como nodo de servicio de referencia.
- La prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina deberá realizarse exclusivamente a través de una Institución Prestadora de Servicios de Salud inscrita en el territorio nacional, que cuente con servicios de salud habilitados en la modalidad de telemedicina y sus respectivas categorías.
- Los profesionales de la salud domiciliados fuera del territorio nacional con títulos certificados en el territorio nacional y/o con títulos obtenidos en el extranjero convalidados por el Ministerio de Educación Nacional y con copia de la resolución de autorización del ejercicio expedido por la autoridad competente o la inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud -ReTHUS; podrán prestar servicios de salud en la modalidad de telemedicina.
- Las actuaciones derivadas de la atención en salud deberán registrarse en la historia clínica del prestador de servicios de salud inscrito en el territorio nacional, garantizando su integridad, trazabilidad y disponibilidad. Para efectos del intercambio de información y del registro clínico se utilizará el idioma español.
- El prestador de servicios de salud deberá garantizar el cumplimiento de las disposiciones vigentes en materia de protección de datos personales, seguridad de la información y confidencialidad, así como la claridad en la asignación de responsabilidades entre todos los actores que intervienen en la atención.

13. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON APOYO DE ORGANISMOS DE COOPERACIÓN



Para que un organismo de cooperación pueda apoyar la prestación de servicios de salud, debe establecer por escrito un acuerdo o contrato con una Institución Prestadora de Servicios de Salud del departamento o distrito donde se vayan a prestar los servicios. La IPS debe solicitar autorización mediante comunicación escrita, con mínimo quince (15) días calendario de antelación, ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, donde se vayan a prestar los servicios. En la solicitud se debe anexar como mínimo la siguiente información, que hace parte del acuerdo escrito o contrato entre la IPS y el organismo de cooperación:

- Fecha de inicio y terminación de la prestación de servicios con apoyo del organismo de cooperación.
- Servicios por prestar.
- Actividades que se desarrollarán.
- Población por atender.
- Mecanismo de supervisión del acuerdo o contrato.

Si la prestación de servicios de salud se realiza por profesionales de la salud extranjeros o nacionales que ingresen al país en misiones científicas o de prestación de servicios de salud con carácter humanitario, social o investigativo, deben contar con permiso transitorio expedido por la autoridad competente.

La secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, tendrá cinco (5) días calendario contados a partir de recibida la solicitud con la información antes descrita, para aprobar o denegar la solicitud de autorización de la prestación de servicios. De no emitirse respuesta en los términos aquí establecidos, se entenderá que la institución prestadora de servicios de salud ha sido autorizada.

Cuando se niegue la autorización por el no cumplimiento de los requisitos anteriormente mencionados, la institución prestadora de servicios de salud podrá subsanarlos dentro de los cinco (5) días calendario siguientes de recibida la comunicación, aportando la documentación necesaria, si a ello hubiere lugar; o iniciar nuevamente el proceso ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

14. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Son servicios de salud dependientes de un prestador de servicios de salud inscrito, que por efecto de situaciones que impiden su normal funcionamiento —como desastres naturales, de origen antrópico, o declaratoria de emergencia sanitaria u otros— requieren ser prestados a la población en lugares no destinados a la prestación de servicios de salud.

Dichos servicios de salud son de baja y mediana complejidad y no requieren habilitación ni reporte de novedad, ni serán objeto de verificación, hasta que se normalice la situación, lo cual corresponde evaluar a la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias; no obstante, el prestador de servicios de salud debe cumplir con los siguientes aspectos por estándar:

Estándar de talento humano

El talento humano en salud que preste directamente servicios de salud debe cumplir con los requisitos exigidos en las normas que regulen la materia para ejercer la profesión u oficio.

Estándar de infraestructura

En caso de establecerse áreas o ambientes para el desarrollo de consulta, actividades y procedimientos, estas deben garantizar la privacidad y seguridad de los pacientes.

Estándar de dotación

Se debe contar con los equipos biomédicos necesarios para la valoración y atención de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas.

Estándar de medicamentos, dispositivos médicos, insumos y otras tecnologías en salud

Se aplicarán los procedimientos establecidos por el prestador de servicios de salud para el manejo de medicamentos, dispositivos médicos, insumos, alimentos con propósito médico especial (APME) y otras tecnologías en salud.

Estándar de procesos prioritarios

Los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de servicios de salud y las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias cuando sea el caso, deben organizar y coordinar la remisión de pacientes desde el lugar de la emergencia, conforme tengan definido y documentado en el procedimiento de remisión de pacientes, con el fin de garantizar la integralidad de la atención. El personal enviado por el prestador de servicios de salud para atender la emergencia debe portar en un lugar visible el carné de identificación correspondiente.

Estándar de historia clínica y registros

Se aplicarán los procesos establecidos por el prestador de servicios de salud para el manejo de la historia clínica.

15. CONDICIONES DE HABILITACIÓN

Las condiciones de habilitación son los requisitos, estándares y criterios que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

15.1 Condiciones de capacidad técnico – administrativa

Las condiciones de capacidad técnico-administrativa están referidas al cumplimiento de criterios que se ajustan a la normatividad que regula la materia de acuerdo con la clasificación de las empresas según su naturaleza jurídica, así:

Tabla No. 4 Clasificación de los prestadores de servicios de salud según su naturaleza jurídica

Naturaleza		Tipo
Derecho privado	Entidades con ánimo de lucro.	Sociedad por acciones simplificadas SAS Empresa unipersonal Sociedad de responsabilidad limitada Sociedad anónima Sociedad en comandita simple y por acciones Sociedad de economía mixta*
	Entidades sin ánimo de lucro	Fundación Asociación Corporación Canónica Entidades de economía solidaria (incluye a las cooperativas, precooperativas, fondos de empleados, asociaciones mutuales)
Derecho público	Empresas Sociales del Estado	Nacional Departamental Distrital Municipal
	Otras IPS públicas	Nacional Departamental Distrital Municipal

*Naturaleza mixta

Fuente: Elaboración propia MSPS

15.1.1 Existencia y representación legal

Los prestadores de servicios de salud que se inscriban como personas jurídicas deben aportar el certificado de existencia y representación legal expedido por la autoridad

competente, o el acto administrativo de creación, según corresponda. De acuerdo con su naturaleza jurídica, deben anexar los documentos indicados en los numerales siguientes:

15.1.1.1 Entidades privadas con ánimo de lucro

- Certificado de existencia y representación legal vigente de la persona jurídica expedido por la Cámara de Comercio. En dicho certificado se deberá especificar la ubicación de las sedes.
- Cuando tenga sedes o sucursales o agencias en otros departamentos o distritos, adicional al certificado anterior, debe anexarse el certificado de matrícula de las sedes o sucursales o agencias donde se especifique la razón social principal, que debe ser igual a la indicada en el certificado de existencia y representación legal vigente.

15.1.1.2 Entidades privadas sin ánimo de lucro

- Acto administrativo mediante el cual se les reconoce personería jurídica y representación legal expedida por la autoridad competente. En dicho documento se deberá especificar la ubicación de la o las sedes.
- Certificado de existencia y representación legal vigente de la persona jurídica expedido por la Cámara de Comercio, cuando aplique. En dicho certificado se deberá especificar la ubicación de la o las sedes.
- Para las sedes o sucursales, adicional al certificado anterior, deberá presentar el certificado del establecimiento de comercio correspondiente, cuando aplique.

15.1.1.3 Entidades de derecho público

- Las entidades de derecho público deben anexar el acto administrativo por el cual se les dio vida jurídica.

15.1.1.4 Organismos de cooperación internacional y los organismos no gubernamentales.

Cuando los organismos de cooperación internacional y los organismos no gubernamentales se inscriban en el REPS, como Entidades con Objeto Social Diferente o como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, para registrar la o las sedes sólo deberán aportar el documento donde se especifique la ubicación del domicilio en el territorio nacional, expedido por la autoridad competente. Dicho domicilio para efectos de la presente norma se entenderá como sede.

La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica propia y sea propiedad de una entidad promotora de salud, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada u otra entidad —

independientemente de si la prestación de servicios de salud es o no su objeto social— demostrará la existencia y representación legal mediante el certificado de existencia y representación legal o el acto administrativo de creación de la entidad propietaria, expedido por la autoridad competente.

La entidad con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud debe acreditar su existencia y representación legal mediante el documento expedido por la autoridad competente de acuerdo con la normatividad que la regule. A este tipo de prestador no le son exigibles los criterios de sistema contable ni de suficiencia patrimonial y financiera.

La secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, debe verificar que el nombre o razón social y el nombre de la sede o sedes registrados en los documentos aportados coincidan con los datos consignados en el formulario de inscripción en el REPS.

15.1.2 Sistema contable

La institución prestadora de servicios de salud debe contar con registros contables conforme al plan general de contabilidad pública —cuando se trate de entidades del sector público— o al plan de cuentas bajo el marco de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), cuando se trate de IPS privadas.

Toda nueva institución prestadora de servicios de salud debe contar con los siguientes documentos:

- Certificado de Existencia y Representación Legal vigente.
- Fotocopia del RUT.
- Estados financieros de constitución o de periodos intermedios o de cierre de vigencia: certificados o dictaminados cuando aplique. Cuando se trate de la apertura de una nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud sin personería jurídica y de propiedad de una entidad promotora de salud, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, presentará los estados financieros consolidados certificados o dictaminados, de la entidad que es propietaria, según corresponda.
- Certificado de cuenta bancaria cuyo titular sea la IPS.
- Libros oficiales registrados ante el ente correspondiente, cuando aplique.

15.2 Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera

Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera evidencian la capacidad de la Institución Prestadora de Servicios de Salud para responder por sus obligaciones

comerciales y laborales y mantener la continuidad en la prestación de los servicios de salud. Su evaluación se realiza en momentos distintos según si la institución es nueva o ya se encuentra en operación, como se explica a continuación.

15.2.1 Momentos de evaluación de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera

- **En la inscripción inicial.** Cuando una institución prestadora de servicios de salud se inscribe por primera vez en el REPS, aún no cuenta con historial de operación, por lo que los indicadores de obligaciones mercantiles y laborales no son aplicables. En este momento, la institución únicamente debe acreditar su existencia financiera mediante los estados financieros de constitución o de períodos intermedios, certificados o dictaminados por el revisor fiscal o el contador, según corresponda.

Cuando se trate de una institución sin personería jurídica propia, propiedad de una entidad promotora de salud, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada u otra entidad, presentará los estados financieros consolidados certificados o dictaminados de la entidad propietaria.

- **En la renovación de la inscripción y en las visitas de certificación.** Una vez la institución se encuentra en operación, las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera se evalúan en dos situaciones: durante la autoevaluación previa a la renovación de la inscripción, y durante las visitas de certificación realizadas por la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

En estos casos, la evaluación se realiza con base en los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior. Cuando se hayan realizado operaciones financieras orientadas al cumplimiento de estas condiciones, podrán tomarse estados financieros de períodos menores al año. En todo caso, los estados financieros deberán estar certificados o dictaminados por el revisor fiscal o el contador, según corresponda.

La institución que al momento de la autoevaluación o de la visita de certificación se encuentre en proceso de reestructuración de pasivos, proceso concordatario en los términos de la Ley 550 de 1999 o del Código de Comercio, o bajo medida especial de intervención forzosa administrativa para administrar por la Superintendencia Nacional de Salud, demostrará estas condiciones una vez culmine el respectivo proceso.

La valoración se realiza mediante tres indicadores:

15.2.1.1 Patrimonio

Verifica que el patrimonio de la institución no se haya deteriorado al punto de comprometer su operación y la continuidad en la prestación de los servicios. Se calcula aplicando el siguiente indicador: $\text{Patrimonio total} \times 100 / \text{Capital}$. El valor resultante debe ser superior al 50%.

Para la verificación de este indicador se debe contar con los estados financieros certificados o dictaminados. La cuenta que registra el capital varía según la naturaleza jurídica de la institución así:

En entidades descentralizadas del orden nacional, territorial y entidades autónomas: Patrimonio Institucional – Aportes sociales (código 3203), Patrimonio Institucional – Capital Suscrito y Pagado (código 3204), o Patrimonio Institucional – Capital Fiscal (código 3208), del Plan General de Contabilidad Pública.

En entidades públicas: Capital Fiscal (código 3105) o Patrimonio Público Incorporado (código 3125), del Plan General de Contabilidad Pública.

En entidades privadas: Capital Social (código 31), del Plan de Cuentas para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.

15.2.1.2 Obligaciones mercantiles

Verifica que las deudas comerciales vencidas hacen más de un año no representen un riesgo que comprometa la operación de la institución. Se entiende por obligaciones mercantiles las deudas incumplidas con terceros originadas en el desarrollo del objeto social de la entidad, entre las que se incluyen: honorarios de profesionales vinculados por contrato de prestación de servicios, compra de insumos, medicamentos, dispositivos médicos, papelería, servicios públicos, mantenimiento de infraestructura, dotación hospitalaria, equipamiento biomédico, arrendamientos y seguros.

Se calcula aplicando el siguiente indicador: $\text{Sumatoria de obligaciones mercantiles vencidas en más de 360 días} \times 100 / \text{Pasivo corriente}$. El valor resultante no debe superar el 50%.

Para la verificación de este indicador se debe contar con un reporte certificado por el revisor fiscal o contador, con corte a la fecha de la verificación, que detalle las cuentas por pagar a proveedores y demás obligaciones mercantiles con más de 360 días calendario desde la fecha en que surgió la obligación.

15.2.1.3 Obligaciones laborales

Verifica que la institución no acumule deudas laborales vencidas hace más de un año que pongan en riesgo la continuidad del talento humano y la prestación de los servicios. Se entiende por obligaciones laborales las deudas incumplidas con empleados, ex empleados y pensionados, originadas en la causación de derechos laborales bajo contrato de trabajo. Para efectos de este indicador, corresponden a obligaciones vencidas en más de 360 días aquellas que tienen el carácter de beneficios laborales de largo plazo, entre las que se cuentan: bonificaciones, primas, cesantías retroactivas y otros beneficios de largo plazo en los términos de las Normas Internacionales de Información Financiera —NIIF— aplicables.

Se calcula aplicando el siguiente indicador: Sumatoria de obligaciones laborales vencidas en más de 360 días $\times$ 100 / Pasivo corriente. El valor resultante no debe superar el 50%.

Para la verificación de este indicador se debe contar con un reporte certificado por el revisor fiscal o contador, con corte a la fecha de la verificación, que detalle las moras en el pago de nómina y demás obligaciones laborales con más de 360 días calendario desde la fecha en que surgió la obligación.

15.3 Condiciones de capacidad tecnológica y científica

Las condiciones tecnológicas y científicas tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unos criterios mínimos para el funcionamiento de los servicios que cualquier tipo de prestador de servicios de salud habilite, a partir de los estándares de habilitación.

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

Fiabilidad

La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

Esencialidad

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica son indispensables y necesarias para minimizar los principales riesgos propios de la atención en salud.

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 su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

15.3.1 Estándares de habilitación

Los estándares de habilitación son las condiciones mínimas e indispensables que debe cumplir cualquier prestador de servicios de salud para funcionar de manera segura. Están organizados en criterios concretos y de obligatorio cumplimiento, y se centran en aspectos de estructura, es decir, en las condiciones que deben existir antes de que se preste el servicio.

Su propósito fundamental es que los beneficios que recibe el paciente siempre superen los riesgos a los que se expone. Por eso, cada criterio está diseñado para identificar y controlar los riesgos asociados a la atención en salud.

Los estándares y sus criterios no contienen ni pretenden abarcar todos los requisitos, condiciones o aspectos necesarios o deseables para el funcionamiento integral del prestador o un servicio de salud. Los estándares de habilitación se enfocan únicamente en las condiciones mínimas e indispensables para proteger la vida, la seguridad, la salud y la dignidad de los pacientes, es decir, aquellas cuya ausencia representa un riesgo real e irremplazable durante el proceso de atención en salud.

Para que un estándar sea válido, debe tener una relación directa con la seguridad del usuario: si no se cumple, se pone en riesgo la vida o la salud de las personas. En ese sentido, también contribuyen a la seguridad del paciente, entendida como el conjunto de acciones, procesos y herramientas que buscan reducir al mínimo la posibilidad de que ocurra un daño durante la atención, o disminuir sus consecuencias si llega a ocurrir.

Los siete (7) estándares de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de servicios de salud son:

1. Talento humano.
2. Infraestructura.
3. Dotación.
4. Medicamentos, dispositivos médicos, insumos y otras tecnologías en salud.
5. Procesos Prioritarios.
6. Historia Clínica y Registros.
7. Interdependencia.

Los criterios detallan lo exigido en cada estándar dentro de cada servicio y son los elementos concretos para su interpretación.

El Ministerio de Salud y Protección Social es la entidad encargada de establecer los estándares y criterios para los servicios de salud contemplados en el presente manual.

El alcance de los estándares de habilitación es:

15.3.1.1 Talento Humano

Son las condiciones de talento humano requeridas para la prestación de los servicios de salud. El estándar de talento humano define el perfil o los perfiles mínimos, según aplique, que se deben garantizar para la habilitación y prestación del respectivo servicio de salud.

15.3.1.2 Infraestructura

Son las condiciones mínimas e indispensables de las áreas y ambientes de una edificación y su mantenimiento, para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.

15.3.1.3 Dotación

Son las condiciones mínimas e indispensables que garantizan los equipos biomédicos necesarios, así como sus mantenimientos, para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.

15.3.1.4 Medicamentos, dispositivos médicos, insumos y otras tecnologías en salud

Son las condiciones mínimas e indispensables de procesos que garantizan las condiciones de adquisición, distribución, transporte almacenamiento, dispensación, trazabilidad, y seguimiento al uso y gestión del riesgo derivada del uso de medicamentos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro; así como otras tecnologías en salud y los demás insumos asistenciales que utilice el prestador para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.

15.3.1.5 Procesos prioritarios

Son los principales procesos y procedimientos asistenciales cuya existencia es obligatoria en todo prestador de servicios de salud. No basta con que existan: deben ser conocidos y aplicados por el personal que participa en la atención, ya que su

cumplimiento incide directamente en que los servicios se presten con el menor riesgo posible para el paciente.

Estos procesos están orientados a estandarizar las actuaciones del personal de salud en los momentos más críticos de la atención, de manera que las decisiones y acciones que se tomen respondan a criterios técnicos y científicos previamente definidos, y no queden sujetas a la improvisación o al criterio individual.

Su obligatoriedad implica que el prestador debe tenerlos documentados, actualizados y disponibles para consulta.

15.3.1.6 Historia clínica y registros

Son las condiciones mínimas e indispensables que debe cumplir la historia clínica y los registros asistenciales, con el fin de garantizar la trazabilidad de la atención en salud.

15.3.1.7 Interdependencia

En este estándar se definen los servicios de salud y de apoyo los cuales son indispensables para prestar en forma oportuna y segura el servicio de salud que los requiere.

Los servicios definidos en la interdependencia de cada servicio pueden ser propios o contratados, en cualquier caso, cuando se trate de servicios de salud deben estar habilitados por una de las partes, no se permite la doble habilitación de un servicio.

16. PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN MUNICIPIOS CON CONDICIONES ESPECIALES

El presente numeral establece criterios técnicos diferenciales, razonables y progresivos aplicables a la habilitación de prestadores de servicios de salud ubicados en municipios con condiciones especiales, como parte integral del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, con el propósito de fortalecer el acceso efectivo, oportuno, seguro y con enfoque territorial a los servicios de salud, bajo principios de calidad, seguridad del paciente, equidad, progresividad y sostenibilidad del sistema de salud colombiano.

Los criterios aquí definidos reconocen las condiciones geográficas, demográficas, poblacionales, culturales, de infraestructura básica, capacidad instalada y talento humano disponibles en territorios con mayores restricciones estructurales, permitiendo ajustes razonables que faciliten la operación de servicios de salud de baja y mediana complejidad en el nivel primario de atención, sin desconocer los estándares esenciales de calidad ni comprometer la seguridad del paciente.

Las condiciones especiales del territorio que determinan la aplicabilidad de estos criterios corresponden a municipios que cumplan al menos una de las siguientes características:

- Población igual o inferior a veinte mil (20.000) habitantes.
- Municipios incluidos en Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET).
- Municipios con Planes Especiales de Intervención Integral (PEII) en Zonas Estratégicas de Intervención Integral (ZEII).
- Municipios vinculados al Programa Nacional Integral de Sustitución Voluntaria de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS).
- Municipios clasificados como Zonas Más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC).
- Municipios priorizados en el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR).
- Zonas especiales de dispersión geográfica.
- Municipios con presencia significativa de comunidades étnicas.

Lo definido aquí aplica a los prestadores de servicios de salud que oferten servicios de salud de baja y mediana complejidad en territorios con condiciones especiales.

En lo que respecta a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de naturaleza pública, la inscripción del prestador y la habilitación de los servicios se adelantarán en coordinación con la entidad territorial competente, conforme a las modalidades de prestación y grados de complejidad definidos en las tipologías de portafolio que conforman su Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Empresas Sociales del Estado (PTRRMR), dando cumplimiento a los estándares y criterios del componente de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) determinados para cada servicio de salud.

Los ajustes relacionados con criterios diferenciales razonables previstos en el presente numeral y los registrados de manera específica en algunos de los servicios de salud, deberán entenderse como mecanismos técnicos de flexibilización regulatoria progresiva orientados a facilitar procesos de adecuación gradual, permitiendo que los prestadores avancen hacia el cumplimiento pleno de los estándares nacionales de habilitación mediante planes de fortalecimiento institucional, mejoramiento de infraestructura, desarrollo de talento humano, implementación tecnológica y consolidación de capacidades resolutivas territoriales.

En caso de conflicto entre los criterios generales del Manual de Habilitación y las disposiciones específicas contenidas para los municipios con condiciones especiales, prevalecerán las disposiciones técnicas establecidas en los aspectos expresamente regulados, como parte complementaria e incorporada al Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

La implementación de estos criterios deberá orientarse bajo un enfoque de mejoramiento continuo, progresividad en la garantía del derecho fundamental a la salud, humanización de la atención, seguridad del paciente y fortalecimiento del modelo de salud en los territorios priorizados.

16.1 Condición de Suficiencia Patrimonial y Financiera

Criterios diferenciales en las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. Teniendo en cuenta que las Empresas Sociales del Estado o quien haga sus veces, ubicadas en municipios con condiciones especiales presentan de manera estructural alta cartera, flujos de pago inestables e indicadores patrimoniales condicionados por factores externos al desempeño de la institución, se establecen los siguientes criterios diferenciales:

No será aplicable como causal de incumplimiento de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera la cartera reconocida y certificada que las EPS, las entidades territoriales o la ADRES tengan pendiente de pago con el prestador, por un período igual o inferior a ciento ochenta (180) días. Para este efecto, el prestador deberá aportar la certificación de la cartera ante la entidad territorial departamental o distrital al momento de la autoevaluación o de la visita de verificación de las condiciones de habilitación.

Cuando el prestador acredite estar en proceso de saneamiento fiscal y financiero conforme con la Ley 617 de 2000 o en programa de saneamiento de pasivos en el marco de los mecanismos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, las medidas de saneamiento en ejecución serán tenidas en cuenta como evidencia positiva en la evaluación del estándar de suficiencia patrimonial y financiera.

16.2 Condiciones Tecnológicas y Científicas

Para efectos de la aplicación de los criterios diferenciales previstos en la presente sección, se reconocerá que los prestadores de servicios de salud ubicados en municipios con condiciones especiales pueden enfrentar situaciones de recursos esenciales insuficientes para la atención en salud. Estas situaciones deberán ser consideradas para la implementación de medidas razonables, progresivas y proporcionales que permitan la adecuación gradual de los estándares de habilitación, sin comprometer la calidad, la seguridad del paciente ni la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud.

16.2.1 Criterios diferenciales razonables en el estándar de talento humano

Los prestadores de servicios de salud que oferten servicios en municipios con condiciones especiales podrán acreditar el cumplimiento del estándar de talento humano bajo las siguientes condiciones:

Servicios del Grupo de Consulta Externa

- **Profesional de la Medicina.** El prestador de servicios de salud deberá garantizar la presencia efectiva del profesional de la medicina durante los horarios de atención y conforme a las modalidades de prestación inscritas en el REPS, en concordancia con su capacidad resolutive y demanda territorial. No obstante, podrá acreditar disponibilidad diferencial razonable de manera programada o cuando se requiera, mediante la modalidad de telemedicina en la categoría de Telexperticia sincrónica, conforme con lo definido y documentado en el estándar de procesos prioritarios del prestador.

Profesional de la Medicina Especializada. La disponibilidad diferencial razonable de profesionales de medicina especializada podrá acreditarse mediante acuerdo formal, documentado y vigente con un Prestador de Servicios de Salud que cuente con servicios de salud habilitados de mayor complejidad, en el cual se definan mecanismos de articulación asistencial, tiempos de respuesta según requerimientos clínicos, criterios de referencia y contrarreferencia, disponibilidad de apoyo especializado y responsabilidades operativas, conforme a lo establecido en el estándar de procesos prioritarios.

Dicho acuerdo podrá contemplar el uso de modalidades presenciales, extramurales y telemedicina en la categoría de Telexperticia sincrónica o asincrónica entre profesionales de la salud, o cualquier otra tecnología en salud

autorizada por la normatividad vigente, siempre que se garantice oportunidad, continuidad, seguridad clínica, pertinencia diagnóstica y trazabilidad en la atención del paciente.

- **Otros profesionales de la salud:** El prestador de servicios de salud deberá garantizar la presencia efectiva del profesional de la salud durante los horarios de atención y conforme a las modalidades de prestación inscritas en el REPS, en concordancia con su capacidad resolutive y demanda territorial. No obstante, podrá acreditar disponibilidad diferencial razonable de manera programada o cuando se requiera, mediante la modalidad de telemedicina en la categoría de Telexperticia sincrónica, conforme con lo definido y documentado en el estándar de procesos prioritarios del prestador.
- En municipios con condiciones especiales el prestador podrá dar cumplimiento al requisito de contar con profesional de la medicina, profesional de bacteriología, profesional de odontología, profesional de la enfermería, mediante el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio.
- **Talento humano intercultural.** La presencia de médico ancestral o tradicional, partera o agente comunitario de salud reconocido por la comunidad étnica correspondiente podrá complementar el equipo de talento humano con el que cuenta el prestador en sus servicios de salud, sin sustituirlo. El prestador deberá documentar los acuerdos de articulación en el marco de las atenciones en salud, entre la medicina occidental y la medicina ancestral o tradicional, lo cual deberá estar definido y documentado en el estándar de procesos prioritarios.
- **Profesional en bacteriología.** El prestador de servicios de salud que habilite servicios de laboratorio clínico podrá acreditar la disponibilidad diferencial razonable del profesional en bacteriología mediante presencia programada, disponibilidad periódica o activación según requerimiento asistencial, conforme a la complejidad del servicio, demanda poblacional, perfil epidemiológico y condiciones territoriales, siempre que dichas modalidades se encuentren definidas, documentadas y operativamente garantizadas en el estándar de procesos prioritarios del prestador, asegurando calidad analítica, oportunidad diagnóstica, supervisión técnica, seguridad del paciente y cumplimiento normativo.
- **Técnico profesional o tecnólogo en radiología e imágenes diagnósticas.** Cuando el prestador tenga habilitado el servicio de imágenes diagnósticas de baja complejidad, deberá garantizar la presencia efectiva de técnico profesional o tecnólogo en radiología e imágenes diagnósticas durante los horarios de

atención registrados en el REPS, de acuerdo con la oferta habilitada y capacidad operativa.

No obstante, la disponibilidad diferencial razonable del profesional en bacteriología para laboratorio clínico, así como del técnico o tecnólogo en radiología e imágenes diagnósticas, podrá acreditarse mediante cualquiera de los siguientes mecanismos, siempre que se garantice continuidad, calidad, seguridad y trazabilidad en la atención:

- Acuerdos formales documentados con un prestador de servicios de salud habilitado en el mismo municipio o, en ausencia de este, en el municipio geográficamente más cercano, que aseguren disponibilidad operativa, tiempos de respuesta, apoyo técnico, referencia y continuidad del servicio.
 - Modalidades de telemedicina, particularmente en la categoría de Telexperticia, cuando sea técnicamente viable y normativamente procedente, especialmente para interpretación diagnóstica, apoyo especializado y fortalecimiento de la capacidad resolutive del servicio de imágenes diagnósticas.
 - Unidades móviles o jornadas de salud programadas, habilitadas y documentadas, con frecuencia mínima semanal para servicios de laboratorio clínico y frecuencia mínima quincenal para servicios de imágenes diagnósticas, o con mayor periodicidad cuando la demanda territorial así lo requiera. Todos estos mecanismos deberán encontrarse plenamente incorporados en el estándar de procesos prioritarios, incluyendo cronogramas, responsables, mecanismos de articulación, gestión de resultados, referencia, seguimiento y contingencia.
- Para la prestación del servicio de toma de muestras en puestos de salud, el prestador podrá garantizar su operación mediante unidades móviles o jornadas de salud programadas con una frecuencia mínima semanal, siempre que estas se encuentren formalmente documentadas dentro del estándar de procesos prioritarios, garantizando calidad técnica, conservación de muestras, bioseguridad, transporte adecuado y oportunidad diagnóstica.

Servicios del Grupo Atención Inmediata

- **Servicio de urgencias.** Los prestadores de servicios de salud ubicados en municipios con condiciones especiales podrán acreditar la cobertura del servicio de urgencias de baja complejidad durante las 24 horas mediante esquemas de turnos de doce (12) horas con la presencia física permanente de al menos un auxiliar de enfermería y la disponibilidad diferencial razonable del profesional de la medicina o de enfermería. Para tal efecto, deberá documentarse en el protocolo de atención y de llamado en el estándar de procesos prioritarios.

No obstante, para el servicio de urgencias de baja complejidad, podrá acreditar disponibilidad diferencial del profesional de la medicina de manera programada o cuando se requiera, mediante la modalidad de telemedicina en la categoría de Telexperticia sincrónica, conforme con lo definido y documentado en el estándar de procesos prioritarios del prestador.

Servicios del Grupo de Internación

- **Servicio de hospitalización de baja complejidad.** Los prestadores de servicios de salud ubicados en municipios con condiciones especiales podrán acreditar el cumplimiento del estándar de talento humano para el servicio de hospitalización de baja complejidad bajo las siguientes condiciones:
 - La disponibilidad del profesional de la medicina podrá acreditarse de manera diferencial razonable mediante disponibilidad programada con protocolo de llamado documentado en el estándar de procesos prioritarios, que garantice respuesta efectiva en los tiempos definidos por el prestador conforme a las condiciones del territorio y el perfil epidemiológico de la población atendida. Adicionalmente, el prestador podrá utilizar la modalidad de telemedicina en la categoría de Telexperticia sincrónica como mecanismo de apoyo clínico para la valoración, seguimiento y toma de decisiones durante los horarios de atención.
 - En todo caso, el prestador deberá garantizar la presencia física permanente de al menos un profesional de enfermería durante las veinticuatro (24) horas del día, quien deberá contar con acciones de formación continua en soporte vital básico y en los protocolos de activación del equipo médico definidos en el estándar de procesos prioritarios.
 - El profesional de la medicina deberá realizar visita médica presencial con la periodicidad mínima definida en el estándar de procesos prioritarios, la cual no podrá ser inferior a una (1) vez cada veinticuatro (24) horas para los pacientes con internación activa, salvo que la valoración y seguimiento clínico se realice mediante Telexperticia sincrónica debidamente registrada en la historia clínica del paciente.
 - Este criterio diferencial no aplica para pacientes cuya condición clínica requiera monitorización médica continua, para quienes deberá garantizarse en todo momento la presencia física del profesional de la medicina o iniciarse de manera inmediata el proceso de referencia hacia un prestador con mayor capacidad resolutive.
- **Servicio de atención del parto de baja complejidad.** Los prestadores de servicios de salud ubicados en municipios con condiciones especiales podrán

acreditar el cumplimiento del estándar de talento humano para el servicio de atención del parto de baja complejidad bajo las siguientes condiciones:

- La disponibilidad del profesional de la medicina general podrá acreditarse de manera diferencial razonable mediante disponibilidad programada con protocolo de llamado documentado y mediante la modalidad de telemedicina en la categoría de Telexperticia sincrónica como mecanismo de apoyo durante la atención, en los casos en que el trabajo de parto progrese sin complicaciones y conforme a los criterios clínicos definidos en el estándar de procesos prioritarios del prestador.
- En territorios con presencia de comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras o ROM, la partera o comadrona reconocida por la comunidad y certificada en atención del parto limpio por la autoridad sanitaria territorial competente podrá complementar el equipo de talento humano del servicio, sin sustituir en ningún caso al profesional de la enfermería. El prestador deberá documentar en el estándar de procesos prioritarios los acuerdos de articulación entre la medicina occidental y el saber ancestral, incluyendo los roles, responsabilidades y mecanismos de coordinación durante la atención.
- El prestador deberá contar con criterios clínicos claros y documentados en el estándar de procesos prioritarios para la detección temprana de signos de alarma obstétrica y neonatal que activen la presencia física del profesional de la medicina o el inicio inmediato del proceso de referencia. Dichos criterios deberán ser de conocimiento y aplicación obligatoria por todo el talento humano que participe en la atención del servicio.
- Este criterio diferencial no aplica en presencia de factores de riesgo obstétrico previamente identificados, en partos catalogados como de alto riesgo, ni cuando durante el trabajo de parto se identifiquen signos de alarma materna o fetal. En estos casos, deberá garantizarse la presencia física del profesional de la medicina o iniciarse de manera inmediata el proceso de referencia hacia un prestador con mayor capacidad resolutive.

Servicios del Grupo Quirúrgico

- **Servicio de cirugía.** Los prestadores de servicios de salud ubicados en municipios con condiciones especiales podrán acreditar el cumplimiento del estándar de talento humano para el servicio de cirugía bajo las siguientes condiciones:
 - La disponibilidad de profesionales de especialidades médico-quirúrgicas distintas al cirujano principal podrá acreditarse de manera diferencial razonable mediante acuerdo formal documentado y vigente con un prestador de servicios de salud de mayor complejidad, en el cual se

establezcan los mecanismos de articulación asistencial, los tiempos de respuesta, los criterios de referencia y contrarreferencia y la disponibilidad de apoyo especializado mediante la modalidad de telemedicina en la categoría de Telexperticia sincrónica para soporte en la toma de decisiones clínicas durante el acto quirúrgico. Este mecanismo no sustituye la presencia física del cirujano a cargo del procedimiento, cuya permanencia durante el acto quirúrgico es indispensable.

16.2.2 Criterios diferenciales razonables en el estándar de infraestructura

Los prestadores de servicios de salud que oferten servicios en municipios con condiciones especiales podrán acreditar el cumplimiento del estándar de infraestructura bajo las siguientes condiciones:

- **Servicios públicos esenciales:** Cuando el prestador de servicios de salud ubicado en municipios con condiciones especiales no cuente con acceso permanente, continuo o confiable a servicios públicos esenciales, incluyendo agua potable, energía eléctrica, alcantarillado o conectividad, debido a condiciones territoriales, geográficas, institucionales o estructurales ajenas a su voluntad, verificables por la entidad territorial de salud competente y certificadas, cuando corresponda, por la respectiva empresa prestadora del servicio o autoridad competente, podrá acreditar el cumplimiento diferencial del estándar de infraestructura mediante soluciones técnicas razonables, proporcionales y funcionales que aseguren la continuidad, seguridad y calidad mínima requerida para la prestación de servicios de salud, bajo las siguientes condiciones:
 - *Agua potable:* Disponibilidad de sistemas de almacenamiento de agua potable con capacidad suficiente para garantizar la operación continua del prestador por un período mínimo de cuarenta y ocho (48) horas, incluyendo mecanismos de tratamiento, potabilización o abastecimiento alternativo, conforme con la normatividad sanitaria vigente.
 - *Energía eléctrica:* Disponibilidad de sistemas de respaldo energético que permitan garantizar la continuidad operativa de servicios críticos, incluyendo iluminación esencial, equipos biomédicos prioritarios, sistemas de información, cadena de frío, conservación de medicamentos e insumos, y demás tecnologías necesarias para la seguridad del paciente. Dichos sistemas podrán incluir plantas eléctricas, paneles solares, bancos de baterías u otras fuentes técnicamente viables, conforme con la normatividad aplicable.

- *Saneamiento básico y disposición de aguas residuales:* Cuando no exista conexión a red pública de alcantarillado, el prestador podrá implementar sistemas alternativos de tratamiento o disposición in situ, siempre que cumplan condiciones sanitarias, ambientales y de bioseguridad conforme con la normatividad vigente.
 - *Conectividad y comunicaciones:* Disponibilidad de mecanismos alternativos de comunicación, tales como radio, telefonía satelital, redes móviles, sistemas comunitarios u otras tecnologías disponibles en el territorio, que permitan garantizar la coordinación asistencial, la activación de redes de referencia y contrarreferencia, la gestión de emergencias y la continuidad operativa. Las limitaciones o intermitencias propias del servicio de internet derivadas de condiciones territoriales no constituirán, por sí solas, causal de incumplimiento, siempre que se implementen mecanismos funcionales alternativos.
- **Servicio de urgencias:**
 - Con relación al numeral 17 del servicio de urgencias se entenderá cumplido si el traslado seguro de pacientes entre pisos o niveles dentro de la misma edificación se realiza en ascensor o rampa con uso compartido, siempre que se garantice su disponibilidad sin comprometer la oportunidad en la atención de urgencias. El traslado debe estar acreditado mediante la existencia de un protocolo de traslado seguro de pacientes.
 - *Sala de observación.* Se entenderá cumplido el criterio cuando el servicio cuente con una sala de observación unificada para la atención de adultos hombres, mujeres, niños, niñas y adolescentes, siempre que el número total de camillas sea igual o inferior a cuatro (4) y se garantice la separación mediante barrera física móvil entre las camillas. El área mínima de seis (6) m² por camilla se mantiene en todos los casos, así como los demás requisitos contemplados en los criterios 18.15 y 18.16. En caso de superar el número de cuatro (4) camillas, se aplicarán los criterios definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
 - *Sala de reanimación.* Se entenderá cumplido el criterio con un área menor en lugar de los doce (12) m² del criterio 18.14 establecido en la Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, cuando las condiciones de la infraestructura física del prestador de servicios de salud existente no permitan su ampliación.
 - *Unidades sanitarias.* Se entenderá cumplido el criterio cuando cuente con una (1) unidad sanitaria adaptada para personas con movilidad reducida, la cual puede ser de uso compartido por sexo cuando las condiciones de la

infraestructura física del prestador no permitan la construcción de unidades independientes, siempre que se garantice la privacidad y la dignidad del paciente.

- *Área de descontaminación.* Se entenderá cumplido el criterio 18.4 cuando cuente con un área señalizada dentro del servicio y delimitada por una barrera física móvil, con ducha teléfono y sistema de drenaje cuando las condiciones físicas no permitan la construcción de un ambiente.
- *Circulación y acceso a urgencias.* Se admite el acceso al servicio de urgencias desde el interior de la edificación con señalización adecuada, cuando las condiciones de la infraestructura física del prestador no permitan la adecuación de un acceso directo desde el exterior. En todo caso, deberá garantizarse el flujo expedito de camillas y la atención inmediata del paciente, lo cual deberá estar documentado en el estándar de procesos prioritarios.
- *Sala de procedimientos multifuncional.* Se permitirá el uso compartido de la sala de procedimientos de urgencias como sala de partos o sala de cirugía para la programación de procedimientos quirúrgicos ambulatorios siempre que se cumplan las siguientes condiciones:
 - *Área mínima de 20 m²*
 - *Diferenciación horaria:* El uso compartido deberá estar sustentado en una diferenciación horaria claramente registrada y documentada, conforme a los procesos prioritarios definidos por la institución y los protocolos de atención que esta adopte, adapte o decida implementar.
 - *Normas de Bioseguridad:* El prestador deberá garantizar en todo momento el cumplimiento de las normas de bioseguridad aplicables a los servicios que harán uso de la sala multifuncional.
- *Adaptación de espacios físicos.* Los prestadores de servicios de salud ubicados en municipios con condiciones especiales con presencia de comunidades étnicas podrán adaptar los espacios físicos de atención incorporando elementos de la medicina ancestral y tradicional y prácticas culturales de las comunidades atendidas, siempre que se preserve la seguridad del paciente y se documente en el estándar de procesos prioritarios.

16.2.3 Criterios diferenciales razonables en el estándar de dotación

Los prestadores de servicios de salud que oferten servicios en municipios con condiciones especiales podrán acreditar el cumplimiento del estándar de dotación bajo las siguientes condiciones:

- *Uso compartido de equipos biomédicos.* Los equipos biomédicos clasificados como clase I y IIA podrán ser compartidos entre prestadores de servicios de salud del mismo municipio o de municipios cercanos, siempre que se cuente con acuerdos de uso compartido documentados y que los servicios se oferten en horarios diferentes en el REPS. El prestador deberá definir el cronograma de disponibilidad, garantizar el cumplimiento del mantenimiento preventivo y correctivo y del registro técnico de mantenimiento (RTM), así como asegurar la disponibilidad de los equipos biomédicos en los tiempos definidos en los procesos prioritarios.
- *Imágenes Diagnósticas.* El prestador de servicios de salud que oferte el servicio de imágenes diagnósticas podrá acreditar el cumplimiento del estándar de dotación mediante disponibilidad diferencial razonable orientados a garantizar la disponibilidad efectiva, oportuna y segura del servicio, a través de alguna de las siguientes modalidades:
 - *Acuerdos formales de disponibilidad asistencial:* Mediante acuerdos documentados, vigentes y verificables con otro prestador de servicios de salud que cuente con servicio de imágenes diagnósticas habilitados en el mismo municipio o, de no existir disponibilidad local, en el municipio geográficamente más cercano con capacidad resolutive. Estos acuerdos deberán garantizar acceso efectivo, tiempos definidos de atención, referencia y contrarreferencia, continuidad del servicio y disponibilidad de la tecnología requerida conforme al portafolio ofertado.
 - *Unidades móviles de imágenes diagnósticas:* Mediante la operación de unidades móviles habilitadas, propias o contratadas, que presten servicios de imágenes diagnósticas con una frecuencia mínima quincenal o con la periodicidad requerida según demanda poblacional, perfil epidemiológico y capacidad instalada del territorio, garantizando calidad técnica, seguridad del paciente, mantenimiento de equipos, gestión documental y cumplimiento de la normatividad vigente.

En ambos casos, el prestador deberá asegurar que la disponibilidad tecnológica sea suficiente para responder a las necesidades del servicio ofertado, manteniendo criterios de oportunidad diagnóstica, continuidad asistencial,

calidad técnica y articulación con los procesos clínicos y administrativos correspondientes.

- *Cadena de frío y biológicos.* Los prestadores de servicios de salud que no cuenten con acceso permanente a energía eléctrica estable, la cadena de frío para medicamentos y biológicos podrá garantizarse mediante equipos de refrigeración con sistemas de respaldo, tales como batería o panel solar, conforme con las disposiciones del INVIMA y del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

16.2.4 Criterios diferenciales razonables en el estándar de Medicamentos, Dispositivos Médicos, Insumos y Otras tecnologías en Salud

Los prestadores de servicios de salud que oferten servicios en municipios con condiciones especiales podrán acreditar el cumplimiento del estándar de Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos bajo las siguientes condiciones:

- *Servicio farmacéutico.* El prestador de servicios de salud podrá garantizar la prestación del servicio farmacéutico mediante modalidad intramural o extramural, conforme a su capacidad instalada, características territoriales, modelo de atención y condiciones de operación, asegurando en todo caso la disponibilidad, acceso oportuno, conservación, almacenamiento, dispensación segura y trazabilidad de medicamentos esenciales requeridos para la prestación de los servicios habilitados.

Para tal efecto, podrá implementar sistemas de distribución de medicamentos apoyados en reservas o existencias estratégicas de medicamentos esenciales, siempre que estas se encuentren bajo la responsabilidad técnica, supervisión, control y lineamientos operativos del servicio farmacéutico habilitado o bajo las condiciones formalmente definidas por este, de conformidad con la normatividad vigente.

- *Suministro de medicamentos.* El prestador de servicios de salud podrá garantizar el abastecimiento oportuno de medicamentos e insumos, así como la disponibilidad permanente del listado de medicamentos esenciales mediante acuerdo debidamente documentados con operadores logísticos de tecnologías en salud. La frecuencia de suministro deberá ajustarse a las condiciones logísticas del territorio y estar definida en los procesos prioritarios. En ningún caso, la periodicidad del suministro constituirá causal de incumplimiento del estándar, siempre que se garantice la disponibilidad permanente del stock mínimo de medicamentos esenciales bajo condiciones de almacenamiento, conservación, control de inventarios y trazabilidad de

conformidad con la normatividad vigente. El listado de medicamentos esenciales, el stock de mínimo de medicamentos y las condiciones de suministro deberán estar definidos y documentados en los procesos prioritarios del prestador.

- *Almacenamiento de medicamentos y biológicos.* Cuando el prestador no cuente con acceso a energía eléctrica estable, el almacenamiento de medicamentos y biológicos que requieren cadena de frío podrá realizarse mediante equipos de refrigeración con sistema de respaldo, tales como (plantas eléctricas, baterías o panel solar, que aseguren el mantenimiento continuo de las condiciones de temperatura por el tiempo que dure la supresión de la energía, conforme con las disposiciones del INVIMA y del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), garantizando la cadena de frío. El prestador garantizar el monitoreo, registro continuo y control de la temperatura, así como la implementación de medidas de contingencia ante fallas en la cadena de frío. Así mismo, deberá documentar el protocolo de mantenimiento y trazabilidad del cumplimiento de la cadena de frío en sus procesos prioritarios.
- *Insumos para modalidad extramural.* Los prestadores que oferten servicios de salud en la modalidad extramural deberán priorizar el uso de dispositivos médicos e insumos catalogados por el fabricante como de un solo uso, para los procedimientos realizados fuera de su sede habilitada, con el fin de garantizar la seguridad del paciente y las normas de bioseguridad cuando no sea viable la esterilización inmediata en el sitio de atención.

16.2.5 Criterios diferenciales razonables en el estándar de Procesos Prioritarios

Los prestadores de servicios de salud que oferten servicios en municipios con condiciones especiales podrán acreditar el cumplimiento del estándar de Procesos Prioritarios bajo las siguientes condiciones:

- *Información documentada.* El prestador de servicios de salud deberá incorporar, dentro del estándar de procesos prioritarios, la documentación integral, actualizada, verificable y operativamente funcional de la implementación de los criterios diferenciales, razonables y progresivos de habilitación aplicables conforme a lo establecido en el presente capítulo, garantizando su articulación con la prestación efectiva de los servicios habilitados, la gestión del riesgo, la continuidad asistencial y la seguridad del paciente. Dicha información deberá incluir, como mínimo:

- a) Los criterios, procedimientos, responsables y tiempos de respuesta para la activación, operación, monitoreo y seguimiento de la red de referencia y contrarreferencia, en el marco de las redes integrales de prestación de servicios de salud del municipio, territorio o región correspondiente.
- b) Los mecanismos de articulación funcional con otros prestadores, servicios complementarios, apoyo diagnóstico, transporte asistencial, disponibilidad especializada y demás componentes requeridos para garantizar integralidad en la atención.
- c) Los mecanismos de comunicación disponibles para la coordinación asistencial, incluyendo medios convencionales, alternativos o contingentes, así como protocolos definidos frente a limitaciones de conectividad, barreras geográficas o fallas en infraestructura tecnológica.
- d) Los procedimientos de contingencia implementados frente a limitaciones en recursos esenciales para la atención, incluyendo talento humano, infraestructura, dotación, tecnologías en salud, medicamentos, dispositivos médicos, servicios públicos esenciales y logística operativa.
- e) Los acuerdos formales, planes progresivos de adecuación, estrategias de seguimiento y demás instrumentos técnicos que respalden la implementación de condiciones diferenciales.
- f) El listado de medicamentos esenciales, mecanismos de abastecimiento, control de inventarios, conservación, almacenamiento, reposición, dispensación, seguimiento a fechas de vencimiento, farmacovigilancia y contingencia logística, los cuales deberán encontrarse plenamente documentados, garantizando seguridad del paciente, uso adecuado de tecnologías en salud, continuidad en la atención y cumplimiento de la normatividad vigente aplicable al servicio farmacéutico.

La información documentada deberá permitir la verificación técnica, operativa y administrativa del cumplimiento de los criterios diferenciales, asegurando trazabilidad, calidad, humanización, sostenibilidad y garantía efectiva del derecho a la salud en municipios con condiciones especiales.

- *Plan Hospitalario para Emergencias simplificado.* Los prestadores de servicios de salud ubicados en municipios con condiciones especiales incluirán dentro del Plan Hospitalario para Emergencias la adaptación de los servicios a su capacidad instalada, que incluya como mínimo: los escenarios de riesgo del territorio, los procedimientos de evacuación, los mecanismos de comunicación con la red de referencia y los acuerdos de apoyo mutuo

con otros prestadores o entidades del sistema de gestión del riesgo de desastres del municipio.

- *Información documentada intercultural.* Los prestadores de servicios de salud ubicados en territorios con presencia de comunidades étnicas deberán incorporar dentro del estándar de procesos prioritarios la información documentada relacionada con la atención intercultural, incluyendo procedimientos, rutas, protocolos, lineamientos, prácticas propias y demás instrumentos definidos o concertados con las comunidades y sus formas organizativas propias, siempre que sean validados por la autoridad sanitaria territorial competente.

Estos procesos deberán integrarse de manera complementaria a los protocolos clínicos, administrativos y asistenciales basados en evidencia científica establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, promoviendo una atención integral, culturalmente pertinente, respetuosa de los saberes propios, la autonomía territorial y el enfoque diferencial.

La documentación intercultural deberá contemplar, entre otros aspectos:

- a) Procedimientos de atención con enfoque diferencial étnico y territorial.
- b) Protocolos o rutas de articulación entre sistemas propios, tradicionales o comunitarios de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- c) Mecanismos de participación comunitaria y concertación territorial.
- d) Adecuaciones culturales en promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidado integral de la salud
- e) Estrategias de comunicación intercultural y mediación sociocultural.

Para pueblos y comunidades indígenas, se deberán observar las disposiciones establecidas en el Decreto 0480 de 2025, mediante el cual se implementa el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) como política de Estado en salud para los pueblos indígenas de Colombia.

Para pueblos y comunidades negras, afrodescendientes, raizales y palenqueras, se deberá dar cumplimiento a lo dispuesto en la Resolución 1964 de 2024, por medio de la cual se adopta el lineamiento para la implementación del enfoque diferencial étnico en salud para dichas comunidades en áreas urbanas y rurales.

La incorporación de estos procesos prioritarios interculturales deberá garantizar coherencia técnica, respeto por los derechos colectivos,

fortalecimiento de la atención territorial, seguridad del paciente y complementariedad entre enfoques científicos, comunitarios e interculturales.

16.2.6 Criterios diferenciales razonables en el estándar de Historia Clínica y Registros

Los prestadores de servicios de salud que oferten servicios en municipios con condiciones especiales podrán acreditar el cumplimiento del estándar de Historia Clínica y Registros bajo las siguientes condiciones:

- *Historia clínica en formato físico.* Los prestadores que no cuenten con conectividad permanente a internet podrán llevar la historia clínica en formato físico (papel), diligenciado los registros de atención de manera simultánea o inmediatamente después de la atención en salud, garantizando su integridad, confidencialidad, custodia y disponibilidad para la continuidad de la atención. El prestador deberá establecer un documentado para la custodia, el archivo y la transferencia de la historia clínica en el marco de la red de referencia y contrarreferencia, siempre que se dé cumplimiento a los contenidos mínimos establecidos en la Resolución 1995 de 1999 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.
- *Historia clínica electrónica diferida.* Los prestadores que presten servicios de salud en la modalidad extramural (jornada de salud, unidad móvil o domiciliaria) podrán registrar la historia clínica electrónica de manera diferida una vez se reestablezca la conectividad o dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la prestación del servicio cuando la conectividad en el sitio de atención no lo permita en tiempo real. Cuando el prestador no cuente con conectividad permanente, se debe asegurar que los registros de la atención extramural hagan parte integral de la historia clínica física de la persona. Para cualquiera de estas situaciones se debe garantizar la integridad e inalterabilidad del registro.
- *Transición hacia la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica.* Los prestadores comprendidos en el alcance de la presente Resolución avanzarán de manera progresiva hacia la implementación de la Historia Clínica Electrónica Interoperable, conforme con los plazos y condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, atendiendo a las capacidades operativas y de conectividad del territorio. Dicha transición se orientará por los siguientes criterios que se contemplarán dentro del plan de adecuación progresiva:

a) Condición general de interoperabilidad. Una vez el prestador cuente con sistemas de información electrónica, deberá garantizar que estos permitan el intercambio de información clínica de manera segura, estructurada y trazable, a través del sistema de interoperabilidad definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, preservando la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información.

b) Reportes de Datos de Atención (RDA). Cuando el prestador disponga de Historia Clínica Electrónica, deberá garantizar el envío de los Reportes de Datos de Atención (RDA) correspondientes a los servicios habilitados, de conformidad con la Resolución 1888 de 2025 y las normas que la modifiquen o sustituyan, en los plazos que para estos prestadores defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

c) Soluciones de bajo ancho de banda. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el MinTIC, promoverá y definirá la implementación de soluciones de Historia Clínica Electrónica interoperable adaptadas a entornos de baja conectividad, con el fin de facilitar la continuidad de la atención en el marco de las Redes Integrales e Integradas de Salud y el cumplimiento progresivo de los estándares de historia clínica para los prestadores de municipios con condiciones especiales.

d) Declaración de conocimiento y compromiso. Con la inscripción, habilitación de servicios o permanencia en el componente de Habilitación del SOGCS, el prestador de servicios de salud de municipios con condiciones especiales manifiesta, bajo su responsabilidad, que conoce y se compromete a avanzar progresivamente en el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica, conforme con los plazos y condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, en concordancia con lo previsto en la Ley 2015 de 2020, la Ley 1581 de 2012 y la Resolución 1888 de 2025.

- *Registros en modalidad intercultural.* En territorios con presencia de comunidades étnicas, el prestador podrá adaptar los formatos de registro de la historia clínica incorporando campos para documentar la medicina ancestral y tradicional utilizada, los agentes comunitarios de salud o médicos ancestrales y tradicionales que participaron en la atención y las prácticas culturales relevantes para la continuidad del

cuidado, sin que ello sustituya los registros clínicos exigidos por la normatividad vigente.

16.2.7 Criterios diferenciales razonables en el Estándar de Interdependencia

Los prestadores de servicios de salud que oferten servicios en municipios con condiciones especiales podrán acreditar el cumplimiento del estándar de Interdependencia bajo las siguientes condiciones:

- *Servicio de Imágenes diagnósticas.* La disponibilidad del servicio podrá soportarse mediante acuerdo documentado con un prestador habilitado en un municipio cercano, mediante la prestación del servicio modalidad extramural unidad móvil con frecuencia mínima quincenal.
- *Servicio de Laboratorio clínico.* La disponibilidad del servicio podrá soportarse mediante acuerdo documentado con un laboratorio clínico habilitado en el mismo municipio o en el municipio más cercano, con resultados disponibles en los tiempos definidos en los procesos prioritarios del prestador. En el caso de remitir las muestras a otro servicio de laboratorio clínico habilitado, se deberá garantizar la calidad de las muestras y los tiempos definidos para el oportuno y adecuado procesamiento y entrega oportuna de los resultados.
- *Servicio farmacéutico.* La disponibilidad del servicio podrá soportarse mediante un acuerdo documentado con servicio farmacéutico habilitado en el mismo municipio o en el municipio más cercano, definido en los procesos prioritarios del prestador.

16.2.8 Criterios diferenciales razonables para el transporte asistencial de pacientes fluvial, aéreo y marítimo.

En atención a las particularidades de la Amazonía, la Orinoquía, el Caribe y el Pacífico Colombiano, se establecen los siguientes criterios diferenciales para el transporte asistencial:

- *Modalidades de transporte.* Los prestadores de servicios de salud comprendidos en el alcance de la presente resolución podrán acreditar la disponibilidad diferencial razonable de transporte asistencial de pacientes mediante:

- a) Sede itinerante o unidad móvil fluvial, marítima o aérea, cuando la geografía del territorio haga inviable el transporte terrestre, con tiempos de respuesta ajustados a las condiciones logísticas del territorio y definidos en los procesos prioritarios del prestador.
- b) Acuerdo con entidad territorial o Fuerza Aérea Colombiana para el transporte aéreo médico en situaciones de urgencia vital, en los territorios donde esta sea la única alternativa disponible.
- *Dotación mínima del transporte fluvial y marítimo.* Para la habilitación del servicio de transporte asistencial en modalidad fluvial o marítima, de complejidad mediana, la dotación mínima requerida será la correspondiente al transporte en complejidad baja, salvo que el prestador decida prestar el servicio con la dotación de mediana complejidad.

16.2.9 Criterios diferenciales razonables para la prestación de servicios de salud en modalidades de telemedicina y extramural

En atención a las barreras geográficas y técnicas identificadas en los municipios con condiciones diferenciales, se establecen los siguientes criterios:

- *Modalidad Telemedicina.* Cuando el prestador de servicios de salud certifique ante la Secretaría de Salud Departamental o Distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, que no cuenta con la conectividad permanente a internet de banda ancha en su sede, la prestación de servicios de salud se podrá soportarse mediante la modalidad de telemedicina en la categoría de Telexperticia asincrónica la cual podrá realizarse a través de herramientas de comunicación disponibles en el territorio, tales como plataformas tecnológicas que garanticen la privacidad y seguridad de los datos clínicos digitales. En todo caso el prestador siempre deberá garantizar la calidad del registro y la trazabilidad de la atención en la historia clínica, la oportunidad de la atención por parte del prestador de referencia, y la definición de mecanismos de confidencialidad en el manejo de la información, acordes con los recursos disponibles. Lo anterior deberá estar definido y documentado en el estándar de procesos prioritarios.
- *Modalidad Telemedicina. Prestador nodo de servicio de referencia.* Cuando el prestador de servicios de salud habilite la modalidad de telemedicina como nodo de servicio de referencia para los prestadores que oferten servicios de salud en municipios con condiciones especiales,

se podrá tener la disponibilidad diferencial razonable de un ambiente que cumpla como mínimo con las siguientes características:

- Mínimo cuatro (4) m² por profesional, que garantice la privacidad y la confidencialidad durante la atención.
- Condiciones ambientales libres de interferencias visuales, con aislamiento acústico.
- Paredes, cielo rasos y piso lisos, sólidos y continuos, con acceso independiente, con el fin de garantizar la seguridad de los equipos y prevenir el ingreso de personas no autorizadas y, lavamanos, cuando lo requiera.
- Equipos de cómputo y conectividad que garanticen la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información utilizado (sincrónico o asincrónico).
- Plataformas tecnológicas que garanticen la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar el o los servicios, cumpliendo los criterios de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad vigente.
- Suministro de energía eléctrica o baterías que permitan el uso de los instrumentos de comunicación y de los equipos tecnológicos.
- Iluminación homogénea evitando contraluces y la presencia de elementos distractores, con el fin de asegurar condiciones adecuadas para la interacción clínica y la calidad visual durante la prestación del servicio.

Los requisitos del ambiente del nodo de referencia definidos en el presente numeral aplican al nodo de servicio de referencia y no al nodo remitir.

- *Modalidad Telemedicina:* Los profesionales independientes de salud que habiliten servicios de consulta externa especializada para oferta en municipios con condiciones especiales podrán registrar en el REPS su lugar de residencia como domicilio, como sede del nodo servicio de referencia.

16.2.10 Condiciones técnicas mínimas de conectividad por categoría de la modalidad telemedicina en municipios con condiciones especiales.

Nodo de servicio remitir

- Los prestadores de servicios de salud que operen en la modalidad de telemedicina en municipios con condiciones especiales que se describen en la presente norma, deberán garantizar condiciones técnicas mínimas de

conectividad que aseguren la calidad, continuidad e integridad de la atención prestada. Para cada categoría de telemedicina se establecen los siguientes umbrales básicos de referencia en cuanto a ancho de banda, latencia y estabilidad de conexión:

- Teleexpertise: ancho de banda mínimo de 2 Mbps simétricos y latencia menor a 150 ms, con estabilidad de conexión que garantice la transmisión continua de audio y video en tiempo real sin interrupciones que comprometan la valoración clínica.
 - Teleconsult synchronous interactive: ancho de banda mínimo de 1.5 Mbps simétricos y latencia menor a 200 ms, con condiciones de estabilidad suficientes para sostener una comunicación audiovisual fluida entre el profesional de salud y el paciente durante toda la sesión.
 - Teleconcept and teleconsult asynchronous: connectivity sufficient for the secure and complete transfer of clinical records, diagnostic images and relevant patient information, without the requirement of real-time communication, but ensuring the integrity and confidentiality of the data transmitted.
 - Telemonitoring: connectivity of low bandwidth with capacity for periodic and reliable transmission of biometric or clinical data packets, ensuring that the information arrives in full to the receiving system within the defined intervals for patient follow-up.
- Los dispositivos de cómputo, dispositivos médicos, equipos biomédicos, tecnologías de diagnóstico, software de captura de datos, software médico o demás herramientas tecnológicas que soporten la atención, cuando aplique, cuentan con interoperabilidad, certificados y los requisitos de registro ante el INVIMA.
 - Para la categoría de Teleexpertise:
 - Las plataformas tecnológicas integradas al sistema de historia clínica electrónica cuentan con interoperabilidad para el uso de equipos biomédicos, cuando lo requiera.
 - Las estaciones de cómputo cuentan con capacidad de procesamiento que garantice el funcionamiento simultáneo y continuo de las aplicaciones requeridas, dos monitores o pantallas independientes con resolución mínima de 1920 × 1080, y permiten la visualización simultánea de información (uno destinado a la videollamada y otro al diligenciamiento de la historia clínica o la revisión de ayudas diagnósticas), y garantizan la continuidad de la visualización, interacción y comunicación permanente entre los nodos.

- Las plataformas de videollamada cuentan con licenciamiento y certificación de seguridad e integridad de la información, con mecanismos de respaldo y recuperación de datos. Dichas plataformas podrán operar de manera independiente al software de historia clínica electrónica.
- Para la categoría de Teleconcepto:
 - Las plataformas tecnológicas utilizadas para el registro clínico cuentan con integración al sistema de historia clínica electrónica y garantizan la interoperabilidad para la carga de los soportes correspondientes, cumpliendo con los principios de seguridad de la información.
 - Las plataformas de videollamada cuentan con licencia y certificación de seguridad e integridad de la información, con mecanismos de respaldo y recuperación de datos. Dichas plataformas podrán operar de manera independiente al software de historia clínica electrónica.
 - El equipamiento tecnológico de hardware para la categoría de teleconcepto sincrónico interactivo cuenta con estaciones de cómputo fijas, móviles o portátiles, con capacidad de procesamiento que garantiza el funcionamiento simultáneo y estable de las aplicaciones, cuando se requiera, cuenta con autonomía que permite la movilidad del profesional dentro de los ambientes del nodo de servicio remitente y/o interoperabilidad para el uso de equipos biomédicos, que garantizan el acceso, la visualización de las condiciones del usuario y la comunicación con el nodo de servicio de referencia.
 - El equipamiento tecnológico de hardware para la categoría de teleconcepto asincrónico interactivo cuenta con estaciones de cómputo fijas con capacidad de procesamiento que garantiza el funcionamiento simultáneo, continuo y estable de las aplicaciones requeridas.
- Para la categoría de Teleconsulta:
 - Las plataformas tecnológicas utilizadas para cuenta con principios de seguridad de la información, incluyendo la confidencialidad, integridad, disponibilidad, autenticidad, trazabilidad y custodia de los datos clínicos.
 - Las plataformas de videollamada cuentan con licencia y certificación de seguridad e integridad de la información, con mecanismos de respaldo y recuperación de datos. Dichas plataformas podrán operar de manera independiente al software de historia clínica electrónica.
- Para la categoría de Telemonitoreo:

- Las plataformas de videollamada cuentan con licencia y certificación de seguridad e integridad de la información, con mecanismos de respaldo y recuperación de datos. Dichas plataformas podrán operar de manera independiente al software de historia clínica electrónica.
- Las plataformas tecnológicas utilizadas para cuenta con principios de seguridad de la información, incluyendo la confidencialidad, integridad, disponibilidad, autenticidad, trazabilidad y custodia de los datos clínicos.
- Las plataformas tecnológicas utilizadas para el registro clínico cuentan con integración al sistema de historia clínica electrónica y garantizan la interoperabilidad para la carga de los soportes correspondientes, cumpliendo con los principios de seguridad de la información.
- Los dispositivos médicos, equipos biomédicos, tecnologías de diagnóstico, software de captura de datos, software médico y/o demás herramientas tecnológicas que soporten la atención, cuentan con interoperabilidad, certificados y los requisitos de registro ante el INVIMA. En municipios con condiciones especiales, el prestador podrá utilizar dispositivos de bajo costo certificados por el INVIMA.

Nodo de servicio de referencia

Los prestadores de servicios de salud que operen en la modalidad de telemedicina en municipios con condiciones especiales que se describen en la presente norma, deberán garantizar condiciones técnicas mínimas de conectividad que aseguren la calidad, continuidad e integridad de la atención prestada. Para cada categoría de telemedicina se establecen los siguientes umbrales básicos de referencia en cuanto a ancho de banda, latencia y estabilidad de conexión:

- Telexperticia: ancho de banda mínimo de 2 Mbps simétricos y latencia menor a 150 ms, con estabilidad de conexión que garantice la transmisión continua de audio y video en tiempo real sin interrupciones que comprometan la valoración clínica.
- Teleconsulta sincrónica interactiva: ancho de banda mínimo de 1.5 Mbps simétricos y latencia menor a 200 ms, con condiciones de estabilidad suficientes para sostener una comunicación audiovisual fluida entre el profesional de salud y el paciente durante toda la sesión.
- Teleconcepto y teleconsulta asincrónica: conectividad suficiente para la transferencia segura y completa de archivos clínicos, imágenes diagnósticas e información relevante del paciente, sin requisito de comunicación en tiempo real, pero garantizando la integridad y confidencialidad de los datos transmitidos.
- Telemonitoreo: conectividad de baja banda con capacidad de transmisión periódica y confiable de paquetes de datos biométricos o clínicos, asegurando que la información llegue de forma íntegra al sistema receptor dentro de los intervalos definidos para el seguimiento del paciente.

- Los dispositivos de cómputo, dispositivos médicos, equipos biomédicos, tecnologías de diagnóstico, software de captura de datos, software médico o demás herramientas tecnológicas que soporten la atención, cuando aplique, cuentan con interoperabilidad, certificados y los requisitos de registro ante el INVIMA
- Para la categoría de teleexpertise:
 - Las estaciones de cómputo cuentan con capacidad de procesamiento que garantice el funcionamiento simultáneo y continuo de las aplicaciones requeridas, dos monitores o pantallas independientes con resolución mínima de 1920 × 1080, y permiten la visualización simultánea de información (uno destinado a la videollamada y otro al diligenciamiento de la historia clínica o la revisión de ayudas diagnósticas), y garantizan la continuidad de la visualización, interacción y comunicación permanente entre los nodos.
 - Las plataformas de videollamada cuentan con licenciamiento y certificación de seguridad e integridad de la información, con mecanismos de respaldo y recuperación de datos. Dichas plataformas podrán operar de manera independiente al software de historia clínica electrónica.
- Para la categoría de Teleconcepto:
 - Las estaciones de cómputo cuentan con capacidad de procesamiento que garantice el funcionamiento simultáneo y continuo de las aplicaciones requeridas, dos monitores o pantallas independientes con resolución mínima de 1920 × 1080, y permiten la visualización simultánea de información (uno destinado a la videollamada y otro al diligenciamiento de la historia clínica, los registros clínicos y/o la revisión de ayudas diagnósticas), y garantizan la continuidad de la visualización, interacción y comunicación permanente entre los nodos.
 - Las plataformas tecnológicas utilizadas para el registro clínico cuentan con integración al sistema de historia clínica electrónica y garantizan la interoperabilidad para la carga de los soportes correspondientes, cumpliendo con los principios de seguridad de la información.
 - Las plataformas de videollamada cuentan con licencia y certificación de seguridad e integridad de la información, con mecanismos de respaldo y recuperación de datos. Dichas plataformas podrán operar de manera independiente al software de historia clínica electrónica.

- Para la categoría de Teleconsulta:
 - Las estaciones de cómputo cuentan con capacidad de procesamiento que garantice el funcionamiento simultáneo y continuo de las aplicaciones requeridas, dos monitores o pantallas independientes con resolución mínima de 1920 × 1080, y permiten la visualización simultánea de información (uno destinado a la videollamada y otro al diligenciamiento de la historia clínica, los registros clínicos y/o la revisión de ayudas diagnósticas), y garantizan la continuidad de la visualización, interacción y comunicación permanente entre los nodos.
 - Las plataformas tecnológicas utilizadas para cuenta con principios de seguridad de la información, incluyendo la confidencialidad, integridad, disponibilidad, autenticidad, trazabilidad y custodia de los datos clínicos.
 - Las plataformas de videollamada cuentan con licencia y certificación de seguridad e integridad de la información, con mecanismos de respaldo y recuperación de datos. Dichas plataformas podrán operar de manera independiente al software de historia clínica electrónica.
- Para la categoría de Telemonitoreo:
 - Las plataformas de videollamada cuentan con licencia y certificación de seguridad e integridad de la información, con mecanismos de respaldo y recuperación de datos. Dichas plataformas podrán operar de manera independiente al software de historia clínica electrónica.
 - Las plataformas tecnológicas utilizadas para cuenta con principios de seguridad de la información, incluyendo la confidencialidad, integridad, disponibilidad, autenticidad, trazabilidad y custodia de los datos clínicos.
 - Las plataformas tecnológicas utilizadas para el registro clínico cuentan con integración al sistema de historia clínica electrónica y garantizan la interoperabilidad para la carga de los soportes correspondientes, cumpliendo con los principios de seguridad de la información.
 - Cuando se requiera la implementación de tableros de control cuenta con hardware y software para seguimiento en tiempo real y plataformas de comunicación con el nodo de servicio remitir.
 - Cuando se requiera la implementación de tableros o centrales de monitoreo para la categoría de telemonitoreo al interior de un prestador, el prestador cuenta con infraestructura tecnológica, hardware y software especializado que permita el seguimiento clínico en tiempo real o diferido de los usuarios, mediante plataformas interoperables con dispositivos médicos y sistemas de información en salud. Cuenta con herramientas para la visualización, captura, recepción, análisis y trazabilidad de datos clínicos, generación priorización de alertas, georreferenciación cuando aplique, monitoreo de



eventos críticos, comunicación bidireccional con el nodo de servicio remitir y mecanismos de respaldo, almacenamiento y seguridad de la información, garantizando continuidad operativa, disponibilidad y soporte para la toma oportuna de decisiones clínicas.