



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2026

()

Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en los artículos 173 numeral 3 de la Ley 100 de 1993, 56 de la Ley 715 de 2001, 58 de la Ley 1438 de 2011, y numeral 14 del artículo 2 del Decreto 120 de 2026, en desarrollo de los capítulos 1, 2, 3 y 7 del Título I de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, y

CONSIDERANDO

Que en cumplimiento de lo previsto en el párrafo 1 del artículo 2.5.1.2.2 del Decreto 780 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Que la Resolución 077 de 2007 estableció los lineamientos para la formación de verificadores de condiciones de habilitación de servicios de salud, los cuales requieren ser actualizados de conformidad con los estándares, criterios y modalidades de prestación de servicios incorporados en la presente resolución; en consecuencia, resulta necesario derogar dicho acto administrativo y facultar al Ministerio de Salud y Protección Social para expedir los lineamientos técnicos que regirán el diseño, la implementación y el desarrollo del diplomado de formación de verificadores de condiciones de habilitación de servicios de salud.

Que mediante la Resolución 3100 de 2019 se definieron los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, adoptándose el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el artículo 23 de la Resolución 3100 de 2019 establece que la actualización del Sistema Único de Habilitación se realizará de manera permanente y periódica, mediante el análisis de las condiciones, estándares y criterios allí definidos, tomando en consideración los hallazgos y requerimientos del sector, las innovaciones que permitan disponer de alternativas en la prestación de los servicios y la minimización de los riesgos en la prestación de los servicios de salud. En desarrollo de dicho mandato, la presente resolución introduce ajustes orientados a responder a los requerimientos identificados en los territorios con condiciones especiales.

Que el Manual adoptado mediante la Resolución 3100 de 2019 reconoce la existencia de zonas especiales de dispersión geográfica y contempla las modalidades intramural, extramural y telemedicina como formas de prestación de servicios de salud en condiciones particulares. Sin embargo, dicho instrumento no desarrolló criterios específicos adaptados a la escala poblacional y a las condiciones estructurales de los pequeños municipios, los territorios con presencia de comunidades étnicas ni las zonas priorizadas en los programas de desarrollo territorial, ámbito que requiere regulación específica, el cual es objeto de regulación en la presente resolución

Continuación de la Resolución: *“Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.*

Que, posteriormente, se expidieron las Resoluciones 544 de 2023 y 465 de 2025, mediante las cuales se modificó la Resolución 3100 de 2019 con el propósito de adecuar aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del proceso de construcción participativa de la presente resolución, recibió insumos técnicos de los departamentos de Antioquia, Boyacá, Caldas, Casanare, Chocó, Guainía, Huila, Meta, Risaralda y Valle del Cauca, así como de prestadores de servicios de salud públicos del nivel primario de estos territorios. Dichos insumos documentan de manera convergente las siguientes dificultades estructurales: (i) rigidez normativa frente a las realidades rurales; (ii) escasez y alta rotación del talento humano; (iii) deficiente infraestructura de servicios básicos —agua, energía eléctrica y conectividad—; (iv) barreras para habilitar el transporte asistencial fluvial y aéreo; (v) ausencia de criterios interculturales para la atención de comunidades étnicas; y (vi) limitaciones para implementar la telemedicina y las modalidades extramurales. Estos insumos constituyen la base empírica que sustenta los ajustes definidos en la presente resolución.

Que, de manera complementaria, entre el 3 de septiembre de 2024 y el 30 de abril de 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social adelantó mesas de trabajo entre la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud y la Dirección de Prestación de Servicios, con la participación de agremiaciones, sociedades científicas, representantes de la academia y demás actores del Sistema de Salud, para la revisión, análisis y actualización del estándar de talento humano establecido en el Sistema Único de Habilitación adoptado mediante la Resolución 3100 de 2019.

Que las condiciones geográficas, demográficas, culturales y de disponibilidad de recursos propias de amplios territorios del país generan barreras estructurales que impiden a los prestadores de servicios de salud allí ubicados cumplir, en los mismos términos y plazos, las condiciones de habilitación previstas con carácter general.

Que en reconocimiento de esta realidad, y en desarrollo de los principios de equidad, proporcionalidad y enfoque diferencial que orientan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se hace necesario establecer criterios de habilitación diferenciales, razonables y progresivos para los prestadores ubicados en municipios con condiciones especiales, garantizando en todo caso la seguridad del paciente como límite infranqueable de la flexibilización regulatoria.

Que las adaptaciones a los criterios de habilitación establecidos en la presente resolución se orientan por un enfoque diferencial, razonable y progresivo, encaminado a optimizar los resultados en salud mediante el equilibrio entre la efectividad técnica, la seguridad del paciente y el uso eficiente de los recursos, armonizando las exigencias estructurales con la realidad operativa de los pequeños municipios, en concordancia con los principios de progresividad y no regresividad del derecho a la salud.

Que las adaptaciones superan el juicio de razonabilidad y proporcionalidad constitucional, en tanto son adecuados para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud en municipios con condiciones especiales; necesarios, por cuanto no existe medida alternativa menos restrictiva que produzca resultados equivalentes; y proporcionales en sentido estricto, pues el beneficio en términos de acceso, continuidad y equidad en salud supera las afectaciones a los estándares generales de habilitación, sin comprometer la seguridad del paciente ni la calidad de la atención, en concordancia con el principio de progresividad del derecho a la salud consagrado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Que, en consecuencia, resulta imperativo adoptar medidas razonables y progresivas para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud en todos los territorios del país, con especial atención a los pequeños municipios, las zonas rurales dispersas y los territorios con presencia de comunidades étnicas.

Continuación de la Resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.

Que la Resolución 3100 de 2019 ha sido objeto de sucesivas modificaciones mediante actos administrativos posteriores, lo que ha generado una dispersión normativa que dificulta su aplicación uniforme por parte de los prestadores de servicios de salud, las entidades territoriales y los organismos de inspección, vigilancia y control. En consecuencia, resulta necesario compilar e integrar en un único cuerpo normativo las disposiciones vigentes del Sistema Único de Habilitación, de manera que se garantice la coherencia, claridad y accesibilidad del marco regulatorio aplicable. Asimismo, se hace imperativo actualizar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud para incorporar las modificaciones regulatorias adoptadas, asegurar su articulación con los estándares técnicos y tecnológicos vigentes, y proveer a los sujetos obligados de un instrumento normativo unificado que facilite el cumplimiento de las condiciones de habilitación y el ejercicio de la función de inspección, vigilancia y control por parte de las autoridades competentes.

Que teniendo en cuenta lo anterior, se requiere definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Capítulo 1

Objeto y ámbito de aplicación

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones de habilitación de los servicios de salud, definir el procedimiento para la actualización de los criterios de habilitación y, adoptar los anexos técnicos denominados “Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud Tomo I y Tomo II”, los cuales serán publicados en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. La presente resolución, incluido el documento técnico aquí adoptado no establece competencias para el talento humano, dado que las mismas se encuentran definidas en los programas académicos aprobados por el Ministerio de Educación Nacional.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente resolución aplica a:

- 2.1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- 2.2. Los profesionales independientes de salud.
- 2.3. El transporte especial de pacientes.
- 2.4. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud.
- 2.5. Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal.
- 2.6. La Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. Están exceptuados del cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución los servicios de salud que se presten intramuralmente en los establecimientos carcelarios y penitenciarios a los que les aplique el modelo de atención en salud definido en la Ley 1709 de 2014, así como las organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro y las unidades de salud como formas propias de organización para el funcionamiento del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), las cuales se regirán por la normatividad específica que les resulte aplicable de acuerdo con su naturaleza.

Igualmente, están exceptuadas las entidades que presten servicios de salud pertenecientes a los regímenes especial y de excepción establecidos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993. No obstante, dichas entidades deberán cumplir con lo previsto en la presente resolución cuando voluntariamente decidan inscribirse como prestadores de servicios de

Continuación de la Resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.

salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud o cuando, de manera obligatoria, pretendan ofertar y contratar servicios en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 3. Condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud. Los prestadores de servicios de salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS), deben cumplir las siguientes condiciones:

- 3.1. Capacidad técnico-administrativa.** Aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entidades con objeto social diferente y transporte especial de pacientes.
- 3.2. Suficiencia patrimonial y financiera.** Aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Transporte Especial de Pacientes.
- 3.3. Capacidad tecnológica y científica.** Aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Profesionales independientes de salud, Entidades con objeto social diferente, y Transporte Especial de Pacientes.

Parágrafo 1. Las condiciones de habilitación, definiciones, estándares y criterios aplicables son los establecidos en los Tomos I y II del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado mediante la presente resolución. La verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación se circunscribirá exclusivamente a los requisitos contenidos en dicho Manual, los cuales constituyen las condiciones esenciales para garantizar la calidad y la seguridad 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 o condiciones derivados de otras disposiciones normativas, cuya verificación corresponde a las instancias competentes en cada materia.

Parágrafo 2. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, que al momento de su autoevaluación o de la verificación de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital o de la entidad que tenga a cargo dichas competencias, se encuentren bajo medida especial de intervención forzosa administrativa para administrar ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud o se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la normatividad vigente en la materia, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de intervención, de reestructuración o el proceso concordatario.

Capítulo 2

Autoevaluación e inscripción en el Registro Especial para la Prestación de Servicios de Salud

Artículo 4. Inscripción y habilitación. Todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial para la Prestación de Servicios de Salud (REPS), registrando como mínimo una sede con infraestructura física y por lo menos un servicio habilitado. La inscripción y habilitación debe realizarse en los términos establecidos en el Tomo I del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Artículo 5. Autoevaluación de las condiciones de habilitación. La autoevaluación es el mecanismo de verificación de las condiciones de habilitación establecidas en el Tomo I del Manual de Prestadores y de Habilitación de Servicios de Salud, que efectúa periódicamente el prestador de servicios de salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el Registro Especial para la Prestación de Servicios de Salud (REPS).

La autoevaluación es un requisito en los siguientes casos:

- 5.1.** De manera previa a la inscripción del prestador de servicios de salud y habilitación del o los servicios.

Continuación de la Resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.

- 5.2. Durante el cuarto año de la vigencia de la inscripción inicial del prestador de servicios de salud y antes de su vencimiento.
- 5.3. Antes del vencimiento del término de renovación anual de la inscripción de que trata el artículo 10 de la presente resolución.
- 5.4. De manera previa al reporte de las novedades, para aquellas que señale el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Parágrafo. Cuando el prestador de servicios de salud realice la autoevaluación a los servicios y evidencie el incumplimiento de una o más condiciones de habilitación, deberá abstenerse de registrar, ofertar y prestar el servicio.

Artículo 6. Autoevaluación de prestadores de servicios de salud con medidas de seguridad. Los prestadores de servicios de salud que tengan una medida de seguridad que implique el cierre de una o varias sedes o de uno o varios servicios en la entidad territorial donde esté funcionando, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud o la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, y que durante dicha medida se cumpla el término para realizar la autoevaluación, deberán realizarla para los servicios que no se afectaron con la medida en los términos establecidos en el artículo 5 de la presente resolución.

Cuando la medida de seguridad de una o varias sedes o de uno o varios servicios, sea levantada y registrada en el REPS, el prestador de servicios de salud dentro de los quince (15) días calendario siguientes realizará la autoevaluación de tales servicios, de no hacerlo en este plazo, le será inactivada su inscripción o habilitación de los servicios afectados por la medida de seguridad de cierre.

Los prestadores de servicios de salud que tengan una medida de seguridad que implique el cierre de la totalidad de las sedes en la entidad territorial donde esté funcionando, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud o la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, y que durante la vigencia de la medida se cumpla el término para realizar la autoevaluación, esta deberá ser efectuada por el prestador y registrada en el REPS dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al levantamiento de la medida por parte de la autoridad competente y a su registro en el REPS, de no hacerlo en ese plazo se inactivará el prestador. Transcurrido un (1) año desde que se cumplió el término para realizar la autoevaluación, sin que la medida sea levantada, se inactivará el prestador.

Artículo 7. Requisitos para el trámite de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud en el REPS. Para que un prestador de servicios de salud se inscriba y habilite servicios en el Registro Especial para la Prestación de Servicios de Salud (REPS), deberá:

- 7.1. Ingresar a la página web de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, ubicar y seleccionar el enlace de inscripción de prestadores de servicios de salud del aplicativo REPS, y:
 - a) Determinar la sede o sedes donde va a funcionar,
 - b) Determinar el o los servicios a habilitar, la complejidad, la modalidad, la capacidad instalada y las especificidades cuando las oferte, de acuerdo con la taxonomía de los servicios definidos en el REPS,
 - c) Diligenciar el formulario de inscripción en el REPS.
 - d) Diligenciar la declaración de la autoevaluación por cada uno de los servicios a ofertar.
 - e) Imprimir o descargar en medio magnético el formulario de inscripción.
- 7.2. Radicar, en medio físico, magnético o electrónico, según lo dispuesto por la Secretaría de Salud Departamental o Distrital competente, o la entidad que haga sus veces, el formulario de inscripción, el documento de declaración de la autoevaluación del

Continuación de la Resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.

cumplimiento de las condiciones de habilitación y los demás soportes definidos en el Tomo I Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá de manera progresiva las condiciones para que los trámites de inscripción, habilitación y reporte de novedades se realicen en su totalidad por medios electrónicos, de conformidad con los avances tecnológicos del aplicativo REPS y la conectividad disponible en los territorios.

Artículo 8. Procedimiento de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. Una vez recibido el formulario de inscripción con los soportes establecidos en el Tomo I del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, deberá:

- 8.1** Ingresar a su página web y ubicará en el REPS el formulario de inscripción diligenciado por el interesado.
- 8.2** Verificar que los soportes entregados con el formulario correspondan a los previstos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. En caso de no corresponder, los devolverá al interesado indicando las inconsistencias documentales o la información faltante.
- 8.3** Asignar el código de inscripción al prestador de servicios de salud si el formulario y los soportes se encuentran completos y cumplen con los requisitos establecidos en la presente resolución.
- 8.4** Programar y realizar visita de verificación previa o de reactivación, cuando corresponda, de acuerdo con su competencia y conforme a lo establecido en la presente resolución.
- 8.5** Registrar la inscripción del prestador de servicios de salud en el REPS y simultáneamente expedir la constancia de habilitación y autorizar la generación del distintivo de habilitación de los servicios, momento a partir del cual se considera inscrito el prestador de servicios de salud y habilitado el servicio o los servicios, los cuales podrán ser ofertados y prestados.

Parágrafo. La Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias contará con un plazo máximo de quince (15) días calendario a partir de la radicación del formulario de inscripción, para realizar el procedimiento establecido en el numeral 5 del presente artículo. Cumplido este plazo, si no se surte lo descrito en dicho numeral y tratándose de servicios que no requieren visita previa, el procedimiento se entenderá surtido y el REPS generará de forma automática la inscripción del prestador de servicios de salud, expedirá la constancia de habilitación y autorizará al prestador la generación del distintivo de habilitación de los servicios.

Artículo 9. Responsabilidad. El prestador de servicios de salud que habilite un servicio es el responsable del cumplimiento y mantenimiento de todos los estándares y criterios de habilitación aplicables a ese servicio, independientemente que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas que aporten al cumplimiento de éstos y de las figuras contractuales o acuerdos de voluntades que se utilicen para tal fin. El servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador de servicios de salud responsable del mismo. No se permite la doble habilitación de un servicio.

Artículo 10. Vigencia de la inscripción en el REPS. La inscripción inicial de cada prestador de servicios de salud en el REPS 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 que tenga a cargo dichas competencias, haya realizado la inscripción del prestador conforme a lo definido en el numeral 5 del artículo 8 de la presente resolución.

La inscripción inicial del prestador podrá ser renovada por el término de un (1) año siempre y cuando haya realizado la autoevaluación y esta haya sido declarada en el REPS durante el cuarto año de inscripción inicial y antes de su vencimiento.

Continuación de la Resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.

Las renovaciones posteriores tendrán vigencia de un (1) año, previa autoevaluación de las condiciones de habilitación y declaración en el REPS, antes del vencimiento de cada año.

El prestador de servicios de salud cuya inscripción en el REPS haya sido inactivada y desee volver a inscribirse, esta tendrá vigencia de un (1) año, así como sus renovaciones, previa autoevaluación de las condiciones de habilitación y su declaración en el REPS.

Parágrafo 1. Entiéndase por inscripción inicial aquella que realiza el prestador de servicios de salud que ingresa al REPS por primera vez. La reactivación de la inscripción de un prestador luego de su inactivación no se entiende como inscripción inicial.

Parágrafo 2. La inscripción del prestador de servicios de salud podrá ser revocada en cualquier momento por la Superintendencia Nacional de Salud o la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, 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.

Artículo 11. Consecuencias de la no autoevaluación inicial y periódica. Se inactivará la inscripción de un prestador de servicios de salud cuando no realice la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados y su respectiva declaración en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), dentro del término previsto en la presente resolución.

Cuando un prestador con inscripción inactiva desee reactivar su inscripción y habilitar servicios de salud, deberá cumplir el procedimiento establecido en el artículo 7 de la presente resolución, actualizar la información de contacto registrada (dirección, nombre e identificación del representante legal, teléfono y correo electrónico) y solicitar la visita de reactivación ante la Secretaría de Salud Departamental o Distrital competente, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. La Secretaría de Salud Departamental o Distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, dispondrán de un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la radicación de la solicitud, para realizar la visita de reactivación.

Cuando el prestador de servicios de salud no realice la autoevaluación de uno o más servicios habilitados o no efectúe la correspondiente declaración en el REPS, se inactivarán dichos servicios. Para su reactivación, el prestador deberá realizar la autoevaluación y la declaración correspondiente en el REPS.

Tratándose de servicios de alta complejidad, urgencias, atención del parto, transporte asistencial u oncológicos, la reactivación estará sujeta a visita previa de verificación por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital competente, o de la entidad que tenga a cargo dichas competencias. Para tal efecto, la autoridad competente contará con un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la radicación de la solicitud de reactivación, para realizar la visita correspondiente.

Capítulo 3

Novedades y cierre de servicios

Artículo 12. Novedades. Los prestadores de servicios de salud están en la obligación de reportar las novedades ante la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, diligenciando en línea el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de cada entidad territorial, cumpliendo con los requerimientos definidos en el Tomo I del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud,

Se consideran novedades las que se encuentran definidas en el Tomo I del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Continuación de la Resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 13. Cierre temporal de servicios. El prestador de servicios de salud podrá reportar el cierre temporal de uno o más servicios habilitados por un período máximo de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de registro de la novedad de cierre temporal en el REPS. Vencido dicho plazo sin que se haya reportado la novedad de reactivación del servicio, este se inactivará en el REPS. Para su posterior habilitación, el prestador deberá surtir nuevamente el procedimiento de habilitación del servicio.

El cierre temporal podrá comprender la totalidad de los servicios habilitados en una sede sin que ello implique el cierre de esta. No obstante, si transcurrido el término señalado en el inciso anterior el prestador no ha reportado la reactivación de al menos uno de los servicios cerrados temporalmente o no ha habilitado al menos un servicio en la sede, esta será inactivada en el REPS.

Cuando se trate de servicios de alta complejidad, urgencias, atención del parto, oncológicos o transporte asistencial, la reactivación estará sujeta a visita previa de verificación por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital competente, o de la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

Los prestadores de servicios de salud que reporten el cierre temporal de uno o más de los siguientes servicios: urgencias, atención del parto, hospitalización pediátrica o cuidado intensivo, deberán informar por escrito dicha situación a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital competente, o a la entidad que tenga a cargo dichas competencias, así como a las entidades responsables de pago con las cuales tengan acuerdos de voluntades vigentes, con una antelación mínima de dos (2) meses al reporte de la novedad en el REPS. Lo anterior, con el fin de que se adopten las medidas necesarias para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria.

Capítulo 4

Visitas de verificación

Artículo 14. Visita de verificación previa. Se requiere visita de verificación previa en los siguientes casos:

- 14.1** Para habilitar nuevos servicios oncológicos, de urgencias, atención del parto, transporte asistencial y todos los servicios de alta complejidad, se realizará visita de verificación previa por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias dentro de los seis (6) meses siguientes al cumplimiento de las condiciones definidas en el numeral 4 del artículo 8 de la presente resolución.
- 14.2** Para inscribir una nueva institución prestadora de servicios de salud se realizará visita de verificación previa por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, dentro de los seis (6) meses siguientes al cumplimiento de las condiciones definidas en el numeral 4 del artículo 8 de la presente resolución.
- 14.3** Para cambiar la complejidad de un servicio de baja o mediana complejidad a alta complejidad, se realizará visita de verificación previa por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias dentro de los seis (6) meses siguientes al cumplimiento de las condiciones definidas en el numeral 4 del artículo 8 de la presente resolución. El servicio continuará prestándose en la complejidad inicial hasta tanto sea habilitado en la nueva complejidad.

En toda visita de verificación previa, los estándares relacionados con talento humano, historia clínica y registros, procesos prioritarios y medicamentos, dispositivos médicos e insumos, se verificarán con base en la planeación que al respecto tenga el prestador de servicios de salud y no se exigirá el resultado de los referidos estándares.

Si al realizar la visita de verificación previa, el prestador de servicios de salud o el servicio no cumple con las condiciones de habilitación establecidas en los Tomos I y II del Manual

Continuación de la Resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.

de Inscripción de Prestadores y Habilitación de los Servicios de Salud, la entidad a cargo de la visita registrará en el REPS los resultados y el prestador de servicios de salud deberá iniciar nuevamente el trámite de inscripción del prestador o habilitación del servicio en los términos definidos en la presente resolución.

Artículo 15. Visita de certificación. Es realizada por la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, con posterioridad a la habilitación de los servicios de salud y de conformidad con la programación establecida en el plan de visitas de verificación, con el fin de verificar y certificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación.

Las Secretarías de Salud Departamental o Distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables a los servicios verificados, autorizará al prestador de servicios de salud, a través del REPS, la generación del certificado de cumplimiento de las condiciones de habilitación de los servicios de salud verificados, en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados a partir de la fecha de cierre de la visita.

En el marco de las visitas de certificación únicamente podrán adoptarse las medidas de seguridad previstas en los literales a) y b) del artículo 576 de la Ley 9 de 1979 o la norma que la modifique o sustituya, cuando se evidencie la ocurrencia de hechos o situaciones que atenten o puedan representar un riesgo para la salud individual o colectiva. Dichas medidas tendrán carácter preventivo y transitorio. En los demás casos, podrán adoptarse las medidas sanitarias de seguridad previstas en el citado artículo, cuando haya lugar a ello.

Parágrafo. A la institución prestadora de servicios de salud, objeto de intervención forzosa administrativa para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, no se le realizará visita de certificación. La Superintendencia Nacional de Salud verificará que dichas instituciones cumplan con las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras correspondientes.

Artículo 16. Visita de reactivación. La visita de reactivación es la que se realiza por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias y procede en los siguientes casos:

- 16.1.** Cuando una Institución prestadora de servicios de salud se encuentra inactiva en el REPS como consecuencia de no haber realizado la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados y requiere activar su inscripción y habilitación.
- 16.2.** Cuando un prestador de servicios de salud tenga inactivos los servicios de alta complejidad, urgencias, atención del parto, transporte asistencial y oncológico, como consecuencia de no haber realizado la autoevaluación de estos y requiera reactivar su habilitación.
- 16.3.** Cuando un prestador de servicios de salud tenga inactivos servicios de alta complejidad, urgencias, atención del parto, transporte asistencial y oncológicos como consecuencia de realizar una novedad de cierre temporal de alguno de estos y dejó transcurrir más de seis meses sin haber gestionado la novedad de reactivación del o de los servicios y requiera reactivar su habilitación.

La Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, realizará las visitas de reactivación dentro un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados a partir del momento de la radicación de la solicitud.

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

Parágrafo. Mientras no se realice la visita de reactivación de que trata el presente artículo y no se verifique el cumplimiento de los criterios de habilitación correspondientes al servicio

Continuación de la Resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.

objeto de la solicitud, este no podrá ser reactivado ni podrá prestarse, so pena de las consecuencias previstas en la normatividad vigente para la prestación de servicios sin las condiciones de habilitación exigidas.

Artículo 17. Plan de visitas de verificación de condiciones de habilitación. Las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales competentes, o las entidades que tengan a su cargo dichas competencias, deberán formular y ejecutar anualmente un plan de visitas de verificación de las condiciones de habilitación a los prestadores de servicios de salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) de su jurisdicción, con el propósito de verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación.

El plan deberá formularse a más tardar el 30 de noviembre de la vigencia inmediatamente anterior a aquella en la que será ejecutado, y registrarse en el REPS a más tardar el 20 de diciembre de la misma vigencia. La Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento del registro del plan y su ejecución, para lo cual tendrá acceso a la información contenida en el REPS.

Para la formulación del plan de visitas de verificación se deberá observar el siguiente orden de prioridad:

Los servicios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

- 17.1** Los servicios oncológicos habilitados.
- 17.2** Los servicios oncológicos que reporten alguna de las siguientes novedades: apertura de modalidad, reactivación de servicio o traslado de servicio.
- 17.3** Los prestadores de servicios de salud que no han tenido visita de verificación desde su inscripción.
- 17.4** Los servicios para la atención del parto que no hayan sido visitados en los últimos cuatro (4) años inmediatamente anteriores a la formulación del plan de visitas de cada vigencia.
- 17.5** Los prestadores de servicios que tengan habilitados servicios quirúrgicos de cirugía plástica y estética.
- 17.6** Los prestadores de servicios que se postulen ante el ente acreditador y no cuenten con certificación de habilitación. La visita de verificación se realizará en un término no mayor a tres (3) meses contados a partir de la solicitud presentada a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.
- 17.7** Los prestadores de servicios que se postulen para conformar organizaciones funcionales y requieran la certificación de habilitación no mayor a un año. Dicha visita de verificación se realizará en un término no mayor a tres (3) meses contados a partir de la solicitud presentada ante la instancia pertinente.
- 17.8** Prestadores de servicios de salud que realicen la novedad de cambio de NIT y continúen prestando los servicios de salud en el mismo domicilio y sede de manera ininterrumpida.
- 17.9** Las demás visitas que las Secretarías de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, definan en ejercicio de sus funciones.

Las visitas de verificación de condiciones de habilitación deben ser comunicadas al prestador como mínimo con un (1) día hábil de antelación y por medios físicos o electrónicos. Comunicada la visita, el prestador de servicios de salud no podrá presentar novedades mientras esta no haya concluido.

El plan de visitas de verificación de las condiciones de habilitación no excluye la realización de visitas de inspección, vigilancia y control, visitas previas ni aquellas que deban efectuarse en ejercicio de las competencias de las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales, o de las entidades que tengan a su cargo dichas competencias, cuando estas sean

Continuación de la Resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.

necesarias para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud. Las visitas realizadas por cualquiera de estas causas harán parte del respectivo plan de visitas.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas no requerirán, durante la vigencia de la acreditación, visitas de verificación de las condiciones de habilitación. No obstante, aquellas que pretendan habilitar nuevos servicios de urgencias, oncología, alta complejidad, atención del parto o transporte asistencial deberán someterse a visita previa de verificación, de conformidad con lo dispuesto en la presente resolución.

La información de los prestadores de servicios de salud acreditados estará disponible en el REPS, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social adoptará las medidas necesarias para su implementación y actualización.

Artículo 18. Capacidad de inspección territorial. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del fortalecimiento de las capacidades institucionales de las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales o quien haga sus veces, para la realización de las visitas de verificación en territorios de difícil acceso, implementará las siguientes acciones:

1. El desarrollo y disposición de herramientas digitales y mecanismos de verificación remota que faciliten la realización de las visitas de verificación en las condiciones de acceso propias de cada territorio.
2. La capacitación y actualización permanente de los equipos responsables de la inspección, vigilancia y control en el nivel territorial.
3. La definición de lineamientos técnicos unificados para la realización de las visitas de verificación, que garanticen su aplicación homogénea en todo el territorio nacional.
4. La delegación de funciones de apoyo a la inspección a las Secretarías de Salud Municipales, conforme con la normatividad vigente.

En ningún caso la demora en la realización de las visitas de verificación por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o quien haga sus veces, será atribuible al prestador de servicios de salud.

Artículo 19. Procedimiento para dirimir las diferencias técnicas en visitas de verificación. Cuando se presenten diferencias de carácter técnico entre los resultados de la visita de verificación y la posición del prestador de servicios de salud, se seguirá el siguiente procedimiento:

1. **Primera instancia.** 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 dará respuesta dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la recepción de la solicitud.
2. **Segunda instancia.** Si la controversia no fuere resuelta en la primera instancia, tanto el prestador como la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o quien haga sus veces, podrán elevar la solicitud ante el Ministerio de Salud y Protección Social, para emisión de concepto técnico vinculante que dirimirá la controversia.

Capítulo 5

Disposiciones generales

Artículo 20. Exigibilidad de requisitos. Las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, no podrán exigir en el proceso de inscripción, habilitación y verificación, requisitos distintos a los que se establecen en la presente norma. Asimismo, dichas entidades no podrán negar la certificación de los servicios por el incumplimiento de requisitos distintos a los que se determinan en el presente acto administrativo.

Continuación de la Resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 21. Garantía de la prestación de servicios de salud. Cuando por incumplimiento de las condiciones de habilitación se presente el cierre de uno o varios servicios de una institución prestadora de servicios de salud y sea el único prestador de dichos servicios en su municipio o área no municipalizada del país, de manera independiente a su categoría y tamaño poblacional, la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en conjunto con el prestador y las entidades responsables de pago, deberá elaborar en un plazo de un mes (1), previo al cierre, un plan que permita la reubicación y la prestación de servicios a los pacientes, según sus necesidades y condiciones médicas.

En aquellos casos de cierre de servicios de una Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS por una intervención forzosa administrativa para liquidar o para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o por actuación administrativa para suprimir y liquidar por parte de la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, el prestador que asuma los servicios en el mismo domicilio y sedes, deberá efectuar el procedimiento de inscripción establecido en el artículo 7 de la presente resolución y habilitar los servicios que vaya a continuar prestando ante la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

El procedimiento de inscripción se realizará, siempre y cuando, las entidades responsables de pago que requieran estos servicios en su red para garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud comuniquen por escrito la necesidad de estos a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, entidad que realizará las actividades descritas en los numerales 1, 2, 3 y 5 del artículo 8 de la presente resolución, en lo que corresponde a la verificación documental, asignación del código de inscripción y registro en el REPS.

Se considera inscrito el prestador que cumpla el anterior procedimiento, momento a partir del cual podrá ofertar y prestar los servicios de salud correspondientes y requerirá únicamente visita de verificación de las condiciones de habilitación por Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, la cual se efectuará dentro los seis (6) meses siguientes a la asignación del código de inscripción del prestador de servicios de salud.

Artículo 22. Servicio de transporte asistencial. Los prestadores del servicio de transporte asistencial en ambulancia aérea, fluvial o marítima, así como los servicios de transporte asistencial y de atención prehospitalaria a cargo de los cuerpos de bomberos de Colombia, habilitarán el servicio ante la Secretaría de Salud Departamental o Distrital competente, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en la jurisdicción donde se encuentre ubicada la sede principal definida por el prestador. La habilitación otorgada producirá efectos en todo el territorio nacional, sin que se requiera su inscripción ante las demás Secretarías de Salud Departamentales o Distritales, o entidades que tengan a cargo dichas competencias, en las jurisdicciones donde se preste el servicio.

Los prestadores de servicios de salud que habiliten el servicio de transporte asistencial en ambulancia terrestre y realicen traslados de pacientes hacia departamentos o distritos diferentes de aquel en el que se encuentran inscritos podrán efectuar dichos traslados sin necesidad de habilitación adicional. No obstante, cuando la operación implique la prestación permanente del servicio y el traslado de pacientes en ambos sentidos entre dos o más jurisdicciones territoriales, deberán inscribirse y habilitar el servicio ante la Secretaría de Salud Departamental o Distrital competente, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, de la jurisdicción donde desarrollarán dicha operación.

La ambulancia terrestre destinada a la prestación de servicios de transporte asistencial interjurisdiccional solo podrá registrarse en un departamento o distrito.

Para lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social ajustará el REPS en un plazo máximo de seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, de

Continuación de la Resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.

manera que el registro de la capacidad instalada de ambulancias terrestres sea único ante una de las Secretarías de Salud.

Artículo 23. Responsabilidad en la validación de la información. Las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales, o las entidades que tengan a cargo dichas competencias, serán responsables de validar la información registrada por los prestadores de servicios de salud en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), así como de verificar, cuando corresponda, las condiciones de interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica en aquellos prestadores que la implementen de manera progresiva.

Cuando se identifiquen inconsistencias o errores en la información registrada, la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad competente, realizará las correcciones a que haya lugar, de conformidad con los procedimientos definidos para tal efecto.

El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá en el REPS los mecanismos, funcionalidades y herramientas necesarias para el cumplimiento de lo previsto en el presente artículo.

Artículo 24. Gratuidad. Las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales competentes, o las entidades que tengan a cargo dichas competencias, no podrán exigir pago alguno por concepto de inscripción, habilitación, visitas de verificación, visitas previas, visitas de reactivación, certificación de condiciones de habilitación, registro de novedades, actualización de información o cualquier otra actuación relacionada con el cumplimiento de las disposiciones previstas en la presente resolución.

Artículo 25. Procedimiento para la actualización de la norma. La actualización de las condiciones, estándares y criterios del Sistema Único de Habilitación se caracteriza por ser un proceso continuo, técnico, dinámico, participativo, transparente y validado por expertos, en el que prevalece el interés general sobre el particular.

Con una periodicidad máxima de dos (2) años, o en un término menor cuando las necesidades del sistema, la evolución tecnológica, las innovaciones en la prestación de servicios de salud, las condiciones epidemiológicas o los riesgos para la salud de la población así lo requieran, el Ministerio de Salud y Protección Social adelantará el procedimiento de actualización de las condiciones de habilitación, el cual comprenderá las siguientes fases:

25.1 Fase de nominación. En esta fase podrán participar los prestadores de servicios de salud, las entidades territoriales, las asociaciones científicas, los colegios profesionales, las asociaciones de usuarios, la academia y los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, quienes podrán presentar propuestas de inclusión, modificación, eliminación o ajuste de condiciones, estándares o criterios de habilitación.

25.2 Fase de análisis técnico. El Ministerio de Salud y Protección Social analizará de manera integral y coherente las propuestas recibidas, con la participación de expertos, asociaciones científicas, representantes de prestadores de servicios de salud, entidades territoriales y demás actores que se consideren pertinentes. Este análisis tendrá por objeto evaluar la viabilidad técnica, operativa, jurídica y financiera de las propuestas, así como su impacto sobre la calidad, la seguridad y el acceso a los servicios de salud, de manera que la regulación resultante sea adecuada a las condiciones reales del sector y permita incorporar innovaciones orientadas a minimizar los riesgos en la prestación de los servicios, sin comprometer la protección de los usuarios.

25.3 Fase de decisión y trazabilidad. Con fundamento en los resultados del análisis técnico, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptará las decisiones correspondientes frente a la actualización de las condiciones, estándares y criterios de habilitación, dejando constancia de su justificación técnica y garantizando la

Continuación de la Resolución: “Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.

trazabilidad de las modificaciones efectuadas al Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá en un plazo de seis (6) meses mediante documento técnico la metodología, los mecanismos de participación, los requisitos para la presentación de propuestas y los instrumentos necesarios para el desarrollo de las fases previstas en el presente artículo.

Artículo 26. Procedimiento para la revisión y depuración de inconsistencias presentadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Al detectarse inconsistencias en los registros del REPS, se procederá de la siguiente manera:

- 26.1** Este Ministerio, comunicará a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, la información correspondiente a los registros presuntamente inconsistentes.
- 26.2** Dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes al recibo de la comunicación, la Secretaría de Salud Departamental o Distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, comunicará al prestador de servicios de salud para que revise los registros inconsistentes y realice los ajustes requeridos, y verificará que el prestador efectúe los trámites correspondientes en el REPS antes del vencimiento de dicho plazo.
- 26.3** Si vencido el plazo a que hace referencia el numeral anterior, la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, y el prestador no han realizado los ajustes que subsanen las inconsistencias, o no han informado al Ministerio de Salud y Protección Social las objeciones a las mismas, los servicios de salud se inactivarán automáticamente en el REPS.
- 26.4** Las objeciones a las presuntas inconsistencias serán revisadas y resueltas por este Ministerio en un plazo no mayor a sesenta (60) días calendario. De considerar procedentes las objeciones, se le informará a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o a la entidad que tenga a cargo dichas competencias. De no ser procedentes, se inactivará en el REPS el servicio sobre el cual se presenta la inconsistencia e informará a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital, y éstas a su vez deberán informar al prestador. El prestador podrá reactivar el servicio una vez realice los ajustes correspondientes cumpliendo con el trámite establecido en la presente resolución.

Capítulo 6

Criterios de habilitación diferenciales, razonables y progresivos para prestadores de servicios de salud ubicados en municipios con condiciones especiales

Artículo 27. Criterios de habilitación diferenciales, razonables y progresivos para municipios con condiciones especiales. Los criterios diferenciales, las categorías de municipios con condiciones especiales y los requisitos aplicables a cada una de ellas se desarrollan en el Tomo I del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, que hace parte integral de la presente resolución.

El cumplimiento de dichos criterios se documenta y gestiona conforme al Plan de Adecuación Progresiva de Condiciones de Habilitación previsto en la presente resolución.

Artículo 28. Plan de adecuación progresiva de condiciones de habilitación: Es el documento técnico mediante el cual el prestador de servicios de salud define, organiza y programa las acciones, estrategias, inversiones, recursos, cronogramas y mecanismos de gestión requeridos para avanzar de manera gradual hacia el cumplimiento integral de las condiciones, estándares y criterios de habilitación establecidos en la presente resolución y en las demás disposiciones normativas aplicables.

Este instrumento deberá fundamentarse en las condiciones reales del territorio, la capacidad institucional del prestador, la disponibilidad de recursos esenciales para la atención, las brechas identificadas en el proceso de habilitación y las particularidades geográficas,

Continuación de la Resolución: *“Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.*

poblacionales, culturales y operativas del municipio o territorio donde se presten los servicios.

El plan tendrá una vigencia máxima de hasta cuatro (4) años y deberá contener como mínimo:

- a) Diagnóstico de brechas frente a los estándares de habilitación aplicables.
- b) Objetivos de mejoramiento progresivo.
- c) Metas anuales, verificables, medibles y trazables.
- d) Cronograma de implementación.
- e) Estrategias de fortalecimiento en infraestructura, talento humano, dotación, tecnologías, medicamentos y procesos prioritarios.
- f) Identificación de fuentes de financiación o mecanismos de sostenibilidad.
- g) Indicadores de seguimiento y evaluación.

Artículo 29. Seguimiento al plan de adecuación progresiva de condiciones de habilitación. Las metas definidas en el plan de adecuación progresiva deberán ser objeto de verificación periódica por parte de las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales o las entidades que hagan sus veces, en el marco de sus competencias de asistencia técnica, seguimiento y evaluación territorial.

Lo anterior se aplicará sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control atribuidas a la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes.

El seguimiento a los planes de adecuación progresiva de condiciones de habilitación deberá orientarse bajo criterios de razonabilidad, proporcionalidad, progresividad y mejora continua, promoviendo el fortalecimiento efectivo de la capacidad resolutive de los prestadores y la garantía del acceso seguro, oportuno y de calidad a los servicios de salud en municipios con condiciones especiales.

Artículo 30. Garantía de continuidad cuando se cierran servicios. Cuando un prestador de servicios de salud ubicado en un municipio con condición especial deba realizar el cierre de un servicio habilitado por incumplimiento de las condiciones de habilitación, la Secretaría de Salud Departamental o Distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, deberá garantizar la continuidad de la atención mediante la red de referencia y contrarreferencia o mediante la red de servicios de salud, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al cierre. La Secretaría de Salud Departamental o Distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias concurrirá en la búsqueda de soluciones que garanticen el acceso efectivo de la población a los servicios de salud.

Artículo 31. Cláusula de no regresividad. Los criterios de habilitación diferenciales, razonables y progresivos son medidas transitorias para garantizar el acceso a los servicios de salud en los municipios con condiciones especiales. No se establecen de manera permanente ni comprometen la calidad de la atención, exceptuando las condiciones ajenas a su gestión o derivadas de las condiciones propias del territorio. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará los avances en un plazo máximo de cuatro (4) años contados desde la entrada en vigencia de la presente resolución, y adoptará las medidas necesarias para la convergencia hacia los estándares de habilitación definidos en la presente resolución.

Artículo 32. Acogencia voluntaria de prestadores de servicios de salud ubicados en municipios con condiciones especiales. Los prestadores de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente resolución, se encuentren inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) con servicios habilitados y estén ubicados en municipios que se encuentren en alguna de las categorías definidas en el Tomo I del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, podrán acogerse de manera voluntaria a los criterios diferenciales, razonables y progresivos allí establecidos.

Continuación de la Resolución: *“Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.*

Para el efecto, deberán manifestar su intención mediante solicitud formal radicada ante la Secretaría de Salud Departamental o Distrital correspondiente, con el fin de ser reconocidos como instituciones prestadoras de servicios de salud ubicadas en municipios con condiciones especiales.

La Secretaría de Salud competente contará con un término de quince (15) días calendario, contados a partir de la radicación de la solicitud, para verificar que el municipio en el que opera el prestador se encuentra incluido en alguna de las categorías de condiciones especiales definidas en el Manual, y decidir sobre la procedencia del reconocimiento solicitado. La decisión que niegue el reconocimiento deberá ser motivada y podrá ser objeto de los recursos de ley.

Artículo 33. Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud y las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en el marco de sus competencias, vigilarán y controlarán el cumplimiento de la presente resolución.

Artículo 34. Transitoriedad. Los prestadores de servicios de salud que se encuentren habilitados a la entrada en vigencia de la presente resolución contarán con un plazo de doce (12) meses, contados a partir de dicha entrada en vigencia, para adaptar sus condiciones de habilitación a los requisitos incorporados mediante la presente resolución.

Durante dicho período, las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales competentes, o las entidades que tengan a cargo dichas competencias, desarrollarán acciones de asistencia técnica, acompañamiento y orientación para facilitar la implementación de las disposiciones establecidas en esta resolución.

Durante el período de transición, los prestadores de servicios de salud podrán continuar dando cumplimiento a las condiciones de habilitación previstas en la Resolución 3100 de 2019, o acogerse de manera anticipada y voluntaria a la totalidad de las disposiciones de la presente resolución. En este último caso, deberán informar dicha decisión a la Secretaría de Salud Departamental o Distrital competente, o a la entidad que tenga a cargo dichas competencias, la cual verificará su cumplimiento conforme a los estándares aquí previstos.

Las visitas de verificación, reactivación y demás actuaciones de inspección que se realicen durante el período de transición se efectuarán con base en la norma de habilitación por el cual haya optado el prestador, de conformidad con el inciso anterior.

Vencido el término de transición, los prestadores de servicios de salud deberán dar cumplimiento integral a las disposiciones contenidas en la presente resolución, sin que resulte aplicable, a partir de dicho momento, ninguna disposición de la Resolución 3100 de 2019.

Parágrafo 1. Los prestadores de servicios de salud que radiquen su inscripción con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución deberán dar cumplimiento inmediato a la totalidad de las disposiciones aquí previstas, sin que les resulte aplicable el período de transición ni el régimen de la Resolución 3100 de 2019.

Artículo 35. Lineamientos técnicos para la formación continua de verificadores de las condiciones de habilitación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social publicará en un periodo máximo de tres (3) meses los lineamientos técnicos para el diseño, implementación y desarrollo de la formación continua de los verificadores de condiciones de habilitación de servicios de salud, los cuales definirán, como mínimo los contenidos temáticos, la intensidad horaria, y los perfiles docentes.

Artículo 36. Vigencia y derogatoria. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga las Resoluciones 077 de 2007, 2215 de 2020, 1317 de 2021, 1138 de 2022, 1410 de 2022, 1719 de 2022, 544 de 2023, 648 de 2023 y 465 de 2025.

Continuación de la Resolución: *“Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones”.*

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó:
Leidy Tatiana Aguilar Rodríguez - Directora de Prestación de Servicios de Atención Primaria (E)
Ana Milena Montes Cruz – Jefe Oficina de Calidad (E)

Vo.Bo.:
Jaime Hernán Urrego Rodríguez – Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
Rodolfo Enrique Salas Figueroa - Director Jurídico (E)