

GOBIERNO DE COLOMBIA Publicidad e informe de observaciones y respuestas de los proyectos específicos de regulación					
En cumplimiento del Decreto 1081 de 2015 artículo 2.1.2.1.14. Publicidad e informe de observaciones y respuestas de los proyectos específicos de regulación expedidos con firma del presidente de la República					
Datos básicos					
Nombre de la entidad		Ministerio de Salud y Protección Social			
Responsable del proceso		John Edison Belancur Romero			
Nombre del proyecto de regulación		Por la cual se actualizan los procedimientos de acceso, prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y se dictan otras disposiciones			
Objetivo del proyecto de regulación		Establecer el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiados con recursos de la UPC, de algunas tecnologías en salud excluidas que excepcionalmente, podrán ser prescritas por el médico tratante, contenidas en los listados en las tablas de referencia definidas en la herramienta tecnológica MPRES, así como de algunas tecnologías financiadas con recursos de la UPC, prescritas a través de MPRES.			
Fecha de publicación del informe		miércoles, 5 de agosto de 2026			
Descripción de la consulta					
Tiempo total de duración de la consulta:		17 días			
Fecha de inicio		10 de julio 2026			
Fecha de finalización		27 de julio 2026			
Enlace donde estuvo la consulta pública		https://www.minsalud.gov.co/Normativa/proyectadn/norma/Proyectos.aspx			
Canales o medios dispuestos para la consulta		Página web del Ministerio de Salud y Protección Social. Ruta de consulta: Normativa > Proyectos > Resoluciones. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/proyectos-actos-administrativos.aspx .			
Canales o medios dispuestos para la consulta		Página web del Ministerio de Salud y Protección Social. Ruta de consulta: Normativa > Proyectos > Resoluciones. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/proyectos-actos-administrativos.aspx .			
Resultados de la consulta					
Número de Total de participantes		10			
Número total de comentarios recibidos		74			
Número de comentarios aceptados		13		%	18%
Número de comentarios no aceptados		61		%	469%
Número total de artículos del proyecto		59			
Número total de artículos del proyecto		113		%	192%
Número total de artículos del proyecto		13		%	12%
Consolidado de observaciones y respuestas					
No.	Fecha de recepción	Remitente	Observación recibida	Estado	Consideración desde entidad
1	16/07/2026	Fundación Colombiana para la Fibrosis Quística y Otras Enfermedades Respiratorias FIQUEURES	Artículo 11, numeral 11.3 – Soporte nutricional Incluir expresamente a las personas con fibrosis quística dentro de las patologías exceptuadas del análisis previo por la Junta de Profesionales de la Salud para la prescripción de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME). La fibrosis quística ocasiona insuficiencia pancreática exocrina y requerimientos nutricionales permanentes. El soporte nutricional constituye un componente esencial del tratamiento y no debe estar sujeto a trámites administrativos que retrasen su suministro.	No aceptada	No se considera procedente la observación de incluir a las personas con fibrosis quística dentro de las patologías exceptuadas del análisis previo por la Junta de Profesionales de la Salud para la prescripción de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME) toda vez que esta solicitud afecta el presupuesto máximo de la vigencia 2026 que ya fue calculado y grado, adicionalmente no se cumple con los requisitos legales para establecer una modificación al mismo conforme a lo establecido en la Resolución 067 de 2025.
2	16/07/2026	Fundación Colombiana para la Fibrosis Quística y Otras Enfermedades Respiratorias FIQUEURES	Artículo 12, numerales 12.7 y 12.8 – Periodicidad de APME. Permitir que los pacientes con fibrosis quística en tratamiento nutricional permanente puedan recibir prescripciones hasta por doce (12) meses, sin perjuicio de los controles clínicos que determine el profesional tratante.La necesidad del soporte nutricional en esta enfermedad es permanente y su reevaluación semestral obligatoria genera cargas administrativas sin aportar beneficios clínicos adicionales.	No aceptada	De acuerdo con el Informe técnico de lineamientos de uso de APME tipo fórmula polimérica normoproteica hipercalórica estándar para uso en población adulta, desarrollado por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS, 2023), así como con los principios de la Terapia Médica Nutricional y los protocolos de atención nutricional vigentes, la indicación de un Alimento para Propósitos Médicos Especiales (APME) debe estar acompañada de procesos periódicos de seguimiento y reevaluación clínica y nutricional, con el fin de verificar su efectividad, necesidad de continuidad y pertinencia dentro del plan terapéutico del paciente. La literatura científica y los protocolos de atención nutricional señalan que los pacientes con riesgo nutricional o desnutrición requieren un seguimiento continuo y una reevaluación sistemática del tratamiento nutricional para identificar cambios en su estado clínico, funcional y nutricional, permitiendo realizar los ajustes necesarios de manera oportuna. En este contexto, el período de seguimiento recomendado para pacientes ambulatorios que reciben APME suele encontrarse entre 3 y 6 meses, intervalo en el cual debe documentarse la respuesta al tratamiento antes de considerar una nueva prescripción o su renovación. Durante cada reevaluación es indispensable valorar, como mínimo: •Evolución del peso corporal y otros indicadores antropométricos. •Cambios en la ingesta alimentaria y el cumplimiento de los requerimientos nutricionales. •Adherencia al tratamiento prescrito. •Tolerancia gastrointestinal y aceptación del APME. •Evaluación de la condición clínica de base. •Parámetros bioquímicos y de laboratorio, cuando estén indicados. •Cumplimiento de los objetivos nutricionales planteados. •Necesidad de continuar, modificar, suspender o cambiar la estrategia de soporte nutricional. Por lo anterior, no se considera técnicamente justificada una formulación de APME con vigencia de 12 meses sin reevaluaciones intermedias, dado que ello impediría verificar la efectividad de la intervención nutricional, la evolución de la condición clínica y la pertinencia de mantener el producto prescrito. En concordancia con las recomendaciones de seguimiento reportadas en la literatura y con los principios de uso racional de tecnologías en salud, se establece una vigencia máxima de 6 meses, periodo tras el cual debe realizarse una nueva valoración nutricional y clínica para determinar la continuidad o modificación del tratamiento y realizar una nueva prescripción. Respecto al inicio de la prescripción de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME), la evidencia disponible y los protocolos de seguimiento en terapia médica nutricional recomiendan realizar una primera reevaluación clínica y nutricional durante las primeras 3 a 4 semanas posteriores al inicio del tratamiento. Este seguimiento temprano permite determinar si la intervención está cumpliendo los objetivos propuestos y verificar aspectos fundamentales como la aceptación del producto, la tolerancia gastrointestinal, la adherencia al tratamiento, la adecuación de la dosis prescrita y los cambios iniciales en el estado nutricional del paciente. En consecuencia, no se considera técnicamente procedente autorizar una primera prescripción por un periodo superior a un mes sin una reevaluación intermedia, dado que durante esta fase inicial es indispensable confirmar que el paciente utiliza adecuadamente el APME, presenta una tolerancia adecuada y obtiene beneficios clínicos y nutricionales que justifiquen su continuidad. La valoración temprana también permite identificar oportunamente la necesidad de ajustar el esquema terapéutico, modificar el tipo de fórmula o suspender el tratamiento cuando no se evidencie una indicación vigente o una respuesta favorable. Por lo anterior, para las prescripciones de inicio, se considera pertinente establecer una vigencia máxima de un (1) mes, tras la cual deberá realizarse una nueva valoración nutricional que permita definir, con base en la evolución clínica y nutricional del paciente, la continuidad, modificación o suspensión del APME. (Bibliografía: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS. Ministerio de Salud y Protección Social (financiado). Informe técnico de lineamientos de uso de APME de tipo fórmula polimérica normoproteica hipercalórica estándar para uso en población adulta. 1 edición. Bogotá D.C.: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), 2023.
3	16/07/2026	Fundación Colombiana para la Fibrosis Quística y Otras Enfermedades Respiratorias FIQUEURES	Artículos 20 y 21 – Junta de Profesionales de la Salud: Establecer que, antes de acudir a mecanismos excepcionales por falta de disponibilidad del profesional par, deba agotarse la conformación de juntas virtuales o interinstitucionales con especialistas en fibrosis quística.La complejidad de esta enfermedad exige que las decisiones terapéuticas sean adoptadas por profesionales con experiencia específica, garantizando mayor calidad y seguridad clínica.	No aceptada	No se considera procedente establecer como requisito previo y obligatorio la conformación de juntas virtuales o interinstitucionales integradas específicamente por especialistas con experiencia en fibrosis quística. El proyecto de resolución ya contempla mecanismos orientados a garantizar la idoneidad técnica, la participación del profesional par y la oportunidad en el funcionamiento de las Juntas de Profesionales de la Salud, incluyendo sesiones presenciales o virtuales, reasignación de casos a otras IPS de la red y conformación de juntas mediante convenios interinstitucionales cuando exista insuficiencia de talento humano. Asimismo, los artículos 20 y 21 establecen que la Junta debe contar con al menos un profesional par con formación y competencias pertinentes para efectuar el análisis técnico, privilegiando la misma especialidad del prescriptor, pero sin exigir una pérdida estricta por subespecialidad cuando esta resulte inviable por razones de disponibilidad territorial. Esta disposición busca preservar la calidad técnica de la evaluación sin generar requisitos que puedan convertirse en barreras para el acceso oportuno. Establecer una exigencia específica y obligatoria para fibrosis quística podría limitar la operatividad de las juntas, generar demoras en la evaluación de las prescripciones y establecer una condición diferenciada frente a otras enfermedades huérfanas de similar complejidad. Adicionalmente, la Junta emite un concepto sobre pertinencia clínica, evidencia científica y coherencia de la prescripción, sin sustituir la autonomía ni la responsabilidad del profesional tratante. En consecuencia, aunque se reconoce la complejidad clínica de la fibrosis quística y la pertinencia de contar con profesionales con experiencia específica cuando exista disponibilidad, el proyecto ya dispone de mecanismos suficientes para garantizar una evaluación técnica, flexible y oportuna, evitando que la falta de determinada subespecialidad constituya una barrera de acceso. Por lo anterior, la observación no se acepta.
4	16/07/2026	Fundación Colombiana para la Fibrosis Quística y Otras Enfermedades Respiratorias FIQUEURES	Artículos 24.3, 37 y 41 – Consentimiento informado. Precisar que el consentimiento informado otorgado para tratamientos crónicos conserve su vigencia mientras no exista modificación del esquema terapéutico.Exigir la suscripción retardada del consentimiento para tratamientos permanentes constituye una carga administrativa innecesaria para pacientes y cuidadores.	No aceptada	La regulación de la vigencia, actualización y renovación del consentimiento informado corresponde al marco normativo general que regula la relación asistencial y el ejercicio profesional en salud, particularmente las disposiciones de ética médica, derechos de los pacientes y responsabilidad profesional. En consecuencia, se considera que dicho asunto excede el objeto y alcance de la presente resolución, la cual tiene una finalidad eminentemente procedimental y operativa relacionada con el uso de MPRES, sin que resulte procedente establecer en ella reglas generales sobre la vigencia del consentimiento informado.
5	16/07/2026	Fundación Colombiana para la Fibrosis Quística y Otras Enfermedades Respiratorias FIQUEURES	Artículo 34 – Medicamentos vitales no disponibles. Establecer mecanismos de abastecimiento oportuno o tratamientos puente para medicamentos vitales no disponibles utilizados en fibrosis quística.Muchos medicamentos moduladores y terapias especializadas son indispensables para evitar el deterioro progresivo de la función pulmonar y mejorar la expectativa de vida.	No aceptada	No se considera procedente la observación realizada dado que los mecanismos de abastecimiento oportuno o tratamientos puente para medicamentos vitales no disponibles exceden el alcance del proyecto de acto administrativo.
6	16/07/2026	Fundación Colombiana para la Fibrosis Quística y Otras Enfermedades Respiratorias FIQUEURES	Artículo 40 – Verificación de capacidad económica. Precisar que la verificación económica no suspenda el suministro de tecnologías cuando exista criterio médico que evidencie riesgo para la salud del paciente.La continuidad terapéutica resulta determinante para evitar exacerbaciones respiratorias, hospitalizaciones y pérdida acelerada de función pulmonar.	No aceptada	No es procedente la observación, lo anterior, por cuanto la garantía del acceso oportuno a las tecnologías en salud y la protección del derecho fundamental a la salud se encuentran suficientemente salvaguardadas en el proyecto de resolución. En efecto, la verificación de la incapacidad económica prevista en los artículos 39 y 40 constituye un requisito aplicable exclusivamente para los casos de prescripción excepcional de tecnologías en salud expresamente excluidas y tiene como finalidad dar cumplimiento a los presupuestos fijados por la Corte Constitucional para este tipo de prestaciones, sin que ello implique una valoración clínica o una instancia adicional de autorización médica. Adicionalmente, el proyecto establece que la evaluación de la capacidad económica es una actuación a cargo de la entidad promotora de salud (EPS) o entidad adaptada (EA), posterior a la prescripción realizada por el profesional tratante y con un término máximo definido para su verificación, preservando la autonomía médica y evitando la imposición de cargas administrativas adicionales al profesional de la salud.
7	16/07/2026	Fundación Colombiana para la Fibrosis Quística y Otras Enfermedades Respiratorias FIQUEURES	Artículo 43 – Monitoreo mediante MPRES. Incorporar indicadores específicos para el seguimiento de tecnologías dirigidas al tratamiento de fibrosis quística, incluyendo medicamentos moduladores, antibióticos inhalados, enzimas pancreáticas y soporte nutricional.El monitoreo diferenciado permitirá identificar retrasos en el acceso y adoptar medidas de mejora para una enfermedad de alta complejidad y tratamiento permanente.	No aceptada	No se considera procedente la observación realizada dado que establecer indicadores específicos para cada enfermedad huérfana excede el alcance del proyecto de acto administrativo.
8	16/07/2026	Fundación Colombiana para la Fibrosis Quística y Otras Enfermedades Respiratorias FIQUEURES	Artículo 59 – Régimen de transición. Incorporar un régimen de transición que garantice la continuidad de las prescripciones y tratamientos en curso al entrar en vigencia la nueva resolución.La interrupción de terapias en fibrosis quística puede generar deterioro clínico irreversible, incremento de hospitalizaciones y afectación de la calidad de vida de los pacientes.	Aceptada	Se acepta la observación de manera parcial, se considera pertinente incorporar una disposición de transición que garantice la continuidad de las prescripciones, autorizaciones, suministros y tratamientos que se encuentren en curso. Lo anterior obedece a que la implementación del nuevo marco regulatorio implica ajustes funcionales, operativos y tecnológicos en la herramienta MPRES, así como la adecuación de procesos por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Adaptadas, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), proveedores y demás actores responsables del registro, validación, seguimiento y suministro de tecnologías en salud, y auditorías por entes de control y la ADRES.

No.	Fecha de recepción	Remitente	Observación recibida	Estado	Consideración desde entidad
9	16/07/2026	Fundación Colombiana para Cáncer de Pulmón, Asma, EPOC y Otras Enfermedades Respiratorias Inspirat	Artículo 34, numerales 34.1 a 34.3 — Tiempos de suministro. Incluir expresamente los tratamientos oncológicos (incluido el cáncer de pulmón) dentro de la categoría de 'servicio ambulatorio priorizado' por defecto, sin necesidad de que cada EPS o profesional deba clasificar caso a caso su nivel de urgencia. La oportunidad en el inicio y continuidad del tratamiento oncológico es determinante para el pronóstico del paciente. Dejar la clasificación de priorización a la discrecionalidad de cada actor del sistema genera variabilidad e incertidumbre para los pacientes con cáncer de pulmón, en contravía del principio de oportunidad del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015.	No aceptada	No se considera procedente clasificar automáticamente todos los tratamientos oncológicos, incluido el cáncer de pulmón, como servicios ambulatorios priorizados. Si bien se reconoce que la oportunidad en el diagnóstico, inicio y continuidad del tratamiento oncológico es fundamental para el pronóstico y la calidad de vida, la clasificación debe responder a la valoración clínica individual realizada por el profesional tratante, de acuerdo con el estado de salud, el riesgo, la necesidad terapéutica y las condiciones particulares de cada paciente. Asimismo, el artículo 34 incorpora garantías de continuidad del tratamiento y oportunidad en el suministro, incluso cuando se requieran trámites específicos, preparaciones especiales o importación, en concordancia con el principio de oportunidad previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015. La clasificación de la prioridad no corresponde a una decisión discrecional de la EPS, sino a un criterio clínico definido por el profesional tratante en ejercicio de su autonomía. Establecer una priorización automática únicamente por el diagnóstico oncológico desconocería la diversidad de tratamientos, etapas clínicas, esquemas terapéuticos y condiciones asistenciales. Algunas prestaciones requieren atención inmediata, mientras que otras deben suministrarse conforme a ciclos programados, protocolos, resultados clínicos o intervalos terapéuticos definidos por el equipo tratante. En consecuencia, aunque se comparte la necesidad de garantizar el acceso oportuno y la continuidad de los tratamientos oncológicos, incluido el cáncer de pulmón, no se considera técnica ni jurídicamente adecuado establecer una priorización automática por diagnóstico. El artículo 34, numerales 34.1 a 34.3, ya permite que toda prestación que, según la condición clínica del paciente, requiera atención en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas sea clasificada como priorizada por el profesional tratante y suministrada oportunamente por la EPS. Por lo anterior, la observación no se acepta.
10	16/07/2026	Fundación Colombiana para Cáncer de Pulmón, Asma, EPOC y Otras Enfermedades Respiratorias Inspirat	Artículo 1° (Objeto) y Artículo 3.23 (Definición de tecnología en salud) — Inmunización. Aclarar de manera expresa si los biológicos o vacunas no finalizadas con recursos de la UPC (por ejemplo, esquemas de inmunización expuestos por pacientes inmunocomprometidos con cáncer de pulmón o enfermedad respiratoria crónica) quedan comprendidos dentro del objeto de la presente resolución y, de ser así, incluirlos en las tablas de referencia de la herramienta tecnológica MIPRES. El proyecto no hace referencia expresa a biológicos o esquemas de inmunización no incluidos en el Plan de Beneficios, pese a que pacientes con EPOC, asma grave y cáncer de pulmón frecuentemente requieren inmunización específica no cubierta por UPC como parte de su manejo integral. La omisión genera un vacío sobre la ruta de acceso aplicable a esta tecnología.	No aceptada	La observación no se considera procedente por cuatro: En primer lugar, se debe aclarar que el listado de medicamentos (biológicos o vacunas) de interés en salud pública se encuentra establecido en el Anexo 4 de la Resolución 2765 de 2025 y estos son adquiridos y distribuidos por el Ministerio de Salud y Protección Social según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública. En segundo lugar, los medicamentos (biológicos o vacunas) que no se encuentren en dicho listado de acuerdo a los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se podrá consultar su fuente de financiación en el aplicativo POS POPULI disponible en el siguiente enlace: https://pospopuli.minsalud.gov.co/Pospopuli/Web/paginas/home.aspx Finalmente se hace las tablas de referencia de MIPRES tienen habilitados todos los medicamentos autorizados en Colombia que se encuentran financiados con recursos de Presupuesto Máximo y que son prescritos a través de la herramienta tecnológica MIPRES.
11	16/07/2026	Fundación Colombiana para Cáncer de Pulmón, Asma, EPOC y Otras Enfermedades Respiratorias Inspirat	Artículo 43 — Monitoreo de tecnologías financiadas con UPC. Publicar de manera previa y específica el listado de tecnologías y servicios financiados con UPC sujetos a monitoreo por MIPRES en enfermedades respiratorias crónicas (asma, EPOC), precisando que dicho reporte no podrá constituirse en un trámite adicional que condicione el suministro oportuno del medicamento o servicio ya cubierto por UPC. El artículo faculta al Ministerio a determinar tecnologías UPC sujetas a monitoreo sin definir de antemano su alcance para patologías respiratorias crónicas de alta prevalencia. Sin la precisión de que el reporte es posterior y no condicionante, existe el riesgo de que se traduzca en una carga administrativa adicional para el manejo rutinario de estos pacientes	No aceptada	Respecto de la observación al artículo 43, se precisa que cuando el Ministerio de Salud y Protección Social determina que una tecnología o servicio financiado con recursos de la UPC debe ingresar a monitoreo a través de MIPRES, dicha decisión es comunicada de manera oficial y previa a los actores del sistema, estableciendo de forma expresa los términos, condiciones, alcances y mecanismos aplicables al monitoreo correspondiente. En ese sentido, el proceso de monitoreo no genera cargas administrativas adicionales para los prestadores o aseguradores ni constituye un requisito previo para el acceso de los pacientes a las tecnologías financiadas con UPC. El monitoreo tiene una finalidad de seguimiento y análisis de información, en el marco de las competencias del Ministerio, y se implementa bajo lineamientos previamente definidos y divulgados.
12	16/07/2026	Fundación Colombiana para Enfermedades Huérfanas o Poco Frecuentes Funcioñef	Considerandos y Artículo 1 (Objeto) Se manifiesta respaldo a la extensión de la prescripción excepcional de tecnologías excluidas al Régimen Contributivo y se solicita que el texto definitivo establezca de manera expresa e inequívoca que dicha habilitación aplica tanto al Régimen Contributivo como al Subsidado, evitando remisiones que puedan dar lugar a interpretaciones restrictivas. La claridad normativa fortalece la seguridad jurídica y evita que las EPS impongan barreras administrativas para el acceso a tecnologías requeridas por pacientes con enfermedades huérfanas, quienes demandan tratamientos oportunos y continuos.	No aceptada	En los considerandos se señala expresamente que una de las finalidades de la nueva resolución es corregir que la Resolución 740 de 2024 habilitó la prescripción excepcional de tecnologías excluidas para el Régimen Subsidado, pero no para el Régimen Contributivo, y que por ello se requiere extender dicha funcionalidad a este último. Asimismo, se menciona el cumplimiento de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en el Auto 1005 de 2025. Adicionalmente, el artículo 39 desarrolla reglas específicas para la verificación económica tanto de afiliados del Régimen Subsidado como del Régimen Contributivo, lo que evidencia que el procedimiento fue diseñado para ambos grupos poblacionales.
13	16/07/2026	Fundación Colombiana para Enfermedades Huérfanas o Poco Frecuentes Funcioñef	Artículo 18 — Confirmación diagnóstica de enfermedades huérfanas-Precisar que el término previsto para la confirmación diagnóstica no podrá suspender, retrasar o condicionar el inicio o la continuidad del tratamiento prescrito cuando exista criterio clínico suficiente del médico tratante. El proceso diagnóstico de las enfermedades huérfanas suele requerir estudios especializados y tiempos prolongados. La continuidad del tratamiento debe garantizarse para evitar el deterioro clínico irreversible y proteger el derecho fundamental a la salud.	Aceptada	Se acepta de manera parcial. Se considera procedente precisar que la ausencia de un procedimiento diagnóstico confirmatorio definido, vigente o disponible no impide el acceso a tecnologías derivadas de la condición de salud, la condición de sujeto de especial protección constitucional y otras fuentes de información idóneas para la verificación. La regulación propuesta busca armonizar los principios de dignidad humana, buena fe y protección del mínimo vital, razón por la cual no resulta conveniente establecer parámetros exclusivamente objetivos o rígidos que puedan desconocer las condiciones particulares de cada afiliado y de su núcleo familiar. En consecuencia, se considera que el texto propuesto contiene criterios adecuados para orientar la evaluación de la capacidad económica sin afectar el análisis individual que exige la jurisprudencia constitucional en esta materia.
14	16/07/2026	Fundación Colombiana para Enfermedades Huérfanas o Poco Frecuentes Funcioñef	Artículo 34 — Medicamentos vitales no disponiblesReducir el término previsto para el suministro de medicamentos vitales no disponibles o establecer un mecanismo obligatorio de tratamiento mientras cumpla el proceso de importación. Para muchos pacientes con enfermedades huérfanas estos medicamentos constituyen la única alternativa terapéutica disponible. Una espera prolongada puede ocasionar pérdida funcional, progresión de la enfermedad o incluso comprometer la vida del paciente.	No aceptada	La observación no se considera procedente por cuanto el término establecido en el proyecto de acto administrativo se encuentra adecuado para garantizar la disponibilidad del medicamento vital no disponible, adicionalmente si el medicamento vital no disponible es la única alternativa terapéutica no se podrá contemplar un tratamiento puente dado que no existe alternativa disponible en el país, razón por la cual la solicitud la adquisición del medicamento como vital no disponible.
15	16/07/2026	Fundación Colombiana para Enfermedades Huérfanas o Poco Frecuentes Funcioñef	Artículo 37 — Prescripción excepcional de tecnologías excluidas. Incorporar expresamente los cuatro criterios fijados por la Corte Constitucional en la Sentencia C-313 de 2014, precisando que la verificación de la capacidad económica corresponde a una etapa posterior y no constituye un requisito previo para la prescripción médica. Esta precisión evita interpretaciones restrictivas por parte de las EPS y garantiza el respeto por la autonomía médica y el acceso oportuno a tecnologías requeridas por pacientes con enfermedades huérfanas.	No aceptada	El proyecto de resolución ya incorpora los presupuestos definidos por la Corte Constitucional para la prescripción excepcional de tecnologías excluidas. En particular, los criterios clínicos se encuentran previstos en el artículo 37 y los aspectos relacionados con la capacidad económica del afiliado y su verificación se desarrollan en los artículos 38, 39 y 40. Asimismo, el proyecto establece expresamente que la evaluación de la capacidad económica constituye una actuación posterior a la prescripción médica y no puede ser utilizada como requisito previo para la formulación clínica ni para el registro de la prescripción en MIPRES
16	16/07/2026	Fundación Colombiana para Enfermedades Huérfanas o Poco Frecuentes Funcioñef	Artículo 39 — Verificación de capacidad económica. Establecer criterios objetivos, uniformes y verificables para determinar la capacidad económica de los afiliados del Régimen Contributivo, evitando valoraciones discrecionales. La ausencia de parámetros objetivos puede generar decisiones desiguales entre EPS y convertirse en una barrera administrativa para pacientes que requieren tecnologías de alto costo.	No aceptada	El proyecto de resolución establece criterios para la valoración de la capacidad económica de los afiliados al Régimen Contributivo, así mismo establece que de manera integral se deben revisar las circunstancias como la afectación del mínimo vital, la proporcionalidad entre el costo de la tecnología y los ingresos disponibles, las cargas económicas derivadas de la condición de salud, la condición de sujeto de especial protección constitucional y otras fuentes de información idóneas para la verificación. La regulación propuesta busca armonizar los principios de dignidad humana, buena fe y protección del mínimo vital, razón por la cual no resulta conveniente establecer parámetros exclusivamente objetivos o rígidos que puedan desconocer las condiciones particulares de cada afiliado y de su núcleo familiar. En consecuencia, se considera que el texto propuesto contiene criterios adecuados para orientar la evaluación de la capacidad económica sin afectar el análisis individual que exige la jurisprudencia constitucional en esta materia.
17	16/07/2026	Fundación Colombiana para Enfermedades Huérfanas o Poco Frecuentes Funcioñef	Artículo 40 — Plazo de verificación de capacidad económica. Disponer que el silencio o la inactividad de la EPS dentro del término previsto implique automáticamente la obligación de garantizar el suministro efectivo de la tecnología prescrita. El paciente no debe asumir las consecuencias de la inactividad administrativa de la EPS. El silencio administrativo no puede traducirse en retrasos en tratamientos cuya oportunidad resulta determinante para la evolución clínica.	No aceptada	El proyecto de acto administrativo ya contempla que en caso de inactividad o falta de pronunciamiento de la EPS dentro de dicho término se entenderá como incumplimiento. La Superintendencia Nacional de Salud deberá vigilar y controlar que la entidad promotora de salud (EPS) o entidad adaptada (EA) se pronuncien dentro de los términos establecidos en la presente Resolución.
18	16/07/2026	Fundación Colombiana para Enfermedades Huérfanas o Poco Frecuentes Funcioñef	Artículo 45 — Listado UNIRS. Establecer un plazo máximo para la reevaluación periódica de los usos incluidos en el listado UNIRS y garantizar la continuidad del tratamiento mientras dicha reevaluación se realiza. La incertidumbre sobre la permanencia de un uso autorizado puede afectar la continuidad terapéutica de pacientes cuyo único tratamiento disponible depende de dicho listado.	No aceptada	La observación no se considera procedente por cuanto no se considera que la reevaluación periódica de un uso incluido en el listado UNIRS genere un periodo de incertidumbre respecto de su permanencia, prescripción, suministro o financiación. Mientras el uso se encuentre incluido en el listado oficial UNIRS, conserva plenamente las condiciones establecidas para su prescripción y financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La realización o el inicio de una reevaluación por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) no suspende su inclusión en el listado ni modifica las condiciones para su utilización. La exclusión de un uso del listado UNIRS procederá cuando este sea incorporado en el respectivo registro sanitario o cuando el INVIMA solicite su exclusión, con fundamento en el análisis técnico y científico correspondiente, debidamente soportado en los conceptos y actas emitidos por la instancia competente. En consecuencia, mientras no se adopte y formalice una de estas decisiones, el uso continuará haciendo parte del listado y podrá seguir siendo prescrito y suministrado en las mismas condiciones. Frente a la solicitud de establecer un plazo máximo para la reevaluación periódica, no se considera técnicamente procedente fijar un término uniforme para todos los usos incluidos en el listado UNIRS, dado que la oportunidad de dicha evaluación depende de la aparición, disponibilidad y relevancia de nueva evidencia científica, de posibles señales de seguridad y de la existencia de nuevas alternativas terapéuticas. La fijación de un término rígido podría conducir a efectuar reevaluaciones sin que existan elementos técnicos nuevos que permitan modificar la decisión previamente adoptada y limitaría la competencia técnica del INVIMA para priorizar los casos que requieran revisión. Por lo anterior, no se considera necesario modificar el artículo 45 del proyecto de resolución.
19	16/07/2026	Fundación Colombiana para Enfermedades Huérfanas o Poco Frecuentes Funcioñef	Artículo 59 — Vigencia y derogatoria. Incorporar un régimen de transición que garantice la continuidad de las prescripciones, aprobaciones de Junta y trámites de recobro iniciados bajo la normatividad vigente. Incorporar un régimen de transición que garantice la continuidad de las prescripciones, aprobaciones de Junta y trámites de recobro iniciados bajo la normatividad vigente. Evita inseguridad jurídica e interrupciones en tratamientos de pacientes con enfermedades huérfanas que se encuentren en curso al momento de entrar en vigencia la nueva resolución	Aceptada	Se acepta la observación parcialmente, dado que se considera pertinente incorporar una disposición de transición que garantice la continuidad de las prescripciones, autorizaciones, suministros y tratamientos que se encuentren en curso. Lo anterior obedece a que la implementación del nuevo marco regulatorio implica ajustes funcionales, operativos y tecnológicos en la herramienta MIPRES, así como la adecuación de procesos por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Adaptadas, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), proveedores y demás actores responsables del registro, validación, seguimiento y suministro de tecnologías en salud, y auditorías por parte de entes de control y ADRES.
20	16/07/2026	Fundación Colombiana para Enfermedades Huérfanas o Poco Frecuentes Funcioñef	Artículo 4 — Responsabilidades de los actores. Incorporar el deber de las EPS de designar un gestor o enlace para pacientes con enfermedades huérfanas que facilite el seguimiento de las prescripciones, autorizaciones y suministro de tecnologías en salud. Los pacientes con enfermedades huérfanas requieren una coordinación permanente entre múltiples actores del sistema. La existencia de un gestor facilita la continuidad de la atención, reduce barreras administrativas y fortalece el principio de atención integral previsto en la Ley Estatutaria de Salud.	No aceptada	No se acepta la observación, por cuanto la designación de gestores o enlaces para pacientes con enfermedades huérfanas corresponde a aspectos relacionados con la organización y gestión de los procesos asistenciales por parte de los aseguradores, materia que excede el objeto de la presente resolución. Este acto administrativo se limita a regular las responsabilidades de los actores en el marco de los procedimientos de prescripción, suministro, reporte y seguimiento asociados a la herramienta tecnológica MIPRES, sin establecer modelos organizacionales o estructuras de atención específicas al interior de las EPS.
21	16/07/2026	Fundación Colombiana para Enfermedades Huérfanas o Poco Frecuentes Funcioñef	Artículo 43 — Monitoreo de tecnologías en salud. Incluir indicadores específicos de seguimiento para pacientes con enfermedades huérfanas dentro del monitoreo realizado mediante MIPRES, permitiendo identificar retrasos en la prescripción, autorización y suministro de tecnologías. La baja prevalencia y la alta complejidad clínica de estas patologías hacen necesario un seguimiento diferenciado que permita detectar oportunamente fallas del sistema y adoptar medidas correctivas antes de que se produzcan afectaciones irreversibles en la salud de los pacientes.	No aceptada	No se considera procedente la observación realizada dado que establecer indicadores específicos para cada enfermedad huérfana excede el alcance del proyecto de acto administrativo.

No.	Fecha de recepción	Remitente	Observación recibida	Estado	Consideración desde entidad
22	16/07/2026	Abbott	Artículo 12. De las prescripciones en el servicio de atención ambulatoria. En el servicio de atención ambulatorio, cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo tecnologías en salud o servicios complementarios de los señalados en el artículo 1 de este acto administrativo, deberá tener en cuenta lo siguiente: ... 12.7. La prescripción de un Alimento con Propósito Médico Especial (APME) por primera vez en la herramienta tecnológica (MIPRES), se podrá realizar máximo por un (1) mes y deberá acompañarse de un seguimiento para evaluar la necesidad de continuar, suspender o modificar el soporte nutricional instaurado. Artículo 12. De las prescripciones en el servicio de atención ambulatoria. En el servicio de atención ambulatorio, cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo tecnologías en salud o servicios complementarios de los señalados en el artículo 1 de este acto administrativo, deberá tener en cuenta lo siguiente: ... 12.7. La prescripción de un Alimento con Propósito Médico Especial (APME) por primera vez en la herramienta tecnológica (MIPRES), se podrá realizar máximo por tres (3) meses y deberá acompañarse de un seguimiento para evaluar la necesidad de continuar, suspender o modificar el soporte nutricional instaurado. Artículo 12. De las prescripciones en el servicio de atención ambulatoria. En el servicio de atención ambulatorio, cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo tecnologías en salud o servicios complementarios de los señalados en el artículo 1 de este acto administrativo, deberá tener en cuenta lo siguiente: ... 12.7. La prescripción de un Alimento con Propósito Médico Especial (APME) por primera vez en la herramienta tecnológica (MIPRES), se podrá realizar máximo por un (1) mes y deberá acompañarse de un seguimiento para evaluar la necesidad de continuar, suspender o modificar el soporte nutricional instaurado. Artículo 12. De las prescripciones en el servicio de atención ambulatoria. En el servicio de atención ambulatorio, cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo tecnologías en salud o servicios complementarios de los señalados en el artículo 1 de este acto administrativo, deberá tener en cuenta lo siguiente: ... 12.7. La prescripción de un Alimento con Propósito Médico Especial (APME) por primera vez en la herramienta tecnológica (MIPRES), se podrá realizar máximo por tres (3) meses y deberá acompañarse de un seguimiento para evaluar la necesidad de continuar, suspender o modificar el soporte nutricional instaurado. En la resolución 740 se modificó el número de meses de la primera prescripción de APMEs, pasando de 3 a 1 mes argumentando que era necesario revisar tolerancia y adherencia del paciente al producto. Se solicita volver a la prescripción por primera vez de hasta 3 meses, dado que según la evidencia disponible en la literatura, no existen porcentajes elevados de intolerancia en el uso de APMEs, y si se genera un resqueamiento de pacientes que se ven obligados a solicitar una nueva cita médica con nutricionista para ampliar la prescripción. Cabe destacar, que actualmente el país no cuenta con el recurso humano suficiente para atender una demanda inducida por hacer mandatorio volver al mes al paciente para que le amplíen la prescripción. Una revisión sistemática con meta-análisis muestra que una mayor duración de la intervención nutricional (>60 días) se asocia con un menor riesgo de mortalidad (0.53 OR), en comparación con intervenciones más cortas (0.85 OR). Kaegi-Braun, N., Faeisli, M., Kitchner, F., Dragusha, S., Tibodet, P., Gomes, F., Bretschner, C., Germann, S., Deutz, N. E., Stanga, Z., Mueller, B. & Schatz, P. (2021). Nutritional trials using high protein formulas and long duration of support show strongest clinical effects on mortality: Results of an updated systematic review and meta-analysis. Clinical nutrition ESPEN, 45, 45–54. https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2021.08.003	No aceptada	La observación de aumentar el tiempo de prescripción por primera vez de un APME de un (1) mes a tres (3) meses no se considera procedente dado que es necesario revisar tolerancia y adherencia del paciente al producto (APME).
23	16/07/2026	Guillermo Arturo Rico	Considerandos — Fundamento jurídico de las Juntas de Profesionales de la Salud (JPS). Corregir la base jurídica invocada en los considerandos para la creación de las JPS en MIPRES. El fundamento normativo pertinente es la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional y el mandato de eliminación del Comité Técnico Científico (CTC) como barrera administrativa de acceso; no el artículo 16 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Los considerandos invocan el artículo 16 de la Ley 1751 de 2015 como origen de las JPS en MIPRES. Sin embargo, las Juntas del artículo 16 tienen función misional-asistencial; dirimir controversias clínicas entre el profesional tratante y sus pares cuando existe discrepancia con el manejo terapéutico. Las JPS en MIPRES, en cambio, surgen del mandato de la T-760 de 2008 y de la necesidad de eliminar el CTC como barrera de acceso, sustituyéndolo por un cuerpo de profesionales misionales que proteja la autonomía del médico tratante frente a tecnologías no reconocidas con recursos del aseguramiento. Confundir ambas figuras puede dar pie a interpretaciones que conviertan la JPS de MIPRES en un mecanismo de revisión del criterio médico, recreando precisamente la barrera que se buscaba eliminar.	Aceptada	Se acepta parcialmente, resulta pertinente fortalecer y precisar la motivación jurídica de los considerandos en lo relacionado con el origen y finalidad de las Juntas de Profesionales de la Salud (JPS) en el marco de la herramienta tecnológica MIPRES. En ese sentido, se reconoce que la Sentencia T-760 de 2008, particularmente a través de las órdenes dirigidas a eliminar barreras administrativas de acceso a tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC, constituye un antecedente fundamental del modelo implementado posteriormente mediante MIPRES, orientado a sustituir mecanismos de autorización que limitaban la autonomía profesional y el acceso oportuno de los pacientes. Lo anterior se reconoce expresamente recogido en varios considerandos del proyecto de resolución.
24	16/07/2026	Guillermo Arturo Rico	Artículo 3, numeral 3.20 — Definición de servicios complementarios. Restituir la definición de servicios complementarios con base en conceptos del derecho civil, tal como fue concebido en el marco normativo original de MIPRES (Resolución 1326 de 2015), y establecer expresamente que su financiación procede mediante recibo y, posteriormente, presupuestos máximos; en ningún caso con cargo a la UPC. La definición original anulaba los servicios complementarios en conceptos del derecho civil (términos técnicos, las palabras en el contexto) — donde “servicio” designa una organización civil y “tecnología” refiere al ámbito industrial —, dejando expresa constancia de que no corresponden al ámbito de la salud ni se reconocen con recursos de aseguramiento, fundamentando su tramitación vía recibo y presupuestos máximos. El Proyecto 2026 cambia esta definición a términos clínicos, lo que puede generar la interpretación errada de que los servicios complementarios son tecnologías en salud susceptibles de financiación con UPC, desdibujando la frontera entre el PBS-UPC y los mecanismos alternativos de reconocimiento establecidos en un conjunto normativo diferente al aseguramiento en salud, pero de cumplimiento jurisprudencial.	No aceptada	Si bien se reconoce que los servicios complementarios han sido objeto de un desarrollo normativo específico dentro de la evolución de MIPRES, se considera que la definición contenida en el proyecto tiene como finalidad delimitar operativamente las prestaciones susceptibles de prescripción mediante la herramienta tecnológica y precisar su relación con el diagnóstico y el plan terapéutico del paciente, así como su inclusión en las tablas de referencia definidas para tal efecto. La propuesta de incorporar dentro de la definición reglas relacionadas con las fuentes de financiación, el reconocimiento mediante recibo o Presupuestos Máximos y la exclusión de recursos de la UPC excede el objeto propio de una definición conceptual y corresponde a materias reguladas por disposiciones específicas sobre financiación, reconocimiento, auditoría y control de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, se considera procedente mantener la definición propuesta, sin perjuicio de que la financiación de los servicios complementarios continúe rigiéndose por la normativa vigente aplicable a cada mecanismo de reconocimiento y pago.
25	16/07/2026	Guillermo Arturo Rico	Artículo 4, literal d) — Vacío de proveedores no sanitarios de servicios complementarios. Ampliar el literal d) del artículo 4 para incluir expresamente a proveedores de bienes y servicios no correspondientes al ámbito sanitario —proveedores de sillas de ruedas, agencias de cuidadores, operadores de transporte no sanitario y demás prestadores de servicios complementarios—, en concordancia con el Decreto 441 de 2022. La relación contractual para servicios y tecnología en salud a la luz de la creación de actores como los PSS y PTS son un universo limitado, que deja por fuera conforme MIPRES y la garantía de otros servicios complementarios no salud en un limbo, por lo que se debe dejar un genérico de PROVEEDORES El literal d) limita los actores con funciones en MIPRES a los Proveedores de Tecnologías en Salud (PTS). Sin embargo, el objeto de la resolución incluye servicios complementarios entre los cuales se encuentran bienes y servicios prestados por proveedores que no son prestadores de servicios de salud, no requieren habilitación sanitaria ni inscripción en RETHUS, y cuya relación con el sistema se regula por el Decreto 441 de 2022 y el artículo 243 de la Ley 1955 de 2019. Al no reconocerlos como actores, el literal d) crea un vacío operativo: no existe rol, módulo ni flujo definido para que estos proveedores reporten el suministro efectivo en MIPRES, lo que impide la trazabilidad del reconocimiento y el cobro ante ADRES. La restricción resulta inconsistente con el propio artículo 1 y con la definición de servicios complementarios.	No aceptada	Si bien se reconoce que los servicios complementarios han sido objeto de un desarrollo normativo específico dentro de la evolución de MIPRES, se considera que la definición contenida en el proyecto tiene como finalidad delimitar operativamente las prestaciones susceptibles de prescripción mediante la herramienta tecnológica y precisar su relación con el diagnóstico y el plan terapéutico del paciente, así como su inclusión en las tablas de referencia definidas para tal efecto. La propuesta de incorporar dentro de la definición reglas relacionadas con las fuentes de financiación, el reconocimiento mediante recibo o Presupuestos Máximos y la exclusión de recursos de la UPC excede el objeto propio de una definición conceptual y corresponde a materias reguladas por disposiciones específicas sobre financiación, reconocimiento, auditoría y control de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, se considera procedente mantener la definición propuesta, sin perjuicio de que la financiación de los servicios complementarios continúe rigiéndose por la normativa vigente aplicable a cada mecanismo de reconocimiento y pago.
26	16/07/2026	Guillermo Arturo Rico	Artículo 7 — Restricciones de acceso a la información de prescripción vs. interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica. Suprimir las restricciones de acceso a la información de prescripción establecidas en el artículo 7 para las EPS e IPS, o reformularlas para distinguir con precisión entre el acceso para seguimiento y continuidad asistencial —que debe ser restringido— y la interferencia en el acto de prescripción —que debe mantenerse prohibida—, en concordancia con la Ley 2015 de 2020, la Resolución 1632 de 2023 y la Circular 017 de 2026. El artículo 7 impone restricciones de acceso a la información en MIPRES para las EPS e IPS. Estas restricciones contradicen el marco de interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (HCE) establecido en la Ley 2015 de 2020, desarmado por la Resolución 1632 de 2023 y operativizado por la Circular 017 de 2026, que establece la obligación de compartir información clínica entre actores del sistema para garantizar la continuidad asistencial. La consulta de información de prescripción por la EPS no constituye interferencia en el acto médico sino seguimiento administrativo-clínico, función que le es propia como aseguradora. Lo que debe estar prohibido es que la EPS o la IPS modifiquen o condicionen la prescripción —ya cubierto por los artículos 5, 14 y concordantes—, no que la consulten. Las restricciones generan el efecto paradójico de impedir la interoperabilidad que el propio sistema IHCE mandató.	No aceptada	Se considera que la propuesta normativa no impide la consulta de las prescripciones por parte de las EPS, IPS, proveedores o dispensadores dentro de los perfiles y niveles de acceso definidos para el cumplimiento de sus funciones. Por el contrario, el artículo mantiene dicha facultad y únicamente incorpora reglas orientadas a habilitar el acceso del profesional tratante a prescripciones previas activas o sucesivas cuando ello resulte necesario para el diagnóstico, seguimiento clínico o continuidad de la atención. Asimismo, la disposición busca garantizar que el acceso a la información se realice conforme a los principios de finalidad, necesidad, proporcionalidad, confidencialidad y seguridad de la información, sin habilitar accesos generales o indiscriminados a información clínica que exceda las competencias del respectivo actor. En consecuencia, no se evidencia una contradicción con el marco de interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica, toda vez que la interoperabilidad debe implementarse respetando los niveles de acceso, las competencias y las finalidades legítimas del tratamiento de la información. Por esta razón, se considera procedente mantener la redacción propuesta.
27	16/07/2026	Guillermo Arturo Rico	Artículo 10, Parágrafo 3 — Rol prescriptor en MIPRES indebidamente asignado al médico de la EPS para traslados ambulatorios no UPC. Reformular el Parágrafo 3 del artículo 10 para eliminar la asignación del rol prescriptor al profesional en medicina de la EPS, estableciendo que: (i) la necesidad del traslado ambulatorio no UPC es determinada y prescrita por el profesional de la salud tratante de la red de prestadores; (ii) la EPS garantiza el suministro conforme a los acuerdos de voluntades suscritos; y (iii) cuando no exista proveedor, contratado, la EPS podrá actuar como transcritora en MIPRES en los términos del artículo 15, sin que ello configure ejercicio del rol prescriptor. El Parágrafo 3 del artículo 10 asigna la prescripción en MIPRES del traslado ambulatorio no UPC a “un profesional en Medicina de la EPS”, atribuyéndole un rol prescriptor que no existe en la arquitectura del sistema: la EPS tiene rol transcriptor, activable únicamente en contingencia (artículo 15) o por fallos de tutela (artículo 30). El principio rector, establecido desde la Resolución 1326 de 2016 y reiterado en los artículos 5 y 14 del Proyecto, es que la prescripción es acto exclusivo del profesional tratante de la red prestadora. La redacción vigente: (a) rompe la arquitectura de roles de la plataforma; (b) invierte el flujo clínico-administrativo; (c) puede ser utilizada como mecanismo de delegación indirecta del servicio; y (d) crea confusión de responsabilidades entre la decisión clínica y la garantía administrativa del suministro.	Aceptada	Se acepta de manera parcial. Se considera procedente precisar el alcance de la intervención de la EPS en la gestión de los traslados ambulatorios no financiados con recursos de la UPC, diferenciando claramente la determinación de la necesidad de la tecnología o servicio de salud de las actividades requeridas para garantizar el acceso efectivo a dicha atención. Si bien la necesidad de la tecnología o servicio de salud corresponde al profesional tratante responsable de la atención del paciente, la procedencia del traslado ambulatorio no depende exclusivamente de criterios clínicos, sino también de las condiciones de oferta de servicios, la disponibilidad de la red de prestadores y los acuerdos de voluntades suscritos por la EPS. En consecuencia, el profesional tratante no necesariamente dispone de la información requerida para determinar la necesidad del traslado derivada de la organización de la red de prestación. En virtud de lo anterior, se ajusta la redacción para aclarar que, cuando el traslado ambulatorio no haya sido incluido en la prescripción y resulte necesario para garantizar el acceso a la tecnología o servicio requerido por el paciente, la EPS podrá efectuar su registro en la herramienta tecnológica MIPRES a través de un profesional en medicina designado para tal efecto. Esta actuación tiene un alcance estrictamente operativo y de gestión del acceso, sin que implique una nueva valoración clínica ni la determinación de la necesidad de la tecnología o servicio de salud, la cual continúa siendo competencia exclusiva del profesional tratante.
28	16/07/2026	Guillermo Arturo Rico	Artículo 17, segundo párrafo — Uso de la categoría “No PBS” como denominación normativa imprecisa Sustituir la expresión “servicios y/o tecnologías No PBS” por “tecnologías en salud y servicios complementarios no financiados con recursos de la UPC”, en concordancia con el título de la resolución, el Parágrafo 1 del mismo artículo 17 y los artículos 6.1, 14 y demás disposiciones del acto administrativo. La expresión “No PBS” es jurídicamente imprecisa y contradice el marco constitucional del SGSSS. El PBS no es equivalente a la UPC; el PBS es el conjunto integral de beneficios financiados por distintos mecanismos —UPC, presupuestos máximos (Ley 1955 de 2019, artículo 243) y reconocimiento ante ADRES—. Las tecnologías gestionadas a través de MIPRES están dentro del PBS pero financiadas por un mecanismo distinto a la UPC; no son tecnologías excluidas del plan. Aisl lo establece la Corte Constitucional desde T-760 de 2008, ratificado en el Auto 1006 de 2025. El uso de “No PBS” introduce una categoría normativa inexistente en el ordenamiento vigente, genera inconsistencia interna con el resto del artículo 17 y del cuerpo de la resolución, y crea el riesgo de que sea invocada para negar el reconocimiento de tecnologías válidamente prescritas.	Aceptada	Se acepta de manera parcial. Se considera procedente sustituir la expresión “servicios y/o tecnologías No PBS” por una terminología más precisa y consistente con la empleada en el resto del proyecto normativo. La denominación “No PBS” puede generar ambigüedades conceptuales al asociar criterios de financiación con criterios de cobertura, mientras que el objeto de la presente resolución se encuentra orientado principalmente a la regulación de tecnologías en salud y servicios complementarios sujetos a diferentes mecanismos de financiación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, se ajusta la redacción con el fin de alinearla con las categorías utilizadas en el cuerpo de la resolución y mejorar la coherencia normativa del articulado. No obstante, se conserva la estructura conceptual del proyecto evitando incorporar referencias que puedan alterar el alcance de las disposiciones relacionadas con la financiación o reconocimiento de tecnologías en salud.
29	16/07/2026	Guillermo Arturo Rico	Artículo 17, Parágrafo 3 — Exención de JPS para UNIRS: carga a la EPS y ausencia de soporte técnico operativo en MIPRES. Complementar el Parágrafo 3 del artículo 17 estableciendo: (i) el módulo técnico en MIPRES que permita identificar los UNIRS aprobados por INVIMA y enviarlos automáticamente sin revisión de JPS; y (ii) las responsabilidades expresas de la EPS frente al suministro de UNIRS sin validación de JPS, incluidos los mecanismos de control posterior. El Parágrafo 3 expresa de revisión de JPS a los UNIRS que INVIMA haya evaluado conforme a los artículos 44 y 45. Sin embargo, el Proyecto no establece el módulo ni el flujo técnico en MIPRES para que los UNIRS aprobados queden disponibles en las tablas de referencia y el profesional tratante pueda prescribirlos sin que la plataforma los rechace o los envíe a JPS. Si ese soporte técnico, la exención es una norma sin operatividad real. Adicionalmente, al suprimir la validación de la JPS, la EPS queda obligada a suministrar sobre la sola base de la prescripción del médico tratante, sin mecanismo de control técnico previo, lo que incrementa la carga financiera de la entidad y el riesgo de uso inadecuado de UNIRS sin instancia de revisión clínica.	No aceptada	No se considera procedente modificar el parágrafo 3 del artículo 17, dado que los usos incluidos en el listado UNIRS ya han sido evaluados técnica y científicamente por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), a través de la Comisión Revisora, con fundamento en la evidencia disponible sobre su seguridad, eficacia y efectividad, mismo proceso que ocurre en la modificación de un uso en un registro sanitario o trámite de registro nuevo. La inclusión de un uso en el listado UNIRS deriva, por tanto, de un concepto emitido por la autoridad sanitaria competente. En consecuencia, someter cada prescripción a una nueva revisión por parte de la Junta de Profesionales de la Salud implicaría duplicar una evaluación ya realizada, sin aportar un control técnico adicional y generando una instancia que podría retrasar el acceso al tratamiento. Esta es precisamente la duplicidad que el parágrafo 3 del artículo 17 busca eliminar. La exención de la Junta no elimina los requisitos ni la responsabilidad asociados a la prescripción. El profesional tratante deberá justificar la decisión de acuerdo con el diagnóstico, la condición clínica del paciente y la evidencia científica disponible, dejando constancia en la historia clínica y en la herramienta tecnológica MIPRES. Asimismo, la responsabilidad directa de la prescripción permanece en cabeza del profesional de la salud y de la institución prestadora de servicios de salud, conforme con lo establecido en el proyecto. Respecto de la solicitud de crear un módulo técnico específico en MIPRES, se precisa que la herramienta ya cuenta con el mecanismo para la prescripción de medicamentos con usos incluidos en el listado UNIRS. La aplicación del parágrafo 3 del artículo 17 requiere únicamente un ajuste tecnológico en el flujo existente, de manera que estas prescripciones no sean remitidas a la Junta de Profesionales de la Salud y continúen directamente hacia las etapas de dispensamiento y suministro. La configuración de las validaciones informáticas, las tablas de referencia y las reglas de enrutamiento constituyen un aspecto técnico y operativo propio de la administración de la herramienta, que deberá desarrollarse en sus manuales, metodologías y documentos operativos. Por esta razón, no resulta necesario describir dicho ajuste tecnológico en la resolución ni ordenar la creación de un módulo nuevo.

No.	Fecha de recepción	Remitente	Observación recibida	Estado	Consideración desde entidad
30	16/07/2026	Guillermo Arturo Rico	Artículo 32 — Suministro efectivo; confusión de categorías entre PSS, PTS y dispensadores; ausencia de proveedores de servicios complementarios no sanitarios. Reformular el artículo 32 para: (i) demarcar claramente las obligaciones de los PSS, los PTS y los dispensadores según sus roles y naturaleza jurídica diferenciada; (ii) reconocer expresamente a los proveedores de servicios complementarios no sanitarios como actores con obligaciones de suministro y reporte en MIPRES; y (iii) precisar que el dispensador es un rol funcional asignado por la EPS conforme al artículo 3.2 de esta misma resolución, no una categoría de actor autónoma. El artículo 32 incluye a los dispensadores como categoría residual ("y otros agentes como dispensadores"), cuando el artículo 3.2 de la propia resolución los define como un rol funcional —no una categoría de actor— asignado por la EPS para el suministro efectivo. Esta confusión genera vacíos de responsabilidad y dificulta la trazabilidad. Adicionalmente, los proveedores de servicios complementarios no sanitarios (transporte no sanitario, cuidadores, albergue, elementos de apoyo a la movilidad) son invitados en el artículo 32, lo que impide que reporten el suministro efectivo en MIPRES y bloquee la trazabilidad del reconocimiento y el cobro ante ADRES. La distinción es indispensable para que el sistema opere con claridad de roles y responsabilidades diferenciadas, en coherencia con el artículo 4 literal d) y el artículo 1 del Proyecto.	Aceptada	Se acepta de manera parcial y se procederá a ajustar el articulado así como el resto del acto administrativo para establecer a los proveedores de servicios complementarios a quienes se le asigna el rol de dispensador.
31	16/07/2026	Guillermo Arturo Rico	Artículo 37 — Prescripción excepcional de tecnologías excluidas; fragmentación de los cuatro requisitos concurrentes de la Sentencia C-313 de 2014. Restituir íntegramente los cuatro requisitos concurrentes establecidos por la Sentencia C-313 de 2014 para la prescripción de tecnologías excluidas del PSS, sin suprimir, reformular ni fragmentar ninguno de ellos, y establecer expresamente su carácter simultáneo y acumulativo en un único artículo. El artículo 37 del Proyecto incorpora únicamente dos de los cuatro requisitos que la Sentencia C-313 de 2014 exige de forma concurrente: (i) amenaza a la vida o integridad, y (ii) ausencia de alternativa en el PSS. Omite los requisitos (iii) incapacidad económica del paciente para sufragar el costo, y (iv) que el médico tratante esté adscrito a la EPS solicitante. Si bien la verificación de la incapacidad económica se traslada al artículo 39, la separación arquetípica rompe la exigencia de concurrencia que la Corte estableció. La prescripción excepcional de exclusiones solo es constitucionalmente válida cuando los cuatro requisitos se verifican de forma simultánea. Fragmentar los artículos distintos sin remisión expresa entre ellos debilita el estándar fijado por la Corte y puede dar lugar a prescripciones que satisfagan solo algunos requisitos sin que medie el control integral que la jurisprudencia exige.	No aceptada	En atención a su observación sobre el artículo 37 del proyecto de resolución, se aclara que la distribución de los requisitos establecidos por la Sentencia C-313 de 2014 en diferentes artículos no fragmenta ni debilita su carácter concurrente. Esta distribución responde a la necesidad de garantizar claridad y precisión en la regulación de cada requisito, facilitando su implementación y cumplimiento. El proyecto de resolución incluye remisiones expresas entre los artículos para asegurar que los requisitos sean verificados de manera simultánea y acumulativa, en cumplimiento de la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Por lo tanto, no es necesario restituir los requisitos en un único artículo. La observación es improcedente, ya que la distribución de los requisitos en diferentes artículos del proyecto de resolución no afecta su carácter concurrente ni debilita el estándar fijado por la Sentencia C-313 de 2014. Por el contrario, esta distribución permite un desarrollo reglamentario más claro y detallado, garantizando su cumplimiento en la práctica. En cuanto a la causal iv relacionada con: "Que el medicamento o tratamiento excluido del plan obligatorio haya sido ordenado por el médico tratante del afiliado o beneficiario, profesional que debe estar adscrito a la entidad prestadora de salud a la que se solicita el suministro". No requiere ser destacada como un requisito adicional, ya que el marco normativo ya establece que las prescripciones deben ser realizadas por profesionales adscritos. Esto está implícito en el diseño del sistema de prescripción excepcional y no genera un vacío normativo ni afecta la secuencia lógica de los procedimientos establecidos.
32	16/07/2026	Guillermo Arturo Rico	Presupuestos máximos — Subregistro en MIPRES y su impacto en el cálculo deficitario del presupuesto (Ley 1955 de 2019, artículo 243). Incluir en la resolución disposiciones que establezcan mecanismos de saneamiento del registro histórico de prescripciones en MIPRES y de corrección del cálculo de los presupuestos máximos cuando se acredite prescripción válida sin registro oportuno en la herramienta, con el fin de evitar la subestimación estructural del presupuesto disponible. La resolución no aborda el problema estructural del subregistro de prescripciones en MIPRES y su impacto directo en el cálculo de los presupuestos máximos por parte de ADRES (Ley 1955 de 2019, artículo 243). Cuando las prescripciones no se registran completa y oportunamente —por barreras técnicas, omisión o prescripción en contingencia sin posterior carga— el denominador del cálculo queda subestimado, generando presupuestos insuficientes que afectan la sostenibilidad del sistema y el acceso efectivo. La norma debe incluir mecanismos de saneamiento del registro histórico y de corrección del cálculo cuando se acredite prescripción sin registro, como condición indispensable para la integridad del mecanismo de presupuestos máximos y la sostenibilidad financiera del sistema.	No aceptada	No se acepta la observación, porque aunque aborda una problemática financiera relevante, la creación de mecanismos de saneamiento histórico y corrección de Presupuestos Máximos corresponde al ámbito de financiación, reconocimiento y administración de recursos del sistema, materias que exceden el objeto regulatorio de la presente resolución sobre MIPRES.
33	16/07/2026	Guillermo Arturo Rico	Artículos 46 a 49 — Redundancia normativa con el Decreto 780 de 2016; invasión de la competencia de ADRES; remisión a la Resolución 067 de 2025. Eliminar los artículos 47, 48 y 49. Reformular el artículo 46 como disposición de articulación que: (i) reconozca la competencia operativa de ADRES; (ii) establezca el ciclo cerrado en MIPRES como condición necesaria para la presentación del recibo; y (iii) remita expresamente a la Resolución 067 de 2025 —o a la norma que la modifique o sustituya— y a los artículos 2.6.4.3.5.1.1 y 2.6.4.3.5.1.3 del Decreto 780 de 2016 para todo lo demás. El artículo 47 reconoce expresamente que los requisitos del recibo/cobro "corresponden a los previstos en el artículo 2.6.4.3.5.1.3 del Decreto 780 de 2016", evidenciando que carece de contenido normativo propio. Los artículos 48 y 49 regulan procedimientos —radicación, auditoría integral, respuesta a glosa, pago— que son materia propia de la reglamentación operativa de ADRES, cuya competencia está establecida en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 y el artículo 3 del Decreto 1429 de 2016. Adicionalmente, el proceso de recibo/cobro tiene instrumento normativo propio en la Resolución 067 de 2025, por lo que regularlo en esta resolución genera dualidad normativa y riesgo de contradicción. El vínculo entre MIPRES y el proceso de recibo se agota en la exigencia del ciclo cerrado como soporte documental; lo demás no hace parte del objeto de MIPRES como herramienta tecnológica ni del reconocimiento y pago de tecnologías no UPC.	No aceptada	La Ley 1753 de 2015 y el Decreto 1429 de 2016 establecen las competencias de la ADRES, entre las cuales se incluyen la administración de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la adopción de mecanismos técnicos y operativos para su funcionamiento. Sin embargo, esto no implica que el Ministerio de Salud no pueda emitir regulaciones que establezcan los lineamientos generales para el acceso y pago de tecnologías no financiadas con recursos de la UPC. Por el contrario, el artículo 5 de la Ley 1751 de 2015 impone al Estado la obligación de formular y adoptar políticas de salud que aseguren la coordinación armónica de todos los agentes del sistema. El proyecto de resolución no regula las funciones operativas específicas de la ADRES, sino que establece un marco normativo general y unos términos que orienta a todos los actores del sistema de salud, incluyendo la ADRES, en el cumplimiento de sus funciones. Esto se encuentra en línea con el principio de coordinación armónica establecido en la Ley 1751 de 2015. Los artículos 46 a 49 del proyecto de resolución no solo son coherentes con el marco normativo vigente, sino que también cumplen con mandatos legales y judiciales que buscan superar las barreras de acceso y garantizar la articulación entre las competencias del Ministerio de Salud y la ADRES. En particular, el artículo 46 establece un marco de articulación que permite garantizar la trazabilidad, control y racionalidad en el acceso a las tecnologías en salud. Los artículos 47, 48 y 49 detallan procedimientos específicos que son necesarios para la implementación efectiva de los lineamientos generales establecidos en el Decreto 780 de 2016.
34	16/07/2026	Guillermo Arturo Rico	Artículo 59 — Vigencia y derogatoria; ausencia de vacatío legis y disposiciones transitorias. Establecer un vacatío legis mínima de 90 días corridos desde la publicación de la resolución, y previsiones transitorias que regulen: (i) el tránsito de las prescripciones en curso a la fecha de entrada en vigor; (ii) los plazos de adaptación técnica de los módulos de MIPRES; y (iii) los mecanismos de capacitación de los actores del sistema antes de la implementación obligatoria. El artículo 59 establece la entrada en vigor inmediata a partir de la publicación, sin período de transición. El Proyecto introduce cambios sustanciales en roles, reglas y requisitos de prescripción —nuevos módulos para UNIRS, prescripción excepcional de exclusiones para el Régimen Contributivo, ajuste de roles de la EPS, modificación de plazos de reporte— que requieren adaptaciones técnicas en MIPRES, actualización de sistemas de información de EPS e IPS, y capacitación de los profesionales de la salud. La entrada en vigor inmediata hace inviable el cumplimiento en primer día y genera inseguridad jurídica para todos los actores. Una vacatío legis de 90 días y disposiciones transitorias adecuadas son condición mínima de una implementación técnica y jurídicamente responsable.	Aceptada	Se acepta la observación, se considera pertinente incorporar una disposición de transición. Lo anterior obedece a que la implementación del nuevo marco regulatorio implica ajustes funcionales, operativos y tecnológicos en la herramienta MIPRES, así como la adecuación de procesos por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Adaptadas, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), proveedores y demás actores responsables del registro, validación, seguimiento y suministro de tecnologías en salud.
35	16/07/2026	Guillermo Escobar	MI observación puntual recae sobre los requisitos para realizar la prescripción estipulados en el numeral 8.5 del Artículo 8, el cual establece textualmente lo siguiente: "Que se consigne de forma expresa en la historia clínica del paciente y en la herramienta tecnológica, sin que ello implique realizar registros dobles de la información, el cumplimiento de los criterios que debe verificar el profesional de la salud que prescribe, conforme con lo señalado en el artículo 9 de esta resolución". Al respecto, existe una limitación tecnológica operativa: la API (interfaz de Programación de Aplicaciones) de MIPRES no cuenta con un servicio interoperable que permita enviar o registrar automáticamente la información de la prescripción desde los sistemas de Historia Clínica Electrónica de las instituciones de salud hacia la plataforma del Ministerio; en la actualidad, la API únicamente dispone de servicios de consulta. Teniendo en cuenta esta realidad tecnológica, surge la siguiente inquietud técnica: ¿De qué manera tiene contemplado el Ministerio que las instituciones prestadoras y los profesionales de la salud cumplan con la orden expresa de no "realizar registros dobles de la información"? Dado que la API no permite la transmisión de estos datos de escritura, en la práctica el profesional de la salud ordenador o prescriptor se ve obligado a realizar un doble esfuerzo o reproceso: por un lado, consignar detalladamente la justificación técnica y clínica en el software de la historia clínica institucional y, por el otro, ingresar nuevamente y de forma manual los mismos criterios estipulados en el artículo 9 directamente en la herramienta tecnológica MIPRES. Por lo anteriormente expuesto, se solicita no incluir el numeral 8.5 del artículo 8, o en su defecto, definir y consignar de forma explícita en la Resolución la forma en que se resolverá esta brecha operativa en el marco de la nueva resolución, o si el Ministerio de Salud tiene prevista la pronta liberación de un endpoint o servicio web (API) transaccional que permita la inserción directa de las prescripciones desde las historias clínicas electrónicas, para así dar cumplimiento cabal al objetivo de reducir la carga administrativa y la doble digitación.	No aceptada	No se considera procedente la observación presentada toda vez que no existe limitación tecnológica por cuanto la captura de datos para la prescripción a través del front de MIPRES obedece a validaciones propias que minimizan en un 100% las glosas administrativas, minimiza las glosas por inexistencia de las tecnologías en salud no financiadas por la UPC y servicios complementarios. Adicionalmente, se garantiza la autonomía del profesional de la salud al momento de realizar la selección de las mismas.
36	24/07/2026	AMCHAM Cámara de comercio colombiano Americana	En esta oportunidad, y atendiendo al interés manifestado por nuestros afiliados del sector salud, nos permitimos remitir observaciones al Proyecto de Resolución "Por la cual se actualizan los procedimientos de acceso, prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)", y se dictan otras disposiciones. Desde AmCham Colombia consideramos que el análisis del proyecto debería partir de una revisión integral sobre la forma en que se han incluido las obligaciones de prescripción, reporte, suministro, verificación, control, pago y análisis de información en la herramienta tecnológica MIPRES. En particular, resulta necesario evaluar la delimitación de responsabilidades entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la interoperabilidad con los sistemas institucionales, la trazabilidad de la información, la protección de datos personales, la continuidad terapéutica de los pacientes y la viabilidad operativa de los nuevos reportes y procedimientos. En este sentido, y luego de una revisión detallada del proyecto normativo, nos permitimos presentar los siguientes comentarios: Artículo 4, literales b), c) y d) - Responsabilidades de Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas, Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores de Tecnologías en Salud. La resolución incorpora múltiples obligaciones de reporte, trazabilidad y capacitación en el uso de la herramienta tecnológica MIPRES para los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Desde la perspectiva de transformación digital, sería conveniente que el Ministerio de Salud y Protección Social defina estándares de interoperabilidad, APIs o mecanismos de integración con los sistemas institucionales de los actores obligados, con el fin de evitar reprocesos manuales, duplicidad de registros y aumento de cargas administrativas. Esta precisión permitiría favorecer la calidad de los datos, la oportunidad de la información reportada y el desarrollo de capacidades de analítica avanzada dentro del sistema, sin trasladar cargas operativas innecesarias a EPS, entidades adaptadas, prestadores, proveedores y demás actores que intervienen en el proceso. En ese sentido, se sugiere amablemente incluir un párrafo en el artículo 4 en los siguientes términos: "Párrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá la definición de estándares de interoperabilidad, interfaces de programación de aplicaciones (APIs) o mecanismos de integración tecnológica que permitan la transmisión automatizada, segura y trazable de información entre la herramienta tecnológica MIPRES y los sistemas de información de las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud y demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de reducir reprocesos manuales, evitar duplicidad de registros y fortalecer la calidad, oportunidad y consistencia de la información reportada."	No aceptada	No se considera procedente la observación realizada de incorporar el párrafo propuesto, dado que el artículo 4 tiene como finalidad establecer las responsabilidades de los actores y no definir especificaciones técnicas de interoperabilidad. El proyecto ya establece obligaciones relacionadas con infraestructura tecnológica, uso adecuado de MIPRES, reporte oportuno, integridad, consistencia y trazabilidad de la información. Los mecanismos específicos de integración tecnológica, APIs, arquitectura y seguridad de la información corresponden a aspectos operativos que pueden desarrollarse mediante lineamientos, protocolos, manuales o especificaciones técnicas.
37	24/07/2026	AMCHAM Cámara de comercio colombiano Americana	Artículos 31, 35, 52, 55 y 56 — Reporte, análisis y explotación de información. La resolución fortalece de manera importante el ecosistema de datos de MIPRES y contempla la consolidación de información en SISPRO para análisis, indicadores, alertas y monitoreo. Esta evolución puede convertirse en una herramienta estratégica para generar evidencia sobre el uso de tecnologías en salud, comportamiento epidemiológico y resultados en salud. Sin embargo, sería deseable que la información agregada y anonimizada también pueda ser aprovechada por actores del ecosistema para fines de investigación, evaluación de tecnologías sanitarias y generación de evidencia del mundo real. En ese sentido, se recomienda amablemente incluir mecanismos de acceso a datos agregados y anonimizados para investigadores y generación de evidencia en salud, bajo criterios de protección de datos personales, reserva de la información sensible y cumplimiento de la normativa vigente.	No aceptada	No se considera procedente la observación recibida dado que el proyecto ya contempla la consolidación e integración de la información de MIPRES en SISPRO y su utilización para análisis, estudios, investigaciones, indicadores y monitoreo. El acceso a esta información debe realizarse conforme a las normas vigentes sobre protección de datos personales, confidencialidad, seguridad y reserva de la información.
38	24/07/2026	AMCHAM Cámara de comercio colombiano Americana	Artículo 18 – Enfermedades huérfanas. La resolución permite iniciar tratamiento farmacológico mientras se confirma el diagnóstico definitivo y otorga un plazo de hasta sesenta (60) días para dicha confirmación. Esta disposición puede contribuir a reducir barreras de acceso terapéutico para pacientes con sospecha de enfermedades huérfanas o raras. Sin embargo, no se establece qué ocurre cuando las pruebas diagnósticas especializadas no se encuentran disponibles dentro de ese plazo o cuando existen retrasos atribuibles al paciente. En el caso de patologías raras complejas y enfermedades de baja prevalencia, los tiempos diagnósticos pueden exceder dicho término por limitaciones en la disponibilidad de especialistas, pruebas confirmatorias o servicios especializados. En relación con el recibo de este tipo de enfermedades, el proyecto reafirma la posibilidad de recibo o cobro asociado a estos pacientes, lo cual contribuye a la sostenibilidad financiera de terapias de alto costo. No obstante, sería conveniente garantizar expresamente la continuidad terapéutica durante los procesos de verificación y auditoría ante la ADRES. En ese sentido, se solicita incorporar que, cuando existan barreras demostrables de acceso diagnóstico o limitaciones de oferta de servicios especializados, el tratamiento aprobado por la Junta de Profesionales de la Salud pueda mantenerse hasta culminar el proceso diagnóstico. Adicionalmente, se sugiere incluir un párrafo que precise que los procesos de auditoría y recibo no podrán suspender ni retrasar tratamientos en curso de pacientes con enfermedades huérfanas o raras.	No aceptada	No se considera procedente la observación recibida. El artículo 18 ya establece una medida excepcional que permite iniciar el tratamiento farmacológico en pacientes con sospecha de enfermedad huérfana, previa aprobación de la Junta de Profesionales de la Salud, antes de contar con la confirmación definitiva. Paralelamente, se establece para la IPS la obligación de realizar las pruebas confirmatorias en un plazo máximo de sesenta (60) días. Este término busca evitar que las dificultades de acceso diagnóstico se conviertan en situaciones indefinidas y generar una obligación concreta de gestión y oportunidad para las instituciones responsables.

No.	Fecha de recepción	Remitente	Observación recibida	Estado	Consideración desde entidad
39	24/07/2026	AMCHAM Cámara de comercio colombiano Americana	Artículo 18 – Enfermedades huérfanas. La resolución permite iniciar tratamiento farmacológico mientras se confirma el diagnóstico definitivo y otorga un plazo de hasta sesenta (60) días para dar dicha confirmación. Esta disposición puede contribuir a reducir barreras de acceso temprano para pacientes con sospecha de enfermedades huérfanas o raras. Sin embargo, no se establece qué ocurre cuando las pruebas diagnósticas especializadas no se encuentran disponibles dentro de ese plazo o cuando existen retrasos atribuibles al sistema. En el caso de patologías raras complejas y enfermedades de baja prevalencia, los tiempos diagnósticos pueden exceder dicho término por limitaciones en la disponibilidad de especialistas, pruebas confirmatorias o servicios especializados. En relación con el recibo de este tipo de enfermedades, el proyecto reafirma la posibilidad de recibo o cobro asociado a estos pacientes, lo cual contribuye a la sostenibilidad financiera de terapias de alto costo. No obstante, sería conveniente garantizar expresamente la continuidad terapéutica durante los procesos de verificación y auditoría ante la ADRES. En ese sentido, se solicita incorporar que, cuando existan barreras demostrables de acceso diagnóstico o limitaciones de oferta de servicios especializados, el tratamiento aprobado por la Junta de Profesionales de la Salud pueda mantenerse hasta culminar el proceso diagnóstico. Adicionalmente, se sugiere incluir un párrafo que precise que los procesos de auditoría y recibo no podrán suspender ni retrasar tratamientos en curso de pacientes con enfermedades huérfanas o raras.	No aceptada	No se considera procedente la solicitud por cuanto la regulación sobre auditoría, verificación y recibo se encuentran establecido en los artículos 48 al 50 del proyecto de acto administrativo. Se comparte el propósito de garantizar la continuidad terapéutica; sin embargo, no se considera necesario incorporar una disposición adicional porque esta garantía ya se encuentra contemplada transversalmente en el proyecto. Las EPS y entidades adaptadas tienen la obligación de garantizar el suministro oportuno de las tecnologías prescritas y aprobadas cuando corresponda. Asimismo, los procesos administrativos, de auditoría, verificación, control y pago no constituyen una autorización previa para garantizar la atención del usuario ni pueden convertirse en barreras de acceso. Los procesos de recibo o auditoría ante la ADRES corresponden a relaciones administrativas y financieras entre los actores del sistema y son independientes de la obligación de garantizar la prestación del servicio.
40	24/07/2026	AMCHAM Cámara de comercio colombiano Americana	Artículos 31, 35, 52, 55 y 56 – Análisis y monitoreo. La consolidación de información en MIPRES y SISPRO representa una oportunidad relevante para el seguimiento de enfermedades huérfanas y raras. Esta información permitirá generar evidencia sobre uso de tecnologías en salud, seguimiento de pacientes, tiempos de acceso, continuidad terapéutica y resultados en salud. Lo anterior podría fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia para patologías de baja prevalencia, en las que la disponibilidad de información agregada y trazable resulta especialmente útil para orientar acciones de política pública, planeación sectorial y seguimiento a la oportunidad en el acceso. En ese sentido, se propone habilitar análisis diferenciados para enfermedades huérfanas y raras, con publicación periódica de indicadores agregados y anonimizados, garantizando en todo caso la protección de datos personales, la reserva de la información sensible y el cumplimiento de la normativa vigente. Desde AmCham Colombia agradecemos al Ministerio de Salud y Protección Social la apertura de este espacio de consulta pública. A partir de las observaciones presentadas, consideramos que la actualización del procedimiento MIPRES debería orientarse a facilitar el acceso oportuno a las tecnologías en salud y servicios complementarios, sin generar cargas operativas adicionales que puedan traducirse en reprocesos, duplicidades o barreras administrativas para los actores del sistema.	No aceptada	No se considera procedente la solicitud. Se reconoce la utilidad de efectuar análisis específicos para enfermedades huérfanas, sin embargo, no se considera procedente establecer en el acto administrativo una obligación de generar y publicar periódicamente indicadores para una patología o grupo específico. El proyecto ya contempla para la verificación de la consolidación, integración, análisis y explotación de información de MIPRES y SISPRO, que permite desarrollar indicadores, estudios, investigaciones, seguimiento y monitoreo. La selección de indicadores, periodicidad, desagregación y metodología debe responder a las necesidades técnicas, epidemiológicas y de política pública de cada momento, conservando la flexibilidad para priorizar diferentes poblaciones, tecnologías y condiciones de salud. En consecuencia, la observación no se acepta, sin perjuicio de que el Ministerio pueda desarrollar análisis e indicadores específicos sobre enfermedades huérfanas cuando resulte técnica y epidemiológicamente pertinente.
41	27/07/2026	SEGUROS SURA COLOMBIA	Se solicita precisar los criterios, la metodología, las fuentes de información y el instrumento que deben utilizar las EPS para verificar la capacidad económica del afiliado, así como la forma en que debe emitirse el concepto dentro del término de setenta (70) horas. Se sugiere, además, evaluar si dicho plazo resulta suficiente frente a la valoración integral y cualitativa que exige la norma, y aclarar el alcance y los efectos de esta verificación dentro del proceso de acceso (Artículos 4 literal b) numeral x), 38, 39 y 40).	No aceptada	No se acepta la observación en el sentido de incorporar en el acto administrativo una metodología única, fuentes específicas de información o un instrumento estandarizado para la verificación de la capacidad económica del afiliado. Lo anterior, por cuanto los criterios generales que deben orientar dicha verificación ya se encuentran definidos en el proyecto de resolución, particularmente en los artículos 39 y 40, los cuales desarrollan los parámetros derivados de la jurisprudencia constitucional para la valoración de la incapacidad económica en el marco de la prescripción excepcional de tecnologías excluidas. En dichos artículos se establece que la evaluación debe realizarse de manera integral y cualitativa, atendiendo aspectos como la afectación del mínimo vital, la proporcionalidad entre los ingresos disponibles y el costo de la tecnología requerida, las cargas económicas asociadas a la condición de salud del afiliado, su eventual condición de sujeto de especial protección constitucional, el acceso a la tecnología a través de planes complementarios de salud, medicina prepagada o programas de atención suministrados por algunos empleadores y la información disponible en otras bases de datos. En ese sentido, se considera que corresponde a cada Entidad Promotora de Salud (EPS) o Entidad Adaptada (EA), en ejercicio de sus competencias de aseguramiento y gestión del riesgo, definir los procedimientos operativos, mecanismos de análisis, instrumentos de evaluación y criterios específicos para la emisión del concepto de incapacidad económica, de acuerdo con las particularidades de sus procesos internos y la información disponible en sus propios sistemas de información. Asimismo, las EPS y EA podrán apoyarse en las diferentes fuentes de información oficiales y plataformas dispuestas por el Estado colombiano a las cuales tengan acceso en virtud de sus competencias legales, así como en la información contenida en sus bases de datos institucionales, garantizando en todo caso la observancia de los principios de buena fe, razonabilidad, proporcionalidad, dignidad humana, protección del mínimo vital y protección de datos personales. Respecto de la emisión del concepto dentro del término previsto en el artículo 40, se precisa que la resolución establece un plazo máximo de setenta y dos (72) horas para que la EPS o EA adelante la verificación y deje constancia del análisis efectuado en sus sistemas de información. Este término resulta razonable en la medida en que la verificación constituye una actuación posterior a la prescripción médica y se fundamenta principalmente en la consulta y análisis de información disponible por parte de la entidad responsable del aseguramiento. Adicionalmente, la regulación deja claro que esta verificación no constituye un requisito para la formulación clínica ni para el registro de la prescripción en MIPRES, por lo que su desarrollo no puede convertirse en una barrera de acceso ni afectar la autonomía del profesional tratante.
42	27/07/2026	SEGUROS SURA COLOMBIA	Se recomienda incorporar expresamente, dentro de las responsabilidades del artículo 4, literal b), las actividades relacionadas con los controles de seguridad y efectividad de las prescripciones previstas en el artículo 32, con el fin de armonizar ambas disposiciones (Artículos 4 literal b) y 32).	No aceptada	Los controles de seguridad y efectividad de las prescripciones ya se encuentran regulados expresamente en el artículo 32 como parte de las obligaciones asociadas al suministro efectivo de las tecnologías y servicios de salud. En consecuencia, se considera que la regulación vigente resulta suficiente y que su incorporación adicional dentro del artículo 4 generaría una duplicidad normativa innecesaria, sin aportar un efecto regulatorio adicional. La articulación entre ambas disposiciones se mantiene mediante una interpretación sistemática de la resolución, en la cual el artículo 4 define las responsabilidades generales de los actores y el artículo 32 desarrolla las obligaciones específicas relacionadas con la garantía del suministro efectivo, la seguridad, la efectividad y la trazabilidad de las tecnologías prescritas.
43	27/07/2026	SEGUROS SURA COLOMBIA	Se solicita revisar la restricción del artículo 7, de manera que las áreas de auditoría de las EPS puedan consultar las prescripciones previas activas o sucesivas del usuario cuando ello sea necesario para validar la seguridad, efectividad, pertinencia y continuidad de las prescripciones, observando en todo caso los principios de finalidad, necesidad, proporcionalidad, confidencialidad y seguridad de la información (Artículo 7).	No aceptada	No se considera procedente la observación por cuanto el artículo 7 del proyecto de acto administrativo es muy claro y le permite el acceso a las prescripciones a EPS o EA de todos los actores involucrados, incluyendo la parte de auditorías, es decir no se establece ninguna restricción para el caso. Las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, los Prestadores de Servicios de Salud y los Proveedores de Tecnologías en Salud podrán consultar únicamente las prescripciones de sus afiliados o las realizadas por ellos, de conformidad con los perfiles y niveles de acceso definidos en la herramienta tecnológica MIPRES.
44	27/07/2026	SEGUROS SURA COLOMBIA	Se solicita precisar el alcance de las actividades de auditoría que pueden adelantar las EPS frente al cumplimiento de los requisitos y criterios de los artículos 8 y 9, especialmente cuando se identifiquen situaciones que puedan afectar la seguridad, efectividad o pertinencia de una tecnología prescrita, armonizando esa precisión con el artículo 14 y sin afectar la autonomía profesional del prescriptor ni generar barreras de acceso (Artículos 8, 9 y 14).	No aceptada	No se considera necesario incorporar una precisión adicional, dado que las EPS pueden adelantar actividades de auditoría, seguimiento y verificación del cumplimiento de los requisitos establecidos en la regulación, incluyendo la identificación de situaciones que puedan afectar la seguridad, efectividad o pertinencia de la tecnología prescrita. Estas actuaciones deben realizarse en el marco de sus competencias de gestión del riesgo, sin constituirse en mecanismos de autorización previa, modificación unilateral de la prescripción o generación de barreras de acceso, y respetando en todo momento la autonomía profesional del prescriptor. En ese sentido, los artículos 8, 9 y 14 deben aplicarse de manera armónica bajo estos principios.
45	27/07/2026	SEGUROS SURA COLOMBIA	Se solicita complementar el numeral 9.9 para señalar expresamente que la prescripción de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME) debe ajustarse a las condiciones, indicaciones, población objetivo y demás especificaciones del respectivo registro sanitario otorgado por el INVIMA. Se sugiere, además, precisar si la evaluación clínica también debe considerar las condiciones de uso de la ficha técnica del producto, con el fin de lograr una aplicación homogénea de los criterios (Artículo 9, numeral 9.9).	No aceptada	No se considera procedente por cuanto la observación excede el alcance del proyecto de acto administrativo, con los criterios establecidos se establece la validez de la prescripción de los APME.
46	27/07/2026	SEGUROS SURA COLOMBIA	Se solicita aclarar el alcance del párrafo 3 del artículo 10, en particular el papel del profesional de medicina de la EPS y su interacción con la solicitud del médico tratante, precisando si estos servicios deberán gestionarse exclusivamente por esa vía o si continuarán operando los mecanismos de prescripción actualmente utilizados (Artículo 10, párrafo 3).	Aceptada	Se acepta de manera parcial. Se considera procedente precisar el alcance de la intervención de la EPS en la gestión de los traslados ambulatorios no financiados con recursos de la UPC, diferenciando claramente la determinación de la necesidad de la tecnología o servicio de salud de las actividades requeridas para garantizar el acceso efectivo a dicha atención. Si bien la necesidad de la tecnología o servicio de salud corresponde al profesional tratante responsable de la atención del paciente, la procedencia del traslado ambulatorio no depende exclusivamente de criterios clínicos, sino también de las condiciones de oferta de servicios, la disponibilidad de la red de prestadores y los acuerdos de voluntades suscritos por la EPS. En consecuencia, el profesional tratante no necesariamente dispone de la información requerida para determinar la necesidad del traslado derivada de la organización de la red de prestación. En virtud de lo anterior, se ajusta la redacción para aclarar que, cuando el traslado ambulatorio no haya sido incluido en la prescripción y resulte necesario para garantizar el acceso a la tecnología o servicio requerido por el paciente, la EPS podrá efectuar su registro en la herramienta tecnológica MIPRES a través de un profesional en medicina designado para tal efecto. Esta actuación tiene un alcance estrictamente operativo y de gestión del acceso, sin que implique una nueva valoración clínica ni la determinación de la necesidad de la tecnología o servicio de salud, la cual continúa siendo competencia exclusiva del profesional tratante. Párrafo 3. Cuando se requiera la gestión de un traslado ambulatorio no financiado con recursos de la UPC para garantizar el acceso a una tecnología o servicio de salud y este no haya sido incluido en la prescripción, la EPS podrá realizar su registro en la herramienta tecnológica MIPRES a través de un profesional en medicina designado para tal efecto, con fundamento en la atención requerida por el afiliado, las condiciones de prestación del servicio y los acuerdos de voluntades suscritos con su red de prestadores. Esta actuación no implica la determinación de la necesidad clínica de la tecnología o servicio de salud, la cual corresponde al profesional tratante responsable de la atención.
47	27/07/2026	SEGUROS SURA COLOMBIA	Se solicita precisar el alcance o definición de la expresión “cáncer en cuidados paliativos” del numeral 11.3, mediante criterios objetivos que permitan identificar a los pacientes que acceden a la excepción del análisis por la Junta de Profesionales de la Salud (Artículo 11, numeral 11.3).	No aceptada	La determinación de la condición de paciente con cáncer en cuidados paliativos corresponde a una valoración clínica individual que debe realizar el profesional tratante con fundamento en la condición particular del paciente, la evidencia científica disponible y los lineamientos asistenciales aplicables. En consecuencia, se considera que la incorporación de criterios normativos específicos dentro de la presente resolución excede su objeto regulatorio y podría generar restricciones innecesarias al ejercicio de la autonomía profesional y a la atención individualizada de los pacientes. Adicionalmente, la herramienta tecnológica MIPRES incorpora mecanismos de validación orientados a garantizar la adecuada aplicación de esta excepción. En particular, el profesional de la salud debe registrar y validar la información clínica correspondiente al diagnóstico de cáncer durante el proceso de prescripción, lo que permite que la herramienta aplique las reglas de negocio definidas para estos casos. De igual manera, el procedimiento contempla controles adicionales durante el trámite de la solicitud, de manera que, cuando se identifique que una prescripción no requiere el análisis de la Junta de Profesionales de la Salud conforme a la regulación vigente, esta podrá continuar el flujo correspondiente sin necesidad de someterse a dicho concepto. En ese sentido, la normativa y la herramienta tecnológica ya disponen de mecanismos clínicos, operativos y de validación que permiten verificar la procedencia de la excepción, garantizando un uso adecuado de esta y evitando la imposición de definiciones adicionales que puedan limitar la valoración clínica individual o restringir el acceso oportuno a las tecnologías requeridas por los pacientes.
48	27/07/2026	SEGUROS SURA COLOMBIA	Se sugiere incluir expresamente en el artículo 17 los tratamientos farmacológicos prescritos a pacientes con sospecha de enfermedad huérfana cuya aprobación corresponde a la Junta, conforme al artículo 18. Se recomienda, además, precisar las consecuencias del incumplimiento del plazo de sesenta (60) días para la confirmación diagnóstica y sus efectos sobre la continuidad del tratamiento ya aprobado y sobre el trámite de recibo o cobro ante la ADRES, indicando que este trámite procede con independencia de que posteriormente se confirme o no el diagnóstico de enfermedad huérfana (Artículos 17 y 18).	No aceptada	No se considera procedente por cuanto la observación excede el alcance del proyecto de acto administrativo.
49	27/07/2026	SEGUROS SURA COLOMBIA	Se solicita precisar el procedimiento, el mecanismo o la ruta operativa mediante la cual las EPS deben reportar a la Superintendencia Nacional de Salud los incumplimientos de los tiempos de respuesta de las IPS responsables de las Juntas de Profesionales de la Salud (Artículo 25, numeral 25.6).	Aceptada	Se acepta de manera parcial. Se considera procedente aceptar la observación de manera parcial. Por lo anterior se ajusta el artículo de la siguiente manera: La Entidad Promotora de Salud (EPS) o Entidad Adaptada (EA) deberá reportar trimestralmente a la Superintendencia Nacional de Salud, los incumplimientos de los tiempos de respuesta establecidos en la presente resolución por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) responsables de las Juntas de Profesionales de su red. La Superintendencia Nacional de Salud será la responsable de determinar el procedimiento requerido para el reporte.
50	27/07/2026	SEGUROS SURA COLOMBIA	Se sugiere revisar la obligación de remitir a las EPS copia del acta de Junta y del consentimiento informado, evaluando su necesidad frente al registro de la información en MIPRES y a la responsabilidad que ya tienen la IPS y el Ministerio sobre la verificación de los requisitos, con el fin de evitar cargas operativas que no aportan valor al proceso. Se recomienda conservar dicha remisión únicamente para el supuesto del artículo 18, por constituir el soporte del trámite de recibo o cobro. Si la exigencia se mantiene de manera general, se solicita precisar sus efectos y su alcance para las EPS (Artículo 26, párrafo 2).	No aceptada	La observación no se considera procedente por cuanto los documentos que establece el proyecto de Resolución que deben acompañar las prescripciones que lo requieren, particularmente el acta de la Junta de profesionales de la salud y el consentimiento informado, que no se cargan a la plataforma tecnológica de MIPRES, deben ser custodiados por la EPS o EA, para mantener la trazabilidad de cada prescripción con sus soportes y que en eventuales procesos de auditorías cuenten con la documentación completa. Lo anterior, en el marco, de sus obligaciones administrativas.
51	27/07/2026	SEGUROS SURA COLOMBIA	Se solicita aclarar cómo se implementarán las obligaciones de reporte de la fecha de disponibilidad y de la fecha de suministro efectivo, precisando su finalidad y su incidencia en la medición de la oportunidad. Se recomienda indicar si estas obligaciones implicarán ajustes o desarrollos adicionales en MIPRES y en sus anexos técnicos, y establecer mecanismos de transición que otorguen a los actores un plazo razonable para realizar las adecuaciones tecnológicas, operativas y de procesos necesarias (Artículos 31, párrafo 4, y 35).	Aceptada	Se acepta la observación realizada de manera parcial teniendo en cuenta que se implementarán ajustes dentro de la herramienta tecnológica MIPRES, para lo cual se establecerá la Transitoriedad dentro del acto administrativo que permita realizar los ajustes requeridos.
52	27/07/2026	NUEVA EPS	1. Artículo 3. Responsabilidades de los actores. El proyecto amplía las responsabilidades de las EPS, quienes deben garantizar el suministro oportuno, realizar validaciones administrativas, efectuar transcripciones, disponer de infraestructura tecnológica, asegurar la capacitación del personal, reportar información, mantener canales de atención, evaluar la capacidad económica del afiliado y adelantar los procesos de recibo. No obstante, dichas obligaciones se asignan sin definir expresamente aquellas situaciones cuya gestión depende de otros actores del sistema, tales como prestadores, proveedores, profesionales de la salud o la propia infraestructura tecnológica nacional. Esta situación trasladada al asegurador responsabiliza sobre procesos que no controla de manera directa. Por lo anterior, se sugiere incorporar una disposición que establezca expresamente que las obligaciones asignadas a las EPS se circunscriben a las actividades bajo su control efectivo y que los incumplimientos derivados de actuaciones atribuibles a prestadores, proveedores, profesionales de la salud o indisponibilidades de plataformas oficiales no generarán responsabilidad para la EPS y una doble atribución de las mismas, siempre que esta haya designado las acciones necesarias para garantizar la continuidad de la atención.	No aceptada	Las responsabilidades previstas para las EPS corresponden a las competencias que les asigna el ordenamiento jurídico en materia de aseguramiento, garantía de acceso y gestión de la atención. La determinación de la responsabilidad frente a situaciones concretas debe realizarse de acuerdo con las circunstancias particulares de cada caso y conforme a las competencias de las autoridades de inspección, vigilancia y control, por lo que no resulta procedente establecer en esta resolución una exoneración general de responsabilidad frente a actuaciones atribuibles a otros actores o a situaciones operativas específicas.

No.	Fecha de recepción	Remitente	Observación recibida	Estado	Consideración desde entidad
53	27/07/2026	NUEVA EPS	2. Artículo 5. Autonomía médica. Si bien, el fortalecimiento de la autonomía médica constituye un desarrollo coherente con la Ley Estatutaria 1751 de 2015; la prohibición de cualquier intervención de la EPS puede dar lugar a interpretaciones que limiten el ejercicio de la autoridad médica propia del aseguramiento. Esto podría restringir la capacidad institucional para realizar seguimiento a la pertinencia, racionalidad y calidad de las prescripciones, afectando los procesos de gestión del riesgo en salud y sostenibilidad financiera de la EPS. Por lo expuesto, se propone precisar que las actividades de auditoría concurrente, retrospectiva y en línea, orientadas a verificar la pertinencia técnica, la adherencia a la evidencia científica y la calidad del registro clínico, no constituyen una limitación de la autonomía profesional ni una barrera de acceso, sino una función inherente al aseguramiento y al control de la atención.	No aceptada	No se considera procedente la observación por cuanto el artículo 5 del proyecto de acto administrativo regula el tema de la prescripción realizada a través de MIPRES y en ningún momento establece prohibiciones o limitaciones para el ejercicio de la actividad de auditorías.
54	27/07/2026	NUEVA EPS	3. Artículo 8. Responsabilidad sobre la prescripción. El proyecto establece que las prescripciones deberán ajustarse a las indicaciones autorizadas por el INVIMA, la evidencia científica, la historia clínica y el diagnóstico del paciente. No obstante, el texto no diferencia claramente la responsabilidad derivada del acto clínico, de la responsabilidad administrativa de la EPS, situación que podría traducirse en riesgos financieros y gastos por errores atribuibles exclusivamente al profesional tratante. Por cuanto es importante establecer expresamente que la responsabilidad derivada del incumplimiento de los criterios técnicos y científicos de la prescripción corresponde al profesional prescriptor y al prestador de servicios de salud donde este ejerce, sin trasladar sus efectos administrativos o financieros a la EPS, sin desconocer la responsabilidad del asegurador con relación a los criterios de seguimiento a su red prestadora. Adicionalmente para aquellas tecnologías financiadas con recursos del SGSSS que sean objeto para la prescripción por esta vía, es contemplar el diligenciamiento de la justificación de uso del producto.	No aceptada	No se considera necesario incorporar la precisión propuesta. El proyecto mantiene que la prescripción y su justificación clínica corresponden al profesional de la salud y que la decisión registrada no puede ser modificada por la EPS, entidad adaptada o IPS. A su vez, las EPS conservan sus responsabilidades de aseguramiento, seguimiento y gestión de su red, sin que ello implique asumir la responsabilidad clínica propia del acto de prescripción. Respecto de exigir una justificación adicional para tecnologías financiadas con recursos del SGSSS prescritas mediante MIPRES, no se considera procedente incorporar requisitos adicionales diferentes a los establecidos en el proyecto.
55	27/07/2026	NUEVA EPS	4. Servicios complementarios. El proyecto asigna a las EPS la gestión de las Juntas de Profesionales cuando la prescripción promueva de profesionales independientes, sin establecer tiempos máximos para la emisión del concepto correspondiente. Esta ausencia puede generar demoras en la atención, afectar la oportunidad del suministro y trasladar al asegurador consecuencias derivadas de procesos que dependen de terceros. Es importante establecer los tiempos máximos para la emisión del concepto por parte de la Junta de Profesionales y establecer mecanismos de contingencia cuando estos no puedan cumplirse. De otro lado, en el marco de la reglamentación vigente sobre la prescripción de tecnologías y servicios en salud, se evalúa la posibilidad de habilitar perfiles asistenciales diferentes al médico para realizar la transcripción de servicios complementarios a través del Rol Recobrador. Esta solicitud obedece a que un volumen importante de servicios complementarios, como transporte, alojamiento u otros servicios requeridos por ordenamientos judiciales son generados para garantizar el acceso efectivo a la atención en salud y requieren transcripciones o registros que generan una carga administrativa significativa para el personal médico, lo que puede traducirse en demoras innecesarias en la oportunidad de la atención y aumento de carga administrativa a la EPS. Cabe agregar que esta acción de ingreso a MIPRES por rol recobrador se homologa a la función asignada en el ingreso de la información por rol transcriptor, puesto que ambas acciones, parte de una orden médica, que requiere su ingreso en la herramienta del ministerio; actualmente el rol transcriptor ya cuenta con avil de asignación de éste perfil a profesionales de enfermería, adicionalmente la actual definición de asignación de perfil de rol recobrador exclusivamente a profesionales médicos encarece el costo administrativo de los aseguradores y encamina al uso de este profesional en acciones administrativas de ingreso de la información de lo ordenado por un par (médico).	No aceptada	El Rol Recobrador no constituye una función equivalente al Rol Transcriptor ni corresponde a una actividad exclusivamente administrativa. Su ejercicio implica la valoración integral de las necesidades asistenciales derivadas de una orden judicial y la determinación de las tecnologías y servicios requeridos para garantizar el tratamiento del paciente, actividades que exigen criterio clínico y corresponden al ámbito de competencias del profesional médico. En consecuencia, se considera necesario mantener la asignación de este perfil a profesionales médicos, con el fin de garantizar la adecuada interpretación de las órdenes judiciales, la integridad de la atención, la seguridad del paciente y la trazabilidad de las decisiones adoptadas en el marco de la herramienta tecnológica MIPRES.
56	27/07/2026	NUEVA EPS	5. Artículo 15. Contingencias. Aunque el proyecto fortalece la regulación de los escenarios de contingencia asociados a fallas de conectividad, indisponibilidad de MIPRES, problemas eléctricos e inconsistencias de afiliación, mantiene un plazo máximo de veinticuatro (24) horas para la transcripción de las prescripciones efectuadas mediante formularios de contingencia. En la práctica, este término puede resultar insuficiente cuando las contingencias se presentan durante fines de semana, festivos o eventos de indisponibilidad prolongada teniendo en cuenta las condiciones de los territorios en donde Nueva EPS tiene cobertura. Se propone ampliar el plazo de transcripción a cuarenta y ocho (48) horas hábiles o establecer un mecanismo flexible que considere la duración efectiva de la contingencia y los días no hábiles.	No aceptada	No se acepta la observación. El proyecto de resolución establece un plazo máximo de veinticuatro (24) horas para la transcripción de las prescripciones efectuadas mediante formularios de contingencia, con el objetivo de garantizar la oportunidad en el acceso a los servicios de salud y mantener la trazabilidad de las tecnologías en salud. Este plazo es coherente con los principios de continuidad y oportunidad del derecho a la salud y busca proteger el acceso oportuno y efectivo de los usuarios al sistema de salud.
57	27/07/2026	NUEVA EPS	6. Capítulo II. Juntas de Profesionales de la Salud (Artículos 17 al 30). El proyecto desarrolla integralmente la organización, funcionamiento y responsabilidades de las Juntas de Profesionales de la Salud, fortaleciendo el soporte técnico de las decisiones clínicas. Sin embargo, incorpora obligaciones adicionales para las EPS, entre ellas: - gestionar la reasignación de casos cuando una IPS no disponga de Junta; - realizar seguimiento a los tiempos; - informar incumplimientos a la Superintendencia Nacional de Salud; y - garantizar finalmente el suministro. En consecuencia, la EPS termina asumiendo responsabilidades operativas derivadas del funcionamiento interno de las IPS que derivan en una mayor carga operativa y administrativa del asegurador. Se recomienda precisar que la conformación, operación, oportunidad y funcionamiento de las Juntas constituyen una responsabilidad exclusiva de las IPS, correspondiendo a la EPS únicamente la articulación de la red y la coordinación administrativa necesaria para garantizar la continuidad de la atención. Igualmente, debe establecerse y delimitarse que los incumplimientos atribuidos a las IPS no generarán responsabilidad administrativa ni financiera para las EPS.	No aceptada	Si bien la conformación y funcionamiento de las Juntas de Profesionales de la Salud corresponde a las IPS, las obligaciones asignadas a las EPS dentro del proyecto se encuentran directamente relacionadas con las funciones de aseguramiento definidas por la ley, particularmente aquellas asociadas a la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud, la articulación de la red y la garantía del acceso efectivo de los afiliados. En consecuencia, no se considera procedente limitar dichas responsabilidades ni incorporar exoneraciones generales de responsabilidad, cuya determinación corresponde a las autoridades competentes de acuerdo con las circunstancias particulares de cada caso.
58	27/07/2026	NUEVA EPS	7. Enfermedades huérfanas. El proyecto permite el inicio de tratamientos de alto costo bajo sospecha clínica mientras se confirma el diagnóstico en un plazo de hasta sesenta (60) días. Aunque esta medida favorece el acceso oportuno, genera incertidumbre respecto al reconocimiento económico cuando posteriormente se descarte el diagnóstico para aquellas tecnologías que derivan dicho proceso administrativo. Se recomienda definir expresamente el tratamiento administrativo y financiero de estos casos, estableciendo las reglas para el reconocimiento de los servicios suministrados y la responsabilidad de cada actor cuando el diagnóstico inicial no sea confirmado, o cuando se hayan suministrado servicios y tecnologías bajo el diagnóstico presunto. De otro lado, es importante contemplar para otro tipo de patologías como los menores de edad con sospecha o diagnóstico de cáncer, la definición de la vía de financiación de los servicios asociados a su patología.	No aceptada	La medida prevista para enfermedades huérfanas tiene como propósito garantizar el acceso oportuno a tecnologías y servicios durante el proceso de confirmación diagnóstica y evitar que la ausencia de un diagnóstico definitivo constituya una barrera para la atención de pacientes con sospecha clínica fundada. En consecuencia, la procedencia de las tecnologías y servicios suministrados durante este período debe valorarse con base en la condición clínica existente al momento de la prescripción, la evidencia disponible y el cumplimiento de los requisitos establecidos en la presente regulación. Adicionalmente, no se considera procedente incorporar en esta resolución reglas específicas relacionadas con los procedimientos de auditoría, validación, reconocimiento económico o definición de responsabilidades financieras frente a diagnósticos posteriormente descartados, toda vez que dichas materias corresponden a los procesos de verificación, control y auditoría a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), entidad que desarrolla estas actividades a través de los instrumentos técnicos, manuales operativos, lineamientos y procedimientos de auditoría expedidos para tal fin. En consecuencia, la presente regulación se limita a establecer las condiciones de acceso y prescripción durante el período de confirmación diagnóstica, mientras que los aspectos asociados a validación, reconocimiento, auditoría y control de los recursos deberán aplicarse conforme a las disposiciones, manuales operativos y procedimientos definidos por la ADRES en el ámbito de sus competencias. Asimismo, no se considera procedente extender mediante esta disposición el tratamiento regulatorio previsto para enfermedades huérfanas a otros grupos de patologías, toda vez que ello requiere análisis técnicos, clínicos, financieros y regulatorios específicos que exceden el objeto de la presente regulación.
59	27/07/2026	NUEVA EPS	8. Tiempos de decisión de las Juntas. El proyecto establece tiempos máximos para la emisión de conceptos por parte de las Juntas; sin embargo, cuando dichos plazos no se cumplen, la EPS debe informar a la Superintendencia Nacional de Salud, gestionar alternativas dentro de la red y garantizar el suministro. Esta obligación implica asumir consecuencias derivadas del incumplimiento de un órgano cuya operación corresponde a la IPS. Se sugiere precisar y delimitar claramente la responsabilidad de la EPS frente a los incumplimientos de las Juntas de Profesionales, evitando que el asegurador responda por actuaciones cuya ejecución depende exclusivamente del prestador.	No aceptada	No se considera necesario incorporar una delimitación adicional. El proyecto diferencia las responsabilidades de la IPS y de la EPS: la IPS es responsable de la conformación, funcionamiento y oportunidad de las Juntas de Profesionales de la Salud, mientras que la EPS mantiene las obligaciones propias del aseguramiento, gestión del riesgo, seguimiento de su red y garantía de continuidad en el acceso. En caso de incumplimiento de los tiempos por parte de la Junta, el deber de la EPS es de reportar, gestionar alternativas dentro de la red y garantizar el suministro, no implica trasladar la responsabilidad por la actuación de la IPS, sino activar las medidas necesarias para evitar que dicho incumplimiento genere una barrera de acceso para el usuario.
60	27/07/2026	NUEVA EPS	9. Título de Recobros. Aunque la responsabilidad clínica se concentra en el profesional tratante, la EPS continúa siendo la entidad encargada de presentar el recibo ante la ADRES y, por tanto, asume inicialmente el impacto financiero de las glosas originadas por errores de prescripción o inconsistencias documentales atribuibles a terceros. Por lo tanto, se sugiere incorporar una disposición que permita trasladar la responsabilidad de las glosas derivadas de errores de prescripción, soportes clínicos o actuaciones propias del prestador al actor responsable de su generación, garantizando una distribución equitativa de los riesgos financieros.	No aceptada	Las EPS-EA (Entidades Promotoras de Salud – Entidades Adaptadas) son las responsables de garantizar de manera integral la prestación de los servicios y tecnologías en salud requeridos por sus afiliados. En desarrollo de esta obligación, les corresponde gestionar y tramitar ante la ADRES los recobros o reconocimientos económicos que resultan procedentes por los servicios y tecnologías financiadas por mecanismos diferentes a la UPC, toda vez que las IPS hacen parte de su red integral de prestadores y actúan en el marco de la relación contractual establecida con la EPS. Adicionalmente, las EPS-EA son las entidades que tienen la responsabilidad de asegurar la integridad, continuidad y trazabilidad de la atención en salud, incluyendo el seguimiento y validación de las prescripciones realizadas a través de la herramienta MIPRES. Por esta razón, cuentan con la información consolidada que les permite verificar la pertinencia, autorización, suministro y facturación de las tecnologías prescritas, así como ejercer el control sobre la ejecución de los recursos del sistema. Trasladar a las IPS la obligación de efectuar directamente los recobros ante la ADRES desconoce el rol que la normatividad asigna a las EPS-EA como aseguradoras y coordinadoras de la red de prestación de servicios, responsables de la gestión integral del riesgo en salud y de la adecuada administración de las prestaciones derivadas de las prescripciones realizadas en MIPRES. Por tanto, deben ser las EPS-EA quienes adelanten las solicitudes de reconocimiento y pago ante la ADRES, garantizando la consistencia, trazabilidad y control de la información asociada a dichas prestaciones.
61	27/07/2026	NUEVA EPS	10. Auditoría Integral de ADRES. El proyecto mantiene una única oportunidad para subsanar observaciones formuladas durante el proceso de auditoría. Cuando la información requerida depende de IPS, laboratorios o proveedores, esta limitación puede generar rechazos definitivos por causas ajenas al control de la EPS. Se recomienda establecer una etapa previa de requerimiento documental o una segunda oportunidad de subsanación para aquellos casos en los que las inconsistencias no sean imputables a la entidad recobratrice.	No aceptada	No se acepta la Observación. El proyecto de resolución prevé un procedimiento claro y estructurado para la auditoría integral de las solicitudes de recibo. En este marco, se establece que las entidades recobratrices tienen una única oportunidad para subsanar las observaciones formuladas durante el proceso de auditoría integral. Este procedimiento está diseñado para garantizar la eficiencia y celeridad en el análisis y resolución de los recobros, evitando dilaciones innecesarias que puedan afectar la disponibilidad presupuestal y el flujo de recursos dentro del sistema de salud.
62	27/07/2026	NUEVA EPS	11. Articulación entre Juntas y Recobros. El proyecto exige como soporte del recibo documentos cuya elaboración corresponde a la IPS, tales como el consentimiento informado, las actas de Junta, la decisión adoptada y los registros en MIPRES. La ausencia de cualquiera de estos documentos podría ocasionar el rechazo del recibo, aun cuando la tecnología haya sido efectivamente suministrada y la EPS no tenga control directo sobre su producción. Se recomienda establecer que las inconsistencias documentales atribuibles al prestador no afectarán el reconocimiento económico cuando exista evidencia suficiente de la prestación efectiva del servicio, la necesidad clínica y la correcta gestión por parte de la EPS.	No aceptada	Los documentos exigidos para los procesos de reconocimiento económico, auditoría, verificación y control constituyen soportes esenciales para acreditar el cumplimiento de las condiciones regulatorias aplicables y garantizar la trazabilidad en el uso de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, no se considera procedente establecer una regla general según la cual la ausencia de dichos documentos no afecte el reconocimiento económico cuando estos han sido definidos expresamente como requisitos de validación y control. Si bien algunos de estos soportes, son elaborados o custodiados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) o por los profesionales de la salud, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en desarrollo de sus funciones de aseguramiento, organización y garantía de la prestación de los servicios de salud, cuentan con mecanismos de articulación, coordinación y seguimiento frente a su red de prestadores que les permiten requerir, obtener y verificar la documentación necesaria para los procesos de auditoría, reconocimiento y control. En consecuencia, la ausencia de soportes exigidos por la regulación no puede ser sustituida de manera general por la sola acreditación del suministro efectivo de una tecnología o servicio cuando dichos documentos permiten verificar aspectos sustanciales relacionados con la pertinencia clínica, el cumplimiento de los procedimientos establecidos, la trazabilidad de la atención y la correcta aplicación de los recursos públicos. Por tanto, se considera necesario mantener los requisitos documentales previstos en el proyecto, sin perjuicio de las acciones de coordinación, seguimiento y gestión que correspondan a cada actor para garantizar la disponibilidad de los soportes requeridos.
63	27/07/2026	NUEVA EPS	GENERAL. Respecto a UNIRS, si bien resulta pertinente eliminar evaluaciones duplicadas por parte de las Juntas cuando los usos ya han sido evaluados por el INVIMA, sería conveniente que la resolución defina con mayor precisión el procedimiento operativo mediante el cual MIPRES reconocerá dichos usos armonizados, con el fin de evitar interpretaciones diferentes entre EPS, IPS y demás actores del sistema.	No aceptada	No se considera procedente la observación realizada toda vez que la herramienta tecnológica MIPRES sí prescribe medicamentos con indicaciones UNIRS desplegada de manera automática las indicaciones UNIRS aprobadas por INVIMA para ese medicamento con el fin de facilitar la selección por parte del profesional de la salud prescriptor.
64	27/07/2026	NUEVA EPS	GENERAL. En relación con las Juntas de Profesionales de la Salud, considero importante establecer tiempos máximos para la emisión de conceptos, tanto para las tecnologías que continuarán requiriendo su intervención como para los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME), evitando que la ausencia de términos se convierta en una barrera para el acceso oportuno de los pacientes.	No aceptada	No se considera necesario incorporar la precisión propuesta, dado que el proyecto ya establece tiempos máximos para la decisión de las Juntas de Profesionales de la Salud: tres (3) días calendario para prescripciones ambulatorias prioritizadas, urgencias e internación institucional o domiciliaria, y cinco (5) días calendario para las ambulatorias no prioritizadas. Estos términos también resultan aplicables a los APME que requieren aprobación de la Junta, conforme a los numerales 11.1 y 11.2. Adicionalmente, el proyecto contempla análisis específicos de APME que no requieren análisis por Junta, con el propósito de favorecer la oportunidad en el acceso. Por tanto, el marco regulatorio ya contempla términos definidos para evitar dilaciones en la emisión de los conceptos y en la continuidad del proceso de suministro.
65	27/07/2026	NUEVA EPS	GENERAL. En cuanto a los criterios de prescripción, sería recomendable precisar conceptos como "evidencia científica disponible", definiendo las fuentes técnicas de referencia que respaldarán las decisiones clínicas y los procesos de auditoría, con el propósito de brindar mayor seguridad jurídica y disminuir diferencias interpretativas entre los actores.	No aceptada	No resulta necesario ni pertinente que el acto administrativo incorpore una definición de "evidencia científica disponible", toda vez que el objeto de la regulación no es establecer estándares metodológicos de evaluación de la evidencia científica ni fijar los criterios técnicos para determinar la eficacia, seguridad o efectividad de las tecnologías en salud. Por el contrario, su finalidad consiste en actualizar los procedimientos de acceso, prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiados con recursos de la UPC. En materia regulatoria, las definiciones incluidas en un acto administrativo deben responder a conceptos indispensables para la aplicación e interpretación de la norma. La incorporación de una definición de "evidencia científica disponible" excedería el ámbito material de la regulación, pues dicha materia ya cuenta con desarrollos normativos, técnicos e institucionales específicos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En Colombia existen entidades, instrumentos y metodologías encargadas de evaluar y determinar la calidad de la evidencia científica que respalda las intervenciones en salud. Entre ellas se encuentran las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia, las evaluaciones de tecnologías en salud desarrolladas por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y los lineamientos adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social, que utilizan metodologías reconocidas internacionalmente para valorar la calidad de la evidencia y sustentar las recomendaciones clínicas. Adicionalmente, la política pública en salud y el marco legal colombiano han reconocido que las decisiones sanitarias deben fundamentarse en criterios científicos y técnicos, particularmente a través de las disposiciones contenidas en la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, las cuales promueven la adopción de decisiones basadas en evidencia sin imponer una definición única y universal de "evidencia científica disponible" para todos los actos regulatorios del sector salud. Finalmente, la ausencia de una definición expresa de "evidencia científica disponible" en el proyecto de acto administrativo no genera vacíos regulatorios ni afecta su aplicabilidad, dado que dicho concepto cuenta con suficientes referentes técnicos y metodológicos ampliamente reconocidos en el ordenamiento jurídico y sanitario colombiano. La inclusión de una definición específica podría incluso generar interpretaciones restrictivas o inconsistentes con las metodologías y estándares que evolucionan permanentemente en el ámbito científico y que son desarrollados por las autoridades y organismos técnicos competentes.
66	27/07/2026	NUEVA EPS	GENERAL. También considero pertinente que el proyecto precise el alcance de la auditoría posterior, indicando que esta deberá valorar la decisión clínica conforme a la evidencia existente al momento de la prescripción y no con base en criterios científicos posteriores, en concordancia con los principios de autonomía médica y con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.	No aceptada	La propuesta de ajustar el alcance de la auditoría posterior no es procedente, dado que el proyecto de resolución ya respeta y protege la autonomía médica, asegurando que las decisiones clínicas sean evaluadas con base en la evidencia científica existente al momento de la prescripción. La normativa vigente es suficiente para garantizar que las auditorías no se fundamenten en criterios científicos posteriores, manteniendo así la coherencia con los principios de la Ley 1751 de 2015.

No.	Fecha de recepción	Remitente	Observación recibida	Estado	Consideración desde entidad
67	27/07/2026	NUEVA EPS	GENERAL. Frente a las disposiciones sobre contingencias y anulación de prescripciones, podrían contemplarse alternativas que otorguen mayor flexibilidad operativa, especialmente en escenarios donde existan errores materiales o fallas tecnológicas, siempre garantizando la trazabilidad de la información y sin afectar la continuidad de la atención.	No aceptada	El proyecto ya contempla mecanismos para la gestión de contingencias y la continuidad de la atención, al tiempo que establece controles necesarios para garantizar la trazabilidad, integridad y confiabilidad de la información registrada en MIPRES. En consecuencia, no se considera procedente incorporar esquemas adicionales de flexibilización en materia de anulación o modificación de prescripciones, toda vez que podrían afectar los procesos de verificación, auditoría, seguimiento y control asociados a la herramienta tecnológica.
68	27/07/2026	NUEVA EPS	GENERAL. Finalmente, considero importante que la resolución fortalezca la claridad en la distribución de competencias entre el Ministerio, la ADRES, las EPS y las IPS, así como algunos aspectos relacionados con la implementación operativa de las nuevas funcionalidades de MIPRES, lo cual facilitaría una aplicación homogénea de la norma. En términos generales, las observaciones planteadas no modifican el objetivo del proyecto, sino que buscan fortalecer su seguridad jurídica, claridad regulatoria y viabilidad operativa, favoreciendo una implementación uniforme y reduciendo riesgos de interpretación para los diferentes actores del sistema.	No aceptada	No se considera procedente la observación realizada toda vez que el proyecto de acto administrativo establece las responsabilidades de cada actor dentro de todo el prosep de prescripción hasta el suministro efectivo de la tecnología en salud o servicio complementario al paciente.
69	27/07/2026	FAMISANAR EPS	Artículo 4. Responsabilidades de los actores (parágrafo b), v) Se solicita aclarar que profesionales son los responsables de realizar la evaluación de vulnerabilidad económica. Adicionalmente, se solicita precisar cuál será el procedimiento cuando dicha evaluación no emita un concepto favorable para la aprobación del servicio y si, en estos casos, se modificarán las causales de no direccionamiento establecidas en el proyecto normativo. Es necesario definir con mayor precisión los modelos operativos que soportarán la implementación del proceso, con el fin de garantizar una aplicación uniforme entre los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	No aceptada	No se considera procedente la observación toda vez que el MinSalud establece los criterios y parámetros generales para la valoración de la incapacidad económica garantizando un marco uniforme de actuación. Corresponde a la EPS en ejercicio de sus funciones de aseguramiento y de conformidad con los principios de eficacia, buena fe y racionalidad definir los mecanismos operativos de la verificación.
70	27/07/2026	FAMISANAR EPS	Artículo 10. Prescripciones de servicios complementarios. Parágrafo 3 No resulta claro por qué la EPS debe realizar la transcripción de los servicios de transporte cuando estos ya han sido ordenados por el profesional tratante mediante orden médica. Se solicita aclarar la justificación de este procedimiento y evaluar la posibilidad de que el profesional tratante realice directamente la prescripción en la plataforma MIPRES. La funcionalidad de realizar la prescripción en la plataforma MIPRES corresponde al profesional tratante, quien cuenta con el criterio clínico para ordenar las tecnologías requeridas por el paciente.	Aceptada	Se acepta de manera parcial. Se considera procedente precisar el alcance de la intervención de la EPS en la gestión de los traslados ambulatorios no financiados con recursos de la UPC, diferenciando claramente la determinación de la necesidad de la tecnología o servicio de salud de las actividades requeridas para garantizar el acceso efectivo a dicha atención. Si bien la necesidad de la tecnología o servicio de salud corresponde al profesional tratante responsable de la atención del paciente, la procedencia del traslado ambulatorio no depende exclusivamente de criterios clínicos, sino también de las condiciones de oferta de servicios, la disponibilidad de la red de prestadores y los acuerdos de voluntades suscritos por la EPS. En consecuencia, el profesional tratante no necesariamente dispone de la información requerida para determinar la necesidad del traslado derivada de la organización de la red de prestación. En virtud de lo anterior, se ajusta la redacción para aclarar que, cuando el traslado ambulatorio no haya sido incluido en la prescripción y resulte necesario para garantizar el acceso a la tecnología o servicio requiendo por el paciente, la EPS podrá efectuar su registro en la herramienta tecnológica MIPRES a través de un profesional en medicina designado para tal efecto. Esta actuación tiene un alcance estrictamente operativo y de gestión del acceso, sin que implique una nueva valoración clínica ni la determinación de la necesidad de la tecnología o servicio de salud, la cual continúa siendo competencia exclusiva del profesional tratante. A continuación como quedará la nueva redacción: Parágrafo 3. Cuando se requiera la gestión de un traslado ambulatorio no financiado con recursos de la UPC para garantizar el acceso a una tecnología o servicio de salud y este no haya sido incluido en la prescripción, la EPS podrá realizar su registro en la herramienta tecnológica MIPRES a través de un profesional en medicina designado para tal efecto, con fundamento en la atención requerida por el afiliado, las condiciones de prestación del servicio y los acuerdos de voluntades suscritos con su red de prestadores. Esta actuación no implica la determinación de la necesidad clínica de la tecnología o servicio de salud, la cual corresponde al profesional tratante responsable de la atención.
71	27/07/2026	FAMISANAR EPS	Artículo 17. Juntas de Profesionales de la Salud, Parágrafo 3. Se propone que los medicamentos incluidos en el listado UNIRS no requieran evaluación por Junta de Profesionales para su autorización, con el fin de optimizar los tiempos de gestión y acceso a las tecnologías en salud. Se recomienda revisar la redacción del parágrafo, toda vez que los medicamentos que cuentan con registro sanitario aprobado por el INVIMA no hacen parte del listado UNIRS. Dicho listado contempla exclusivamente medicamentos que no cuentan con aprobación del INVIMA.	No aceptada	No se considera procedente la observación realizada toda vez que el parágrafo 3 del artículo 17 del acto administrativo no establece en ningún momento que se requiera de un registro sanitario INVIMA para proceder a prescribir un medicamento con indicación UNIRS.
72	27/07/2026	FAMISANAR EPS	Artículo 17. Juntas de Profesionales de la Salud. "Cuando una IPS no cuente con los profesionales suficientes para conformar una Junta de Profesionales Se propone que la EPS no deba asignar la evaluación por Junta de Profesionales a una IPS diferente de aquella donde se originó la prescripción, considerando que el seguimiento clínico del paciente y el conocimiento de su condición corresponden al profesional tratante junto con la IPS tratante. Las Juntas de Profesionales hacen parte integral del proceso de atención en salud y deben ser realizadas por la IPS que conoce la condición clínica del paciente y efectuó la prescripción. Adicionalmente, la norma establece que estas Juntas no generan reconocimiento económico. En consecuencia, asignar esta responsabilidad a una IPS distinta a la prescriptora podría afectar la continuidad de la atención, generar dificultades operativas y trasladar una obligación a un prestador que no participó en la atención clínica del usuario y que no tendría incentivos para realizar dicha actividad sin contraprestación económica.	No aceptada	Si bien la IPS tratante constituye el escenario natural para la realización de la Junta de Profesionales de la Salud, las barreras de disponibilidad de talento humano especializado, capacidad institucional y conformación de juntas, identificadas durante el proceso de participación democrática realizado por MinSalud con los actores del SOSSS en el 2025, y en otras ocasiones enunciadas por la misma Corte Constitucional, evidencian la necesidad de contar con mecanismos que permitan garantizar la continuidad de la atención cuando la IPS de origen no disponga de las condiciones necesarias para desarrollar oportunamente dicha instancia. En consecuencia, se considera necesario mantener la posibilidad de que la EPS gestione alternativas dentro de la red de prestación que permitan garantizar la realización de la Junta y evitar que las limitaciones operativas de una institución se traduzcan en barreras de acceso para los usuarios. Esta medida no sustituye las responsabilidades de la IPS tratante ni desconoce el criterio clínico del profesional prescriptor, sino que desarrolla las funciones de articulación de servicios, organización de la red y garantía del acceso efectivo que el ordenamiento jurídico asigna a las EPS dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
73	27/07/2026	FAMISANAR EPS	Artículo 26 Contenido del acta de las Juntas de Profesionales de la Salud. Parágrafo 2. Se propone eliminar la obligación de remitir copia física del acta a la EPS. En caso de requerirse su consulta, se solicita que la herramienta tecnológica permita su visualización y descarga en formato digital, conservando la estructura y la información definida en la normatividad vigente. La información de las actas se encuentra cargada en la herramienta MIPRES. La información correspondiente a las actas ya se encuentra registrada y disponible en la herramienta MIPRES, por lo que no se justifica la remisión adicional de copias físicas.	No aceptada	No se considera procedente la observación realizada toda vez que la herramienta tecnológica MIPRES de acuerdo asus características técnicas no esta diseñada para permitir el almacenamiento de documentos en PDF de las Juntas de Profesionales de la Salud, razón por la cual se encuentra el requisito de imprimir el Acta desde la generación de la Herramienta para poder ser suscrita físicamente por sus miembros y posteriormente ser enviada a la EPS o entidad que lo requiera para efectos de auditoría.
74	27/07/2026	FAMISANAR EPS	Artículo 31. Garantía del suministro, Parágrafo 4. Se solicita aclarar el alcance del concepto de "fecha de disponibilidad de la tecnología", indicando quién es el responsable de definirla y registrarla. En particular, se requiere precisar si corresponde a: (i) la fecha en la que la EPS realiza el direccionamiento; (ii) la fecha en la que el prestador informa que dispone de la tecnología para su entrega efectiva; o (iii) la fecha registrada por el proveedor en la herramienta. Asimismo, se solicita confirmar si la fecha de direccionamiento será considerada como la fecha válida para acreditar que la tecnología en salud estuvo disponible para el usuario. No existe claridad sobre la obligación de generar un cargue o entrega adicional de información, considerando que las transacciones ya son registradas en la plataforma MIPRES y se encuentran disponibles para consulta por los diferentes actores del sistema. Además, el Ministerio tiene acceso directo a esta información.	Aceptada	Se acepta la observación de manera parcial. Con el fin de brindar mayor claridad sobre la aplicación del Parágrafo 4 del artículo 31, se incorporará una precisión en el anexo técnico de operación de MIPRES indicando que la fecha registrada de direccionamiento por parte de la EPS constituirá la fecha de garantía de suministro, entendida como aquella en la que la entidad asegura la disponibilidad de la tecnología o servicio para el afiliado y comunica su acceso. Lo anterior, en concordancia con lo dispuesto en el Parágrafo 4, según el cual las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Adaptadas (EA) deberán registrar en la plataforma tecnológica MIPRES y reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, en tiempo real o dentro de los quince (15) días calendario siguientes, la fecha en la cual se garantizó la disponibilidad de la tecnología en salud o del servicio complementario para el paciente. En este contexto, se precisa que la fecha de direccionamiento registrada por la EPS en MIPRES será la fecha válida para efectos de acreditar dicha disponibilidad. Sin embargo, no se considera necesario crear registros, reportes o cargues adicionales de información, dado que las transacciones requeridas ya se encuentran registradas y trazadas en la herramienta tecnológica MIPRES, permitiendo la consulta y verificación de la información por parte de los actores autorizados, incluido el Ministerio de Salud y Protección Social. En consecuencia, la aclaración tendrá únicamente un alcance interpretativo y operativo, sin generar nuevas obligaciones de reporte o suministro de información.

Firma del responsable:

Nombre

JOHN EDISON BETANCUR ROMERO

Cargo

DIRECTOR DE REGULACIÓN DE BENEFICIOS COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD