BOLETÍN JURÍDICO No.2 FEBRERO 2021

BOLETIN JURIDICO N° 2 FEBRERO DE 2021

TABLA DE CONTENIDO.

1. JURISPRUDENCIA 4
1.1. SENTENCIAS CORTE CONSTITUCIONAL 5
1.1.1. Sentencia T 133 de 2020 6
2. NORMATIVA 48
2.1. DECRETOS 49
2.1.1. Decreto 109 de 2021 50
2.1.2. Decreto 163 de 2021 83
2.2. RESOLUCIONES. 93
2.2.1. Resolución 2421 de 2020 94
2.2.2. Resolución 2481 de 2020 157
2.2.3. Resolución 2503 de 2020 207
2.2.4. Resolución 43 de 2021 225
2.2.5. Resolución 80 de 2020 230
2.2.6. Resolución 83 de 2021 235
2.2.7. Resolución 84 de 2021 238
2.2.8. Resolución 92 de 2021 242
2.2.9. Resolución 93 de 2021 244
2.2.10. Resolución 126 de 2021 251
2.2.11. Resolución 127 de 2021 253
2.2.12. Resolución 129 de 2021 256
2.2.13. Resolución 148 de 2021 262
2.2.14. Resolución 161 de 2021 266
2.2.15. Resolución 163 de 2021 269
2.2.16. Resolución 167 de 2021 273
2.2.17. Resolución 185 de 2020 275
2.2.18. Resolución 200 de 2021 279
2.2.19. Resolución 201 de 2021 286

2.3.1. Circular 52 de 2020 290
2.3.2. Circular 7 de 2021 295
2.3.3. Circular 9 de 2021 298
3. CONCEPTOS. 300
3.1. ASUNTO: Radicado 202142400197132 301
3.2. ASUNTO: Radicados 202042402172892 y 202142400008042 304
3.3. Asunto. Derecho de Petición- Información Emergencia Sanitaria. 308
3.4. Asunto: Consultas sobre situaciones administrativas en servidores públicos 313
3.5. Asunto: Concepto. Transacción, desistimiento y renuncia como requisitos del mecanismo de saneamiento consagrado en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019. 317
3.6. Asunto: Concepto jurídico. Transacción, desistimiento y conciliación judicial. Mecanismo de saneamiento consagrado en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019. 321
3.7. Asunto: Concepto – Saneamiento financiero del sector salud en las entidades territoriales. 325

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.
Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co

1. JURISPRUDENCIA

1.1. SENTENCIAS CORTE CONSTITUCIONAL

1.1.1. Sentencia T 133 de 2020

Referencia: Expediente T-7.334.183

Acción de tutela interpuesta por Gloria Esperanza Díaz Burbano, en representación de las menores Anyela Daniela y Karen Lizeth Burbano Díaz, contra Comfamiliar del Huila EPS-S y la Secretaría Departamental de Salud del Huila.

Magistrado sustanciador:
ALEJANDRO LINARES CANTILLO

Bogotá, D.C., veinticuatro (24) de abril de dos mil veinte (2020)

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la magistrada Gloria Stella Ortiz Delgado y los magistrados Antonio José Lizarazo Ocampo y Alejandro Linares Cantillo, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente:

SENTENCIA

I. ANTECEDENTES

A. LA DEMANDA DE TUTELA

1. El día doce (12) de febrero de dos mil diecinueve (2019), la señora Gloria Esperanza Díaz Burbano, obrando como representante legal de sus hijas menores de edad Anyela Daniela y Karen Lizeth Burbano Díaz, instauró acción de tutela contra Comfamiliar del Huila EPS-S (en adelante, Comfamiliar) y la Secretaría Departamental de Salud del Huila para lograr la protección de los derechos a la vida, la salud, la seguridad social, la igualdad y la dignidad humana de aquellas[1].

2. Expuso que sus hijas fueron diagnosticadas con *"hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial bilateral"*, y que su médico tratante les prescribió el uso de audífonos, junto con sus respectivas pilas, para efectos de mejorar su capacidad auditiva.

[1] Ver folios 1 – 25 del cuaderno de primera instancia.

3. Los audífonos fueron proveídos a ambas menores de edad por la referida EPS. No obstante, esta se rehusó a suministrar las pilas, a pesar de la solicitud que al respecto hiciera el referido profesional de la salud ante el Comité Técnico Científico (en adelante, "CTC").

4. Por lo anterior, la accionante solicita que se ordene a Comfamiliar (i) el suministro de las pilas en la forma prescrita por el galeno, (ii) que su entrega se realice en el municipio de Saladoblanco, lugar en que residen, y (iii) que se brinde una atención integral en salud para la patología que ambas padecen.

B. HECHOS RELEVANTES

5. Las niñas Anyela Daniela[2] y Karen Lizeth Burbano Díaz tienen catorce (14) y quince (15) años de edad, respectivamente, y se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante "SGSSS"), en el régimen subsidiado, a través de Comfamiliar del Huila EPS – S[3].

6. Ambas menores de edad, fueron diagnosticadas con *"hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial bilateral"*[4], y les fue prescrito el uso de audífonos, con el objeto de mejorar su capacidad auditiva[5].

7. Mediante escritos de fecha veintidós (22) de agosto de dos mil dieciocho (2018)[6], la Personera Municipal de Saladoblanco – Huila, elevó dos derechos de petición ante a la EPS accionada, con el fin de que fueran autorizadas unas fórmulas médicas que prescribían pilas para los audífonos de las niñas[7].

8. Mediante comunicaciones de fecha primero (1°) de octubre de dos mil dieciocho (2018)[8], la Coordinadora de Gestión de Calidad EPS-S Regional Huila dio respuesta a dichas solicitudes, indicando que las tecnologías solicitadas eran *"No Pos"*, de conformidad con lo prescrito Resolución 5269 de 2017[9], y por lo tanto, serían tramitadas por el Comité Técnico Científico una vez que se hubieren aportado las historias clínicas y formulaciones médicas vigentes, las cuales no habían sido anexados por la solicitante.

9. El día veintisiete (27) de noviembre de dos mil dieciocho (2018), el médico tratante de ambas menores de edad prescribió las *"pilas para audífonos con referencia 13, cuatro pares"*[10],

---

[2] En el expediente, tanto en el trámite de instancia, como en sede de revisión, la menor de edad figura con el nombre *"Anyela Daniela"*. Sin embargo, en una de las pruebas allegadas a esta Sala por la EPS accionada (ver cuaderno de revisión, folio 75) se menciona el nombre de la menor como *"Angela Daniela"*.
[3] Ver folios 9 y 18 del cuaderno de primera instancia.
[4] Ver folios 9 – 10 y 18 – 19 del cuaderno de primera instancia.
[5] Ver folio 2 del cuaderno de primera instancia.
[6] Ver folios 13 – 14 y 22 – 23 del cuaderno de primera instancia.
[7] Sobre estas fórmulas médicas no obra constancia en el expediente.
[8] Ver folios 15 y 24 del cuaderno de primera instancia.
[9] Expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y mediante la cual se actualiza el plan de beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC.
[10] Ver folios 8 y 17 del cuaderno de primera instancia.

e igualmente, diligenció *formatos de justificación de servicios médicos y/o prestaciones No Pos*[11], en los cuales consignó como motivo de la solicitud: *"para entender las conversaciones se inicia rehabilitación auditiva con ampliación con conducción de área con el fin de favorecer la comunicación familiar y social de la paciente"*[12].

10. En la misma fecha, la EPS accionada envió dos correos electrónicos al respectivo Comité Técnico Científico, en los que remitió solicitud de pilas para ayudas auditivas, con el fin de surtir el trámite respectivo[13]. No obstante, manifiesta la accionante que las pilas no fueron entregadas, a pesar, incluso, *"de la intervención de la Dirección Local de Salud del Municipio"*[14].

11. Afirma la accionante, que la falta de suministro de las pilas para audífonos ha causado un deterioro en la salud auditiva de sus hijas, que incluso puede llegar a producir *"pérdida total de su audición"*[15]. Agrega que su núcleo familiar no cuenta con los recursos necesarios para asumir el costo de las pilas, pues *"son una familia de muy bajos recursos"*[16].

C. RESPUESTA DE LA ENTIDAD ACCIONADA Y VINCULADOS.

12. Mediante auto del trece (13) de febrero de dos mil diecinueve (2019), el Juzgado Único Promiscuo Municipal de Saladoblanco - Huila admitió la acción de tutela de la referencia, y ordenó notificar de la misma a Comfamiliar y a la Secretaría Departamental de Salud. Así mismo, dispuso oficiar al Hospital Nuestra Señora de Las Mercedes de dicha localidad, en el que las menores venían siendo atendidas, para efectos de que informara sobre la necesidad del tratamiento ordenado.

13. De igual forma, decretó de oficio las siguientes pruebas: (i) la presentación de un informe, por parte de cada uno de los sujetos procesales, sobre el valor de las pilas ordenadas por el médico tratante; y (ii) practicar interrogatorio de parte a la señora Gloria Esperanza Díaz Burbano, en lo relacionado con los hechos de la demanda, especialmente, en lo concerniente al estado de salud de sus hijas y su capacidad económica.

14. Finalmente, el referido despacho judicial resolvió oficiar a la Tesorería Municipal de Saladoblanco para efectos de que informara si en la base de datos de catastro figuraban los nombres de la accionante o de alguna de sus hijas, y ordenó por Secretaría la consulta en las bases de datos SISPRO – RUAF y SISBEN.

Consulta realizada por el juez de tutela[17].

---

[11] Ver folios 11 y 20 del cuaderno de primera instancia.
[12] Ibidem.
[13] Ver folios 12 y 21 del cuaderno de primera instancia.
[14] Ver folio 2 del cuaderno de primera instancia.
[15] Ibidem.
[16] *Idem*.
[17] Ver folios 30-31 del cuaderno de primera instancia. Dicha consulta fue realizada en las bases de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, Registro Único de Afiliados – RUAF, y en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales – SISBEN.

15. Mediante consulta realizada el día dieciocho (18) de febrero de dos mil diecinueve (2019), el despacho de conocimiento pudo constatar que la señora Gloria Esperanza Díaz Burbano se encuentra afiliada al SGSSS en el régimen subsidiado, con tipo de afiliación *madre cabeza de familia*, y que no reporta afiliaciones en cuanto a pensiones, riesgos laborales, caja de compensación familiar, cesantías ni pensionados.

16. Así mismo, verificó que la accionante se encuentra vinculada al programa *"Más Familias en Acción, Sisben"* administrado por el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (en adelante "DPS") en estado *activo*, y que en la plataforma SISBEN consta que la demandante reside en área *"rural disperso"* y cuenta con 24,44 puntos.

Caja de Compensación Familiar del Huila "Comfamiliar"[18].

17. Mediante respuesta del dieciocho (18) de febrero de dos mil diecinueve (2019), la entidad accionada expuso que ambas menores de edad son usuarias activas en la base de datos de la EPS- S Comfamiliar, y como tal tienen derecho a acceder a los beneficios garantizados en la Resolución No. 5857 de 2018. En este sentido, señaló que, una vez verificado su sistema de gestión, constató que les ha garantizado de forma oportuna todos los servicios prescritos por sus médicos tratantes.

18. Sobre el suministro de las pilas para audífonos, señaló que la solicitud fue estudiada por el respectivo CTC, el cual concluyó que con la entrega del equipo audífono, el prestador cumple con su obligación de suministro; mientras que su cuidado y mantenimiento corresponde a los usuarios. De esta manera, expuso que de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No. 5857 de 2018, los servicios y tecnologías conexos en salud, es decir, aquellos que no sean del ámbito de la salud, o que puedan configurarse como determinantes sociales de la salud son servicios e insumos *"No pos"*, que deben ser asumidos directamente por el usuario. No obstante, aclaró que en aquellos casos en los que el usuario no cuente con los recursos para cubrir dichos gastos, los mismos serán asumidos por la entidad territorial respectiva.

19. Finalmente, sobre la solicitud de tratamiento integral, manifestó que no es procedente por cuanto esta entidad no ha incurrido en conductas negligentes en la prestación del servicio de salud ni ha puesto en riesgo los derechos de las niñas. En consecuencia, solicitó *"declarar improcedente"* la acción, por cuanto no ha vulnerado sus garantías fundamentales, y así mismo, pidió vincular a la Secretaría Departamental de Salud, para efectos de que fuera esta autoridad la que asumiera los gastos a que hubiere lugar por prestaciones o servicios financiados por fuera de la UPC.

20. Posteriormente, en respuesta de fecha veintiuno (21) de febrero de dos mil diecinueve (2019)[19], manifestó que no era posible presentar un informe sobre el valor de las pilas ordenadas

[18] Primera respuesta, suscrita por Heydy Mayid Campos Jiménez, en calidad de Coordinadora jurídica de la caja de compensación familiar. Ver folios 33 – 34 del cuaderno de instancia. Segunda respuesta, suscrita por la misma funcionaria. Ver folios 48 – 49 del cuaderno de instancia.
[19] Respuesta suscrita por Heydy Mayid Campos Jiménez, en calidad de Coordinadora Jurídica de Comfamiliar del Huila. Ver folio 48 del cuaderno de primera instancia.

por el médico tratante, toda vez que, al ser tecnologías no financiadas con recursos de la UPC, no contaban con código *CUPS*[20] ni marca ni modelo que permitiera identificar las mismas. Por lo anterior, señaló que debería oficiarse al prestador *"audicom"* (sic) [21], institución que sí podía suministrar dicha información.

Comunicación vía telefónica entre el Despacho de primera instancia y Audiocom el día veintiuno (21) de febrero de dos mil diecinueve (2019)[22].

21. De conformidad con la última respuesta allegada por la EPS, mediante auto del veintiuno (21) de febrero de dos mil diecinueve (2019), el juez de primera instancia dispuso consultar vía telefónica con el prestador *"audicom"*[23], sobre el precio de las pilas para audífonos. En dicha llamada, se informó que las pilas pueden adquirirse: 1. seis (6) pilas por el valor de diecinueve mil pesos ($19.000); 2. treinta (30) pilas por el valor de sesenta y tres mil pesos ($63.000); y 3. sesenta (60) pilas por el valor de ciento trece mil pesos ($113.000).

Tesorería Municipal de Saladoblanco[24].

22. Mediante comunicación de fecha veinte (20) de febrero de dos mil diecinueve (2019), se informó al despacho de primera instancia que, en la base catastral del municipio correspondiente a la vigencia de 2019, figuraba un predio a nombre de la señora Gloria Esperanza Díaz Burbano, el cual reporta un área total de 2.500 metros, de la cual 89 metros están construidos, y se encuentra avaluado en tres millones ciento diez mil pesos ($3.110.000).

23. En lo que respecta a las menores de edad, informó que no figuraban como titulares del derecho real de dominio sobre predio alguno.

E.S.E Hospital Nuestra Señora de las Mercedes Saladoblanco - Huila[25].

24. Mediante respuesta de fecha veintiuno (21) de febrero de dos mil diecinueve (2019), el hospital allegó las historias clínicas de las niñas, junto con un certificado médico en que se da fe de que ambas requieren pilas para audífonos.

Interrogatorio de oficio.

25. Por su parte, el interrogatorio ordenado por el juez a la accionante no fue realizado por cuanto esta no se presentó a la respectiva diligencia ni allegó el informe sobre el valor de las pilas

---

[20] Códigos Únicos de Procedimientos en Salud.
[21] En sede de Revisión, pudo establecerse que el nombre correcto de la IPS es *Audiocom*.
[22] Ver folio 51 del cuaderno de primera instancia.
[23] Nombre correcto: *Audiocom.*
[24] Respuesta suscrita por el señor Elkin Yaid Peña Peña, en calidad de Auxiliar de la Tesorería Municipal. Ver folios 40 – 42 del cuaderno de primera instancia.
[25] Respuesta suscrita por la señora Martha Yineth Vargas Rojas, en calidad de Gerente del hospital. Ver folios 43–47 del cuaderno de primera instancia.

requerido por el fallador. Así mismo, no se recibió respuesta por parte de la Secretaría Departamental de Salud del Huila, también accionada.

D. DECISIÓN JUDICIAL OBJETO DE REVISIÓN

Primera instancia: sentencia proferida por el Juzgado Único Promiscuo Municipal de Saladoblanco – Huila[26]

26. Mediante fallo del veinticinco (25) de febrero de dos mil diecinueve (2019), el juez de primera instancia negó el amparo solicitado, por considerar que no se cumplían las reglas jurisprudenciales para *"inaplicar el listado de servicios expresamente excluidos de la financiación del SGSSS"*. Esto, toda vez que de conformidad con la sentencia C-313 de 2014, uno de los requisitos que deben cumplirse para la inaplicación de dicho listado, es que el paciente *"carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo"* del insumo o servicio solicitado. De esta manera, consideró que, a pesar de las afirmaciones realizadas por la accionante, en el sentido de carecer de los recursos suficientes para asumir el costo de las pilas, pudo establecerse que su valor no es desproporcionado, de conformidad con los siguientes datos:

Unidades por paquete	Valor por paquete	Valor unitario
6	$19.000	$3.167
30	$ 63.000	$2.100
60	$ 113.000	$1.883

27. En este sentido, el juez de primer grado concluyó que no era admisible que una persona que posee un inmueble de un cuarto de hectárea a su nombre y participa en el programa *Más Familias en Acción,* no pueda asumir el costo de los insumos que solicita. Correspondiendo, pues, a la accionante *"realizar el esfuerzo menor de adquirir las pilas de los audífonos"*[27].

28. Finalmente, expuso que tampoco había lugar a acceder a la solicitud de tratamiento integral solicitado en la demanda de amparo, por cuanto el sistema de salud ha provisto lo que ambas menores de edad han necesitado, y no existe una orden médica distinta a la prescripción de las pilas que deba ser resuelta.

29. La decisión adoptada en primera instancia no fue impugnada por ninguna de las partes.

E. ACTUACIONES SURTIDAS EN SEDE DE REVISIÓN.

Auto del veintisiete (27) de junio de dos mil diecinueve (2019)[28].

[26] Ver folios 52-57 del cuaderno de primera instancia.
[27] Ver folio 57 del cuaderno de primera instancia.
[28] Ver folios 19–20 del cuaderno de revisión.

30. Mediante auto del veintisiete (27) de junio de dos mil diecinueve (2019), el Magistrado sustanciador resolvió decretar pruebas de oficio, de conformidad con lo previsto en el artículo 64 del Reglamento Interno de la Corte Constitucional, para efectos de contar con mayores elementos de juicio que permitieran resolver de fondo la controversia planteada.

31. En dicho auto, se dispuso oficiar a las siguientes entidades:

(i) La Personería Municipal de Saladoblanco – Huila, para que por su conducto notificara a la accionante para que esta informara sobre: 1. el estado actual de salud de las menores, 2. el suministro de los insumos solicitados en la tutela, 3. la frecuencia de uso de los audífonos y duración de las pilas, 4. su estado de escolarización, 5. composición de su núcleo familiar, 6. ocupación e ingresos de sus integrantes, y 7. los beneficios recibidos por estar incluida en el programa *Más Familias en Acción,* administrado por el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social (en adelante, DAPS).

Así mismo, se preguntó a la Personería si tenía conocimiento de la situación socioeconómica del núcleo familiar de la accionante.

(ii) Comfamiliar del Huila EPS – S, para que allegara las actas del CTC sobre el estudio de las solicitudes de servicios "*No Pos"* suscritas por el médico tratante de ambas menores de edad; e informara (i) en qué fecha les fue realizado el diagnóstico de "*hipoacusia mixta conductiva neurosensorial bilateral"*; (ii) qué prestadores y a qué costo ofertaban los insumos prescritos; (iii) lugar de suministro de las *pilas para audífonos* para los afiliados residentes en el municipio de Saladoblanco; y señalara (iv) de conformidad con el concepto del médico tratante, las consecuencias del no uso de audífonos para la salud de las niñas a nombre de quienes se instauró la acción de tutela.

(iii) Se preguntó al DAPS si la accionante se encuentra registrada en su base de datos de beneficiarios del programa *"Más Familias en Acción"*, qué requisitos deben acreditarse para obtener tal calidad, y qué beneficios recibe o ha recibido de dicho programa;

(iv) Se ofició a la IPS Audiocom, para que informara sobre el precio, forma de adquisición y duración de las pilas prescritas a ambas menores de edad; y

(v) Se dispuso librar un despacho comisorio dirigido al juzgado de primera instancia para que realizara una inspección judicial en el domicilio de la accionante y estableciera, especialmente 1. Las condiciones en que vive el núcleo familiar, y 2. La ocupación e ingresos de sus integrantes.

Respuestas al auto de fecha veintisiete (27) de junio de dos mil diecinueve (2019).

Personería Municipal de Saladoblanco[29].

32. La Personera Municipal de Saladoblanco allegó acta de notificación en la que dio a conocer a la accionante los interrogantes contenidos en el auto de pruebas. En respuesta al cuestionario allí planteado, la demandante informó lo siguiente:

- Sobre el estado de salud de sus hijas, señaló que la patología subsiste a la fecha, sin que hayan sido suministrados los insumos solicitados en la demanda de tutela.
- Informó que la duración de las pilas es de quince (15) días.
- Expuso, que las menores se encuentran cursando los grados octavo y décimo, respectivamente, y que el no uso de sus audífonos ha afectado su desempeño escolar, en tanto se encuentran perdiendo varias asignaturas por no poderlas escuchar.
- Informó que el núcleo familiar de las menores está compuesto por ambos padres y sus cuatro hijos, de los cuales, los dos mayores y el padre son agricultores, mientras que ella es ama de casa y sus hijas menores estudiantes.
- Finalmente, indicó que como beneficiarios del programa *Más Familias en Acción* del DAPS reciben una asignación correspondiente a $ 180.000 pesos. No obstante, señaló que la entrega de dicho subsidio no es regular, y que en lo que va corrido del año han recibido un solo pago por ese concepto.

Junto con su respuesta, la accionante anexó una captura de pantalla del SISBEN, en la que consta que tiene un puntaje de 24,44 y que su estado actual es validado. Adicionalmente, anexó captura de pantalla del sistema *Vivanto*[30], en el que aparece que se encuentra incluida junto con su núcleo familiar en el Registro Único de Víctimas por el hecho victimizante de desplazamiento forzado.

Por su parte, la Personería informó que tenía conocimiento de que el núcleo familiar de la accionante se encuentra en una situación *"crítica"* por el estado de salud de las menores, la imposibilidad económica de acceder a un tratamiento integral para ellas, y la falta de posibilidades laborales en el municipio. Señaló que por ese motivo, procedió a elaborar los derechos de petición con el fin de solicitar a la EPS el suministro de pilas para las niñas (ver *supra*, numeral 7), y que posteriormente asistió a la accionante en la elaboración de esta acción constitucional.

Departamento Administrativo de la Prosperidad Social - DAPS[31].

33. El DAPS informó que la accionante se encuentra inscrita en el programa Familias en Acción desde el 19 de noviembre de 2012 como titular de un núcleo familiar compuesto por un joven de veintitrés (23) años de edad, desvinculado del programa por culminación de estudios, y por

[29] Escrito de fecha 03 de julio de 2019, suscrito por Adriana María Chinchilla Lugo, en calidad de Personera Municipal de Saladoblanco. Ver folios 33–45 del cuaderno de revisión.
[30] La plataforma *Vivanto,* a través de la Red Nacional de Información, consolida la información de los diferentes sistemas de las entidades del SNARIV y de los cuatro marcos normativos que conforman el RUV (SIPOD, SIV, SIRAV y LEY 1448 de 2011).
[31] Oficio de fecha cuatro (04) de julio de dos mil diecinueve (2019), suscrito por Alejandra Paola Tacuma, en calidad de Coordinadora GIT Acciones Constitucionales y Procedimientos Administrativos. Ver folios 46–56 del cuaderno de revisión.

las menores de edad Anyela Daniela y Karen Lizeth, quienes actualmente son beneficiarias del incentivo de educación secundaria. Señaló que a la fecha fueron efectuadas las *"liquidaciones por incentivo"* hasta la segunda entrega de 2019, y anexó un comprobante según el cual en lo que va del año se han efectuado dos liquidaciones:

- La suma de $ 286.850 correspondiente al periodo octubre – noviembre de 2018, y
- La suma de $ 352. 580 correspondiente al periodo febrero – marzo de 2019.

Igualmente, informó que el programa Familias en Acción se encuentra regulado por la Ley 1532 de 2012, y consiste en la entrega condicionada y periódica de una transferencia monetaria directa a las familias en situación de pobreza y pobreza extrema, como complemento al ingreso monetario para la formación de capital humano, generación de movilidad social, acceso a programas de educación media y superior, superación de la pobreza y prevención del embarazo en la adolescencia. En este sentido, explicó que el programa ejecuta sus acciones por medio de dos componentes: (i) el incentivo de salud, que se otorga a las familias con niños, niñas y adolescentes menores de 6 años de edad; y (ii) el incentivo de educación, con destino a los niños, niñas y adolescentes que cursen los grados transición a undécimo, del cual son beneficiaras las hermanas Burbano Díaz.

Audiocom IPS[32].

34. Audiocom informó que cuenta con pilas para audífonos de todas las referencias, y que las mismas pueden ser adquiridas de manera particular con los siguientes costos:

Cantidad de pilas	Valor
Seis (6)	Diecinueve mil pesos ($ 19.000)
Treinta (30)	Sesenta y tres mil pesos ($ 63.000)
Sesenta (60)	Ciento trece mil pesos ($ 113.000)

Comfamiliar del Huila EPS – S[33].

35. La accionada allegó un escrito de respuesta en el que expuso de forma preliminar, que de conformidad con lo previsto en el artículo 83 de la Resolución No. 5857 de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Plan de Beneficios con cargo a la UPC financia para personas menores de tres (3) años de edad, con sordera *prelocutoria* o *poslocutoria* profunda bilateral, el implante coclear, la sustitución parcial o total de la prótesis coclear y la rehabilitación post implante, cuya financiación no incluye el suministro o entrega periódica de baterías. En este sentido, señaló que el suministro de los insumos solicitados no se encuentra incluido dentro de las coberturas del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

[32] Oficio de fecha diez (10) de julio de dos mil diecinueve (2019), suscrito por Sandra Milena López Rodríguez en calidad de abogada de Audiocom. Ver folio 57 del cuaderno de revisión.
[33] Escrito extemporáneo de fecha veintitrés (23) de agosto de dos mil diecinueve (2019), suscrito por la señora Margarita Quinto Herrera, en calidad de Coordinadora EPS Comfamiliar regional Huila. Posteriormente, se allegó el documento de respuesta en físico, recibido el veintinueve (29) de agosto de dos mil diecinueve (2019) en la Secretaría General de esta corporación. Ver folios 71–77 y 78–84 del cuaderno de revisión.

Seguidamente, se pronunció sobre los interrogantes planteados por la Corte, en los siguientes términos:

(i) Sobre los prestadores que ofrecen el insumo *"pilas para audífonos con referencia 13, cuatro pares"* y su costo, señaló que Comfamiliar cuenta con contrato vigente con la IPS Audiocom, ubicada en la ciudad de Neiva, la cual suministra las baterías para los audífonos de los usuarios que así lo soliciten y asuman dicho costo. Sobre el valor de las pilas, reiteró la información contenida en el fallo de primera instancia (ver *supra*, numeral 26).

(ii) Informó que el lugar de entrega de las pilas para los afiliados residentes en el municipio de Saladoblanco es la IPS Audiocom, ubicada en la ciudad de Neiva, a unos 187 kilómetros de distancia de Saladoblanco.

(iii) Sobre la fecha del diagnóstico de la patología *"hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial bilateral"* en ambas menores, informó que, según su registro de autorizaciones, el 18 de abril de 2013 se expidió orden médica que solicitó valoración por la especialidad de otorrinolaringología en el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Saladoblanco, determinando como diagnóstico inicial de ambas menores *"hipoacusia no especificada"*.

(iv) Señaló que según verificación realizada en el módulo CTC en la plataforma SGA, encontró que nunca fue solicitado ante la EPS trámite ante el CTC por servicios *"No Pos"* para las menores Burbano Díaz.

Finalmente, anexó un informe suscrito por un auditor médico adscrito a la EPS, en que se informó que ambas niñas cuentan con *"diagnósticos"*[34] desde el 30 de mayo de 2014, y relacionó las fechas de diferentes atenciones médicas efectuadas a cada una de ellas, de conformidad con la información que a su vez suministró Audiocom[35].

Diligencia de inspección judicial realizada por el Juzgado Único Promiscuo Municipal de Saladoblanco[36].

36. En cumplimiento del despacho comisorio No. 008 de fecha dos (02) de julio de dos mil diecinueve (2019), librado por la Secretaría General de esta corporación en cumplimiento del auto de fecha veintisiete (27) de junio de dos mil diecinueve (2019) (ver *supra*, numeral 30), el juez de primera instancia fijó diligencia de inspección judicial para el día tres (3) de julio de dos mil dieci-

[34] Más adelante se hace alusión a que ambas menores fueron sometidas a un examen de audiometría, producto del cual ambas fueron diagnosticadas con *"Hipoacusia mixta bilateral simétrica de grado moderado – severo de predominio neurosensorial con perfil audiométrico"*. Entre otros exámenes, de los cuales se concluye en ambos casos que "*los anteriores resultados se correlacionan con los antecedentes de la dificultad para entender las conversaciones"*. Ver folio 75 del cuaderno de revisión.

[35] Sobre la menor Karen Lizeth: 30 de mayo de 2014 asiste a exámenes audiológicos; 04 de agosto de 2014 asiste a cotización de ayudas auditivas; 02 de julio de 2015 asiste a toma de impresiones; y 03 de agosto de 2015 asiste a adaptación de ayudas auditivas. La menor "*Ángela Daniela"* (según la documental obrante en el expediente *Anyela Daniela*): 30 de mayo de 2014 asiste a exámenes audiológicos; 04 de agosto de 2014 asiste a cotización de ayudas auditivas; 02 de julio de 2015 asiste a toma de impresiones y 03 de agosto de 2015 asiste a adaptación de ayudas auditivas.

[36] Oficio de fecha tres (03) de julio de dos mil diecinueve (2019), suscrito por el señor Hugo Coy Ovalle en calidad de citador. Ver folios 58 a 69 del cuaderno de revisión.

nueve (2019). En la fecha señalada, dicha agencia judicial se desplazó al predio El Mirador, ubicado en la Vereda Las Brisas – municipio de Saladoblanco, Huila, para efectos de llevar a cabo la diligencia encomendada.

Según la información remitida por el Juzgado, pueden destacarse los siguientes datos relevantes para el proceso:

Características físicas del inmueble en que habita el núcleo familiar Burbano Díaz: (i) se trata de un predio con dos construcciones, una de menor tamaño con tejas de barro, paredes de ladrillo, servicios de luz y agua potable, cocina enchapada en un 90% con fogón de leña, cuatro habitaciones y pisos de cemento, junto con servicios sanitarios ubicados fuera del inmueble, y un *"beneficiadero"* para el proceso productivo de café; (ii) una estructura de guadua y madera, en la que se seca ese grano; y (iii) una hectárea sembrada con café, árboles frutales y otras plantaciones agrícolas.

Antes de concluir la inspección judicial, el despacho de instancia concedió el uso de la palabra a la señora Gloria Esperanza Díaz, quien informó sobre los siguientes aspectos:

- Indicó que su núcleo familiar se compone por ella, su esposo y 4 hijos, de 13, 15, 23 y 26 años de edad.

- Manifestó que su ocupación es ama de casa y que su esposo es agricultor, quien se dedica a recolección de café aproximadamente cada tres (3) semanas en la finca junto con los trabajadores que contrata para esa actividad. Informó, que la recolección del grano les reporta entre $300.000 y $400.000 pesos de ganancia. Igualmente, señaló que sus hijos mayores son agricultores y realizan labores en su predio *"cuando hay trabajo"*, y cuando no, *"acuden a otras fincas buscando su jornal"*. Así mismo, indicó que su núcleo familiar recibe un beneficio por la suma de ciento ochenta mil pesos ($180.000) para ambas menores cada dos o cuatro meses del programa Familias en Acción, pero ni ella ni su esposo perciben mesada pensional.

- Además, expuso que las obligaciones económicas suyas y las de su esposo correspondían a[37] *"(…) los hijos (…) estar pendiente de la salud, de la comida, del estudio"*, e igualmente, señaló que actualmente se encontraban pagando un crédito con la entidad Coofisam. Sin embargo, no tenía claridad sobre el monto del crédito ni de la correspondiente cuota mensual.

- También, señaló que el inmueble en que residen tiene una extensión aproximada de una hectárea y media, se encuentra a nombre de su esposo y estima su avalúo catastral entre unos dieciocho (18) y veinte (20) millones de pesos. Así mismo, informó que tienen en propiedad dos motos para las diferentes labores de la finca, y dijo ser titular de un predio

[37] Minuto 17 del audio de inspección judicial. Ver folio 69

cercano, de una extensión aproximada de media hectárea, destinado al cultivo de café y lo avalúa en un aproximado de quince millones de pesos ($15.000.000).

Finalmente, el despacho dejó constancia de que el predio se encuentra ubicado a unos 20 minutos de distancia del pueblo (Saladoblanco), aproximadamente.

Auto del tres (03) de septiembre de dos mil diecinueve (2019)[38].

37. Mediante auto de la referida fecha, el Magistrado sustanciador consideró necesario obtener mayores elementos de juicio para mejor proveer sobre el asunto objeto de conocimiento. En consecuencia, resolvió oficiar a las siguientes entidades:

- Al Ministerio de Salud y Protección Social, para que en su calidad de rector de la política pública en salud, informara si las *pilas para audífonos* (i) pertenecen al ámbito del derecho fundamental a la salud; o (ii) pueden ser entendidos como servicios o tecnologías complementarios; (iii) en caso de que no fueran un servicio de salud, ni un servicio complementario, se le solicitó que indicara a qué sector le corresponde asumir el suministro de ese tipo de prestaciones; (iv) informara si las pilas para audífonos fueron objeto de estudio en el procedimiento técnico científico de que tratan el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Resolución No. 330 de 2017; (v) indicara si se han impuesto condenas judiciales o administrativas al SGSSS relativas al suministro de pilas para audífonos, y de ser así, el impacto que han tenido dichas decisiones para el Sistema.

Para efectos de contextualizar el concepto del Ministerio, se ordenó remitir copia íntegra del expediente a esa cartera.

- Toda vez que en la contestación de la demanda de tutela, la entidad accionada informó que las solicitudes de pilas para audífonos de ambas menores fueron estudiadas por el CTC de Comfamiliar, pero posteriormente aquella negó que tal procedimiento se hubiera efectuado, en sede de revisión (ver *supra*, numeral 35) se ofició a dicha entidad para que informara sobre el trámite impartido a ambas solicitudes y expusiera los motivos que llevaron a su negación.
- A la Secretaría Departamental de Salud del Huila, para que (i) informara si le han sido impuestas condenas judiciales por el no suministro de *pilas para audífonos* y de ser así, el impacto que han tenido estas condenas en los recursos a su cargo; y (ii) que informara acerca de si las *pilas para audífonos* hacen parte del derecho fundamental a la salud o pueden ser entendidas como servicios o tecnologías complementarios.
- Finalmente, se requirió a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante “Adres”) para que se sirviera informar si le han sido impuestas condenas judiciales relacionadas con el suministro de pilas para audífonos, y de ser así, el impacto que han tenido en el Sistema dichas condenas.

[38] Ver folios 86–87 del cuaderno de revisión.

Auto de suspensión.

38. Mediante auto de la misma fecha, y de conformidad con lo previsto en el artículo 64 del Reglamento Interno de la Corte Constitucional – Acuerdo 02 de 2015 – la Sala de Revisión dispuso la suspensión del presente proceso por el término de un (1) mes contado a partir de la fecha en que se allegaran las pruebas solicitadas.

Respuestas allegadas en cumplimiento del segundo auto de pruebas.

Ministerio de Salud y Protección Social[39].

39. En primer lugar, el Ministerio señaló que *"a través del tiempo"* las pilas se han considerado elementos accesorios de consumo de dispositivos médicos, y en ese sentido, no hacen parte del ámbito de la salud. Expuso que tampoco pueden considerarse como servicios complementarios, toda vez que de conformidad con el principio de corresponsabilidad (artículo 95.9 CP), los ciudadanos deben contribuir al financiamiento de los gastos e inversiones del Estado dentro de los conceptos de justicia y equidad, en armonía con el artículo 10 de la Ley Estatutaria de Salud – Ley 1751 de 2015 – , según el cual es un deber de las personas contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud, acorde con su capacidad de pago. Y señaló que (i) de conformidad con la Resolución No. 5857 de 2018, en sus artículos 59 y 83, sobre el implante coclear a menores de 3 años, el suministro o entrega periódica de baterías no se financia con cargo a la UPC; y (ii) en las resoluciones No. 1885 y 2438 de 2018 no se incluyeron las pilas como una de las tecnologías que pueden ser prescritas a través de la herramienta tecnológica Mipres[40].

40. En cuanto al segundo punto (ver *supra*, numeral 37), sobre el sector o entidad a la que corresponde asumir el costo de las pilas para audífonos de las personas que no tienen la capacidad económica para sufragarlo, señaló que, como elementos accesorios, las pilas podrían considerarse como bienes y servicios de consumo, los cuales son de rectoría del Ministerio del Comercio, Industria y Turismo. No obstante, afirmó que como bienes de consumo deben ser asumidos por la persona interesada, y de conformidad con la Ley 715 de 2001, corresponde a los entes territoriales establecer las políticas y subsidios respectivos para la población pobre y vulnerable. En ese sentido, citó el artículo 9 de la Ley 1751 de 2015, según el cual, es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho, e impone la obligación al legislador de crear los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados de salud.

[39] Oficio de fecha 10 de septiembre de 2019, suscrito por Andrea Elizabeth Hurtado Neira, en calidad de Directora Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social. Ver folios 100 – 102 del cuaderno de revisión.
[40] Mipres es el aplicativo en línea que el Ministerio de Salud y Protección Social implementó para que los profesionales de la salud prescriban medicamentos que no pueden ser pagados a través de la UPC.

41. Sobre el tercer interrogante (ver *supra*, numeral 37), informó que las pilas para audífonos no fueron objeto de valoración en el procedimiento técnico científico de que tratan el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 330 de 2017, toda vez que no fue causa de nominación por parte de los actores del SGSSS y no ha sido considerada como una tecnología perteneciente al ámbito de la salud.

Secretaría Departamental de Salud del Huila[41].

42. Informó que, una vez verificados sus archivos, no encontró condenas judiciales por el suministro de los insumos en mención. Sobre las pilas en relación con el ámbito de la salud, anexó concepto técnico de un contratista del ente territorial, en que señala que mientras el equipo audífono es suministrado al usuario en los términos del artículo 59 de la Resolución 5857 de 2018, las pilas son *"elementos de bajo costo y fácil consecución"* que deben ser adquiridos por el usuario o su familia. Así mismo, citó el artículo 83 de la misma Resolución, según el cual, el implante coclear, tecnología en salud de mayor complejidad que los audífonos, y que es financiado con recursos de la UPC[42], no incluye el suministro o entrega periódica de baterías. Finalmente, sobre la pregunta alusiva a si las pilas pueden ser consideradas como servicios complementarios, informó que estas tecnologías no se encuentran en las tablas de los servicios que pueden ser prescritos a través del aplicativo Mipres.

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – Adres –[43].

43. Sobre el primer interrogante, consistente en si le habían sido impuestas condenas relacionadas con el suministro de pilas para audífonos, la Adres informó que una vez estandarizada la búsqueda en su base de datos de recobros, realizando un filtro con las palabras *"batería, pila, cargadores, cables y batería recargable, audífonos"*, pues las pilas para audífonos no están contempladas como una tecnología en salud, arrojó 12 resultados que se aproximaron al criterio de búsqueda, cuyo valor recobrado asciende a la suma de $ 13.269.781. No obstante, informó que no pudo revisar los soportes documentales correspondientes, ya que dichas prestaciones se efectuaron en las vigencias 2008 – 2009, y en ese entonces no se conservaban las solicitudes de recobro rechazadas en etapa de auditoría. En este sentido, señaló que no era posible determinar si la información de los registros encontrados correspondía efectivamente a los documentos presentados por la EPS. De lo anterior, concluye que sí han existido condenas que han obligado a pagar a la Adres la tecnología en mención, a pesar de que la misma no es considerada una tecnología en salud.

44. En relación con el segundo interrogante, sobre el impacto que han tenido dichas condenas en el sistema, expuso que si bien la suma arrojada – $ 13.269.781 – no es alta en comparación

[41] Oficio de fecha 18 de septiembre de 2019, suscrito por Gloria Esperanza Araújo Coronado en calidad de Secretaria de Salud. Ver folios 104 y 107–108 del cuaderno de revisión.
[42] Unidad de Pago por Capitación.
[43] Oficio remitido vía correo electrónico el 18 de septiembre de 2019, y radicado en físico al día siguiente, suscrito por Julio Eduardo Rodríguez Alvarado, en calidad de abogado de la Oficia Asesora Jurídica de la Adres. Ver folios 110–111 del cuaderno de revisión.

con los demás valores de recobro que se manejan en el mismo; este tipo de imposiciones presupone su desfinanciamiento en tanto se obliga a la entidad a cubrir los costos de elementos que no son propiamente tecnologías en salud. La administradora del SGSSS hizo énfasis en que cada orden judicial que obligue a la Adres o a cualquier otra autoridad del Sistema a financiar servicios o tecnologías que no sean de salud, como baterías o pilas, está atentando contra la sostenibilidad financiera del sistema, y repercutirá tarde o temprano en la cobertura de elementos que sí son propios de las atenciones de un paciente.

Caja de Compensación Familiar del Huila – Comfamiliar[44].

45. Por su parte, la entidad accionada señaló, en primer lugar, que la manifestación hecha al juez de primera instancia en el sentido de indicar que la solicitud de las pilas para ayudas auditivas había sido objeto de estudio por parte del CTC obedeció a un error involuntario, en tanto la misma fue evaluada por uno de sus médicos auditores concurrentes, y no su Comité Técnico Científico. Adicionalmente, afirmó que de conformidad con la Resolución No. 5857 de 2018, no existe un código Cups[45] que permita identificar las pilas solicitadas por la accionante como *"insumos no pos"*, por lo que no resultaba procedente que la EPS o la entidad territorial cubrieran dicho gasto, *"tal y como se argumentó y posteriormente validó el juez de conocimiento"*.

Levantamiento de la suspensión de términos judiciales

46. En cumplimiento de las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional y por el Consejo Superior de la Judicatura, mediante Acuerdos PCSJA20-11517, PCSJA20-11518, PCSJA20-11519, PCSJA20-11521, PCSJA20-11526 y comunicado del 11 de abril de 2020, adoptados con ocasión de la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia que afectaba a Colombia, los términos fueron suspendidos en el asunto de la referencia, entre el 16 de marzo y el 27 de abril de 2020. De igual manera, el artículo 1 del Decreto 469 de 2020 dispuso que la Sala Plena de la Corte Constitucional podrá levantar la suspensión de los términos judiciales ordenada por el Consejo Superior de la Judicatura cuando fuere necesario para el cumplimiento de sus funciones constitucionales. Igualmente, por tratarse de vacancia judicial en semana santa, durante los días 4 a 12 de abril de 2020, los términos judiciales tampoco corrieron.

47. En seguimiento a lo dispuesto en el Auto 121 proferido por la Sala Plena el 16 de abril de 2020, en este caso, la Sala de Revisión dispone el levantamiento de la suspensión de términos referida en el numeral anterior, en la medida que, existe la posibilidad material de que el asunto pueda ser tramitado y decidido de forma compatible con las condiciones actuales de aislamiento preventivo obligatorio, sin que ello implique la imposición de cargas desproporcionadas a las partes o a las autoridades concernidas.

II. CONSIDERACIONES

[44] Oficio remitido vía correo electrónico el 11 de octubre de 2019, suscrito por la señora Heydy Mayid Campos Jiménez, en calidad de coordinadora jurídica.
[45] Clasificación Única de Procedimientos en Salud.

A. COMPETENCIA

48. Esta Corte es competente para conocer del presente asunto, según lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 86 y el artículo 241, numeral 9, de la Constitución Política, los artículos 31 a 36 el Decreto 2591 de 1991, y conforme a lo señalado en el auto del veintiuno (21) de mayo de dos mil diecinueve (2019), proferido por la Sala de Selección de Tutelas Número Cinco, que decidió someter a revisión el presente asunto.

B. CUESTIONES PREVIAS – PROCEDIBILIDAD DE LA ACCIÓN DE TUTELA

49. De conformidad con lo dispuesto en el citado artículo 86 CP, para determinar la procedencia de la acción de tutela en un caso concreto, debe analizarse (i) si la persona respecto de la cual se predica la vulneración es titular de los derechos invocados – *legitimación por activa*; (ii) que la presunta vulneración pueda endilgarse a la entidad o persona accionada- *legitimación por pasiva*; y (iii) que el presunto afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, o se busque obtener el amparo de forma transitoria – *subsidiariedad*. Sobre este último aspecto, es importante precisar que la tutela procede como mecanismo *definitivo* cuando (i) el accionante no cuenta con otro medio de defensa judicial en el ordenamiento jurídico, o (ii) a pesar de contar con el mismo, este carece de *idoneidad* y *eficacia* para proteger los derechos; y procede como mecanismo *transitorio* cuando a pesar de contar con un mecanismo *idóneo*, este carece de *eficacia* para lograr la protección invocada. En este caso, el accionante debe promover la acción respectiva dentro de los cuatro (4) meses siguientes al fallo -sin perjuicio de que deba respetar los términos de caducidad previstos en el ordenamiento jurídico para las respectivas acciones judiciales[46]-, y la protección durará hasta que se profiera la sentencia por parte del juez natural. Y, además de los anteriores requisitos, la jurisprudencia constitucional ha interpretado la expresión contenida en el artículo 86 superior, consistente en que la acción de tutela puede ser instaurada *"en todo momento"*[47], en el sentido de determinar que, si bien la acción de tutela no está sometida a caducidad[48], el término para instaurarla debe ser *razonable*[49], con el fin de no desnaturalizar uno de sus requisitos esenciales como lo es el de la *inmediatez*.

50. Antes de abordar el estudio de fondo del caso, la Sala evaluará si se cumplen los requisitos generales de procedencia de la acción de tutela.

Procedencia de la acción de tutela – Caso concreto

51. *Legitimación por activa*: El artículo 86 de la Constitución habilita a *toda persona, por sí misma* ***o por quien actúe en su nombre***, para solicitar la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales cuandoquiera que estos se vean vulnerados o amenazados.

---

[46] Sentencia SU-111 de 1997.
[47] Sentencias T-246 de 2015 y SU – 108 de 2018.
[48] Sentencia C-543 de 1992. Mediante esta sentencia se declararon inexequibles los artículos 11 y 12 del Decreto 2591 de 1991, que preveían el término de caducidad de la acción de tutela contra providencias judiciales.
[49] Sentencias SU-965 de 1999 y T-1170 de 2008.

52. Al respecto, el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991 reguló lo relativo a la legitimación por activa[50]. De esta manera, dispuso que la acción de tutela podrá ejercerse (i) en nombre propio; (ii) mediante apoderado, debidamente facultado; (iii) a través de agente oficioso, cuando el titular de los mismos no se encuentre en condiciones de promover su propia defensa; y (iv) por el Defensor del Pueblo y los personeros municipales.

53. Además, es importante precisar que cuando se trata de menores de edad, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 306 del Código Civil *"la representación judicial del hijo corresponde a cualquiera de los padres"*. De esta manera, los padres están legitimados para ejercer la acción de tutela, en representación de sus hijos menores de edad[51]. Pues no sobra recordar que, según el artículo 44 CP, en lo que respecta a los derechos fundamentales de los niños, *"cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores"*[52].

54. En el presente caso, la acción de tutela fue ejercida por la señora Gloria Esperanza Díaz Burbano, en representación de sus hijas menores de edad, Anyela Daniela y Karen Lizeth Burbano Díaz, por lo que la Sala encuentra satisfecho el requisito de legitimación por activa.

55. *Legitimación por pasiva*: establece el artículo 86 CP, que la acción de tutela procede cuando los derechos fundamentales *"resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública"*, y sobre la vulneración imputable a particulares, determina que *"La ley establecerá los casos en los que la acción de tutela procede contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión"*. En este sentido, el Decreto 2591 de 1991 prevé que la acción de tutela procede contra las acciones u omisiones de particulares, entre otras situaciones, cuando estos presten cualquier servicio público y por la vulneración de cualquier derecho fundamental[53]. Concretamente, la Corte ha admitido la procedencia de la acción de tutela contra Entidades Promotoras de Salud –EPS – en su calidad de particulares encargados de la prestación de un servicio público[54].

56. En este caso, la tutela se dirige contra una EPS del régimen subsidiado, en su calidad de particular encargado de la prestación del servicio público de salud. Al respecto, se encuentra que ambas menores de edad se encuentran afiliadas a Comfamiliar del Huila EPS – S, que es la entidad a la que corresponde autorizar el suministro los servicios e insumos en salud que aquellas requieran. Igualmente, se advierte que, al tratarse del suministro de prestaciones no financiadas

---

[50] Decreto 2591 de 1991, artículo 10. "Artículo 10. Legitimidad e interés. La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma **o a través de representante**. Los poderes se presumirán auténticos. También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud. También podrán ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales." (resaltado por fuera del texto original).
[51] Corte Constitucional, Sentencia T-382 de 2018.
[52] En sentencia T-708 de 2012, se señaló que en virtud de lo dispuesto en el artículo 44 CP, "el requisito de legitimidad cuando se trata proteger sus derechos fundamentales, puede recaer en cualquier persona".
[53] Decreto 2591 de 1991, artículo 42.3. Así se señaló en sentencia C-134 de 1994, mediante la cual se declararon inexequibles expresiones legales que restringían la acción de tutela a ciertos servicios públicos y en relación con unos determinados derechos fundamentales. En el mismo sentido, ver la sentencia C-378 de 2010.
[54] Entre otras, ver sentencias T-579 de 2015 y T-061 de 2019.

con cargo a la UPC, de conformidad con el listado taxativo contenido en la Resolución del Ministerio de Salud y Protección Social No. 5269 de 2017, vigente para la fecha en que ocurrieron los hechos, su costo debe ser asumido con cargo a los recursos de la entidad territorial respectiva[55], por lo que la decisión que eventualmente se adopte, puede afectar a la Secretaría de Salud, autoridad contra la que también va dirigida la acción de tutela. Así las cosas, la Sala da por acreditado el requisito de legitimación en la causa por pasiva, respecto de ambas accionadas.

57. *Inmediatez*: sobre el plazo para la interposición de la acción de tutela, el artículo 86 dispone que esta podrá ser ejercida *"en todo momento"*, por lo que no es posible imponer un término de caducidad para su ejercicio[56]. No obstante, la jurisprudencia ha señalado que con base en el *principio de inmediatez* que rige la acción de tutela, el amparo debe invocarse dentro de un *término razonable*[57], que debe ser analizado conforme a las particularidades de cada caso en concreto, y flexibilizando su rigurosidad cuando se está ante sujetos de especial protección constitucional[58].

58. En el presente caso, se observa que transcurrió un plazo razonable, entre la prescripción de los insumos no PBS a las menores de edad y el envío de la solicitud ante del Comité Técnico Científico, el 27 de noviembre de 2018; y la instauración de la acción de la acción, el día 12 de febrero de 2019, habiendo transcurrido un lapso inferior a tres meses.

59. *Subsidiariedad*: el artículo 86, dispone que la acción de tutela solo es viable solo cuando *"el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable"*. De esta forma, como se explicó con antelación, la acción de tutela procede (i) como *mecanismo transitorio*, cuando, a pesar de existir un mecanismo para la protección de los derechos[59], se está ante un perjuicio irremediable; y (ii) como *mecanismo definitivo,* cuando existiendo un medio judicial para la protección de los derechos, el mismo no es *idóneo* ni *eficaz*[60]. De esta manera, la Corte ha precisado que antes de acudir a la acción de tutela, los afectados deben buscar solución a su controversia en el marco de los procesos ordinarios, que se encuentren dotados de idoneidad y eficacia para la protección de sus derechos, pues *"la acción de tutela no tiene la virtud de poder desplazar mecanismos previstos en la normatividad vigente (…) de lo contrario se estaría haciendo un* ***uso indebido de este mecanismo*** *que conllevaría un desgaste innecesario de la justicia constitucional y una paulatina desarticulación de las competencias asignadas a determinadas autoridades jurisdiccionales"*[61]. (resaltado por fuera del texto original).

60. Ahora bien, en lo que respecta a las controversias que se generan en el SGSSS, entre las EPS y sus usuarios, la Ley 1122 de 2007[62] en desarrollo de lo dispuesto en el artículo 116 de la

---

[55] Ley 715 de 2001, artículos 43.2.1, 43.2.2 y 43.2.10. Al respecto, ver sentencia T–117 de 2019.
[56] Sentencia C-543 de 1992.
[57] Sentencia SU-961 de 1999.
[58] Ver sentencia T-598 de 2017.
[59] Materialmente apto para producir el efecto protector.
[60] Ver, entre otras, las sentencias T-003 de 1992, T-01 de 1997, T-054 de 2003, T-01 de 2007 y T-496 de 2008.
[61] Ver sentencia T-060 de 2019.
[62] Reformada por las leyes 1438 de 2011 y 1949 de 2019.

Constitución, dotó a la Superintendencia Nacional de Salud (en adelante "SNS" o "Superintendencia") de funciones jurisdiccionales, con el fin de garantizar la efectiva prestación de dicho servicio público a los usuarios. Para tales fines, determinó que dicho organismo podrá conocer y fallar en derecho, con las mismas facultades de un juez[63], entre otros asuntos, los conflictos entre las Administradoras de Planes de Beneficios y sus usuarios por **prestaciones no incluidas en dichos planes**, salvo las controversias relativas a los servicios expresamente excluidos. El procedimiento adelantado por la Superintendencia es sumario, y se desarrolla con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción. Además, (i) la acción puede ejercerse en nombre propio, sin ninguna formalidad ni autenticación; (ii) la decisión de fondo debe adoptarse dentro de los veinte (20) días siguientes al recibo de la solicitud, y es susceptible de impugnación; y (iii) en el trámite del procedimiento jurisdiccional prevalecerá la informalidad. Sobre la impugnación de las decisiones de la Superintendencia, en la sentencia T-603 de 2015 (reiterada recientemente, en la SU-124 de 2018), la Corte consideró pertinente aplicar, por analogía, el término de 20 días contemplado en el artículo 32 del Decreto 2591 de 1991 para la impugnación de los fallos de tutela, y exhortó al Congreso de la República para que regulara el término en que debían surtirse dichas impugnaciones ante las salas laborales de los tribunales superiores de distrito judicial[64]. De lo anterior, puede concluirse que el procedimiento que se adelanta por la SNS, es (i) jurisdiccional; (ii) *preferente* y *sumario*[65]; y (iii) que se rige por los mismos principios de la acción de tutela[66] en cuanto a la prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad, eficacia, doble instancia, debido proceso, derecho de defensa, contradicción e informalidad.

61. Por lo anterior, esta corporación ha afirmado que para analizar la idoneidad y eficacia de este mecanismo, el juez constitucional debe estudiar los siguientes elementos[67]:

(i) Que el asunto se encuentre dentro de los supuestos sobre los cuales tiene competencia para fallar la Superintendencia, de conformidad con el artículo 41 de la Ley 1122 y sus modificaciones[68]. De esta manera, cuando la controversia no se enmarque en alguno de estos supuestos, el mecanismo ante la SNS carecerá de idoneidad; y

(ii) De ser procedente el mecanismo ante la Superintendencia para el caso concreto, deberá evaluarse su *eficacia* a la luz de los hechos. Así, se ha estimado que la tutela prevalecerá, entre otros, en los casos en los que *"se encuentre en riesgo la vida, salud o integridad de las personas"* o *"los peticionarios se encuentren en situación de vulnerabilidad, debilidad manifiesta, o sean sujetos de especial protección constitucional"*.

---

[63] Ley 1122 de 2007, artículo 41.
[64] Esa competencia se les asignó mediante el Decreto 2462 de 2013.
[65] Ley 1949 de 2019, artículo 6: "La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento **sumario**, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción." (Resaltado por fuera del derecho sustancial).
[66] Decreto 2591 de 1991, artículo 3.
[67] Ibidem.
[68] Contenidas en la Ley 1438 de 2011, artículo 126, y la Ley 1949 de 2019, artículo 6.

62. Adicionalmente, se ha estimado que la idoneidad y eficacia del referido mecanismo deben ser consideradas a la luz de los elementos de juicio que fueron allegados a esta corporación en la audiencia pública celebrada el día 06 de diciembre de 2018, realizada en seguimiento de la sentencia T–760 de 2008, para efectos de evidenciar la problemática persistente y estructural en el Sistema de Salud y encontrar soluciones efectivas. En dicha audiencia la SNS informó a la Sala Plena que (i) no cuenta con la capacidad de emitir decisiones de fondo sobre los asuntos que conoce en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales en el término de 10 días (plazo para fallar antes de la entrada en vigencia de la Ley 1949 de 2019); (ii) existe un retraso de entre dos y tres años para decidir los asuntos a su cargo; y (iii) la entidad no cuenta con la capacidad logística y organizativa para dar solución a las controversias que se presentan entre los actores del sistema de salud fuera de Bogotá[69].

63. En el caso concreto, encuentra la Sala que la tutela procede como mecanismo *definitivo*, debido a que (i) se trata de sujetos de especial protección constitucional pues son dos niñas con una condición adicional de vulnerabilidad por su diagnóstico de *"hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial bilateral"*,[70]; (ii) *prima facie*, su familia se encuentra en una situación socioeconómica vulnerable, al ser desplazada por la violencia (ver *supra*, numeral 32), motivo por el cual está inscrita en un programa de asistencia social a cargo del DAPS (ver *supra*, numerales 33 y 36); y (iii) la SNS no cuenta con una sede administrativa en el municipio de Saladoblanco – Huila[71].

C. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA JURÍDICO, MÉTODO Y ESTRUCTURA DE LA DECISIÓN

64. Según lo antes expuesto, corresponde a la Sala de Revisión determinar si Comfamiliar vulneró el derecho fundamental a la salud de las menores de edad Anyela Daniela y Karen Lizeth Burbano Díaz, al negarles el suministro de las *"pilas para audífonos con referencia 13, cuatro pares"*, prescritas por su médico tratante para el manejo de su patología *"hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial bilateral"*, bajo el argumento inicial de que (i) dicha prestación es una carga que debe asumir el usuario, al tratarse de tecnologías *"No pos*; y (ii) porque éstas no se encuentran financiadas con cargo a la UPC ni tampoco pueden considerarse como insumos *"No pos"*.

65. Para absolver dicha cuestión, la Sala abordará los siguientes temas: (i) el derecho fundamental a la salud. Cobertura y exclusiones del plan de beneficios. Derecho a la atención integral

---

[69] Ver sentencias T–114, T-192 y T-344 de 2019.

[70] Sobre la pérdida de la capacidad auditiva esta corporación dijo en sentencia T–1278 de 2005 que "No cabe duda que una limitación sensorial como la pérdida de la capacidad auditiva **representa una discapacidad para quien la padece**, que comporta una entidad significativa y que amerita toda la atención en salud por parte de las entidades encargadas de prestar dicho servicio público (…)". Adicionalmente, sobre la procedibilidad de la acción de tutela en asuntos relacionados con la pérdida de la audición del peticionario, esta corporación dijo en Sentencia T–633 de 2008 que "una vez la Corte analizó las consecuencias sociales y psicológicas que la pérdida de la audición puede ocasionar a un individuo concluyó que ésta constituye para quien la padece una discapacidad importante que tiene implicaciones en su desenvolvimiento en sociedad y en su vida cotidiana. Con fundamento en lo anterior, este alto Tribunal determinó que en efecto la acción de tutela procede en tanto que se trata de la vulneración del derecho a la salud **a un sujeto de especial protección constitucional**". (resaltados por fuera del texto original).

[71] Ver https://www.supersalud.gov.co/es-co/atencion-ciudadano/contactenos.

en salud; (ii) el suministro de pilas en el ámbito del derecho a la salud; (iii) el principio de solidaridad en el Estado Social de Derecho. Doctrina de las cargas soportables; (iv) las obligaciones de los padres respecto de la garantía de los derechos de sus hijos menores de edad y competencia de los municipios para el otorgamiento de subsidios a la población vulnerable; y (v) la resolución del caso concreto.

D. DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. COBERTURA Y EXCLUSIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS. DERECHO A LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.

Regulación del derecho a la salud como fundamental autónomo.

66. El derecho a la salud se encuentra consagrado en el artículo 49 de la Constitución, dentro de la categoría de los derechos económicos, sociales y culturales[72], y es definido como un servicio público a cargo del Estado, en virtud del cual se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de *promoción, protección y recuperación de la salud*, bajo los principios de *eficiencia*, *universalidad* y *solidaridad*[73]. A pesar su ubicación en el texto constitucional, esta corporación reconoció desde sus primeros pronunciamientos[74] que el derecho a la salud era susceptible de ser protegido a través de la acción de tutela, cuando se encontrara estrechamente asociado al goce efectivo de algún derecho fundamental, como la vida, la dignidad humana o la integridad personal. Este criterio de *conexidad* toma en cuenta la íntima e inescindible relación entre la salud y algunos derechos fundamentales[75]. Ahora bien, en tratándose de los niños, el artículo 44 CP[76] expresamente califica este derecho como fundamental y, por consiguiente, es susceptible del amparo constitucional[77], en concordancia con lo dispuesto por el artículo 86 *ibidem*.

67. Hace unos años, la jurisprudencia de la Corte Constitucional abandonó el referido criterio de *conexidad,* por estimarlo insuficiente, y consideró que los derechos prestacionales o de segunda generación –entre ellos la salud-, podían calificarse como derechos fundamentales autónomos cuando (i) su garantía depende de la simple omisión o abstención; (ii) se trate de un derecho subjetivo, es decir, de una prestación reconocida por la ley o el reglamento; y (iii) aunque no haya nacido un derecho subjetivo, se esté ante circunstancias de debilidad manifiesta que requieren especial protección del Estado[78].

---

[72] Sentencia T–943 de 2011.
[73] Artículo 49: "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental **conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad**. (…).". (resaltado por fuera del texto original).
[74] Entre otras, sentencias T–571 de 1992, T–613 de 1992, T–597 de 1993, T– 71 de 1995, T– 762 de 1998 y T–999 de 2000.
[75] Sentencia T–571 de 1992.
[76] Artículo 44: "Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, **la salud** y la seguridad social (…)" (resaltado por fuera del texto original).
[77] Entre otras, ver las sentencias T–597 de 1993, T–640 de 1997, T–796 de 1998, T–784 de 1998.
[78] Sentencia T–1081 de 2001, que reiteró a su vez la T–801 de 1998. En aquella ocasión, la Corte consideró que el derecho a la salud adquiría la connotación de fundamental y autónomo para la población de la tercera edad por sus características de especial vulnerabilidad. Ver también sentencias T-585 y T–760 de 2008.

68. Posteriormente, en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se reguló el derecho a la salud como un derecho *fundamental*[79] y *autónomo*[80], en cabeza de todos los colombianos, sin distinción de grupo etario o sector poblacional. Sobre esta nueva regulación, la Corte señaló que *"Por lo que respecta a la caracterización del derecho* ***fundamental*** *a la salud como* ***autónomo****, ningún reparo cabe hacer, pues, (…) ya ha sido suficientemente establecido por la jurisprudencia dicha condición de autónomo con lo cual,* ***no se requiere aludir a la conexidad de dicho derecho con otros que se estimen como fundamentales****,* ***con miras a predicar la fundamentalidad de la salud****, con lo cual se da vía libre a la procedibilidad de la tutela para protegerlo."*[81] (Resaltado por fuera del texto original).

69. De lo anterior, se colige que, por su desarrollo jurisprudencial y su posterior regulación estatutaria, el derecho a la salud es un **derecho fundamental autónomo**, **en cabeza de todos los colombianos**, susceptible de amparo a través de este mecanismo de protección constitucional, independientemente de la edad o condición socioeconómica en que se encuentre su titular. Y, cuando se trate de personas en situación de debilidad manifiesta en razón a su edad, los requisitos generales de procedencia de la acción deberán ser analizados con mayor flexibilidad, propendiendo a que el derecho fundamental a la salud les sea garantizado de forma inmediata, expedita y prioritaria[82].

Cobertura y exclusiones del Plan de Beneficios en Salud.

70. Ahora bien, la garantía del derecho fundamental a la salud comprende el acceso de todos los colombianos a unas prestaciones que tienen por objeto lograr la preservación, mejoramiento y promoción de la salud[83]. Mediante la Ley 1751 de 2015, se creó un nuevo modelo de aseguramiento para los usuarios del sistema diferente al originalmente previsto en la Ley 100 de 1993[84]. En efecto, el artículo 15 de la precitada ley estableció un nuevo criterio de definición de los servicios y tecnologías financiados con los recursos públicos asignados a la salud, según el cual, la garantía del derecho se da a través de la prestación de servicios y tecnologías **estructurados sobre una concepción integral del derecho**, que incluye su promoción, prevención, paliación de la enfermedad y recuperación de las secuelas, **salvo** los servicios y tecnologías que cumplan con alguno de los siguientes criterios:

(i) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
(ii) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
(iii) Que no haya evidencia científica sobre su efectividad clínica;
(iv) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;

---

[79] Ley Estatutaria 1751 de 2015, artículo 1.
[80] Ley Estatutaria 1751 de 2015, artículo 2.
[81] Mediante sentencia C–313 de 2014, esta Corte examinó la constitucionalidad del proyecto de ley estatutaria 209 de 2013 Senado y 267 de 2013 Cámara *"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"*, en virtud de la competencia contenida en el artículo 241.8 de la Constitución.
[82] Corte Constitucional, sentencia T – 010 de 2019.
[83] Ley 1751 de 2015, artículo 2º.
[84] El modelo anterior, contemplado en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, consistía en la garantía de los servicios e insumos contenidos expresamente en los planes obligatorios de salud, los cuales variaban de contenido dependiendo del tipo de afiliado y el régimen de afiliación.

(v) Que se encuentren en fase de experimentación; o
(vi) Que tengan que ser prestados en el exterior.

71. Para efectos de materializar la implementación de este nuevo esquema de aseguramiento con base en exclusiones, el mencionado artículo dispuso que los servicios o tecnologías que cumplieran con alguno de los criterios reseñados no estarían cubiertos con la financiación del Sistema por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante un procedimiento técnico científico de carácter público, colectivo, transparente y participativo, que debe contar con el criterio de expertos independientes, asociaciones profesionales y pacientes potencialmente afectados. Dicho procedimiento[85], culminó con la expedición de la Resolución No. 5267 de 2017[86], en la cual se adoptó el listado de servicios y tecnologías excluidos expresamente de la financiación con los recursos públicos destinados a la salud para el año 2018. Así mismo, dicho Ministerio actualizó el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para esa vigencia, mediante Resolución No. 5269 de 2017.

72. Mediante sentencia C–313 de 2014, este tribunal avaló la constitucionalidad del sistema de exclusiones, al considerar que resulta congruente con un concepto del servicio de salud en el cual la inclusión de todos los servicios y tecnologías se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. En este sentido, señaló que *"[S]i el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a* ***todos los elementos necesarios*** *para lograr el más alto nivel de salud posible y* ***las limitaciones deben ser expresas y taxativas****. Esta concepción del acceso y la fórmula elegida por el legislador en este precepto, al determinar lo que está excluido del servicio, resulta admisible, pues, tal como lo estimó la Corporación al revisar la constitucionalidad del artículo 8º, todos los servicios y tecnologías se entienden incluidos y* ***las restricciones deben estar determinadas****"*[87].

73. Por el contrario, la Corte consideró que la disposición contenida en el inciso 4º del artículo 15, sobre la implementación de un mecanismo para definir las prestaciones en salud cubiertas por el sistema, resultaba inconstitucional al partir del *inaceptable* supuesto de servicios y tecnologías no cubiertos por el sistema, pero que a la vez no correspondían a las limitaciones taxativamente señaladas por el legislador, configurándose, una *restricción indeterminada* al acceso a los servicios y tecnologías en materia de salud. De esta manera, procedió a declarar la inconstitucionalidad de la expresión según la cual se definirían de forma expresa las prestaciones en salud cubiertas por el SGSSS.

74. Por su parte, la Sala Especial de Seguimiento de la sentencia T – 760 de 2008, en auto 410 de 2016[88], al hacer alusión al marco normativo y jurisprudencial sobre la actualización integral del plan de beneficios, señaló que la Ley 1751 de 2015 estableció **una nueva forma de actualización basada en un sistema de exclusiones**, según el cual ***"en principio el sistema cubre***

---

[85] Regulado mediante Resolución No. 330 de 2017, en la que se determinaron sus etapas y funcionamiento.
[86] El legislador estatutario otorgó dos años al Ministerio para implementar el procedimiento de exclusiones (Ley 1751 de 2015, artículo 15).
[87] Sentencia C–313 de 2014.
[88] Auto proferido en seguimiento al cumplimiento de las órdenes 17 y 18 de la sentencia T–760 de 2008, sobre actualización integral y periódica del POS.

todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados dentro del plan de beneficios*. De esta manera se pretende garantizar el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas (art. 15).”*[89] (Resaltado por fuera del texto original).

75. Lo anterior, supuso una transformación en el diseño de los planes contentivos de los beneficios en salud para los colombianos, pues a partir de la implementación de lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, todo se entiende incluido, salvo lo que sea expresamente excluido tras la realización del procedimiento técnico científico.

76. En este punto, es importante precisar que la expedición de la Resolución No. 5269 de 2017, que actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no tiene por objeto definir expresamente los servicios y tecnologías que hacen parte del Plan de Beneficios, pues ello sería inconstitucional, tal como fue señalado por la Corte, sino aquellos que serán financiados con el mecanismo de protección colectiva del derecho, esto es, la UPC, mientras que los servicios y tecnologías que no se encuentren allí contenidos serán financiados con el mecanismo de protección individual, esto es, el sistema de recobros[90], sin que pueda entenderse que los servicios y tecnologías que no se encuentran financiados con el mecanismo de protección colectiva – UPC – no hacen parte del Plan de Beneficios, en tanto ello sólo puede predicarse de las tecnologías expresamente excluidas, de conformidad con lo previsto en el citado artículo 15, la Resolución No. 5267 de 2017 y lo establecido por la Corte Constitucional en la sentencia C–313 de 2014.

77. En la parte considerativa de la citada Resolución se señaló que:

> *“(…) en consonancia con los mandatos de la ley estatutaria en salud, las leyes que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), han previsto un* ***mecanismo de protección colectiva del derecho a la salud*** *a través de un esquema de aseguramiento mediante la definición de un Plan de Beneficios en Salud, cuyos servicios y tecnologías en salud* ***se financian con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)****,* ***sin perjuicio del desarrollo de otros mecanismos que garanticen la provisión de servicios y tecnologías en salud de manera individual, salvo que se defina su exclusión de ser financiados con recursos públicos asignados a la salud****.”*(Resaltado por fuera del texto original).

78. Mediante Resolución No. 3951 de 2016[91] el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. En este acto se dispuso que la prescripción de los servicios

---

[89] Corte Constitucional, Sala Especial de Seguimiento de la Sentencia T–760 de 2008, Auto 410 de 2016.
[90] El recobro se realiza ante la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – Adres, en el Régimen contributivo, y ante la entidad territorial respectiva, en el Régimen Subsidiado. Ver resoluciones No. 5395 de 2013 y 1885 de 2018.
[91] Modificada mediante resoluciones Nos. 5884 de 2016, 532 de 2017, 1885 de 2018 y 1343 de 2019.

y tecnologías antes mencionados, así como de los servicios y tecnologías complementarias[92] se realizaría a través de un aplicativo de diligenciamiento en línea –Mipres[93]– para el régimen contributivo; mientras que para el régimen subsidiado, continuaría rigiendo la Resolución No. 5395 de 2013, según la cual la prescripción de servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios estarían sujetos a la aprobación del Comité Técnico Científico.

79. Además, mediante Resolución No. 2438 de 2018[94], el Ministerio estableció que la prescripción de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios en el Régimen Subsidiado se realizaría a través del aplicativo Mipres[95], y otorgó plazo hasta el 1º de enero de 2019 para que las entidades territoriales responsables de la garantía del suministro de estos servicios y tecnologías se activaran en dicha plataforma. El plazo fue ampliado al 1º de abril de 2019 mediante Resolución No. 5871 de 2018, que señaló que mientras la entidad territorial realizaba el proceso de activación respectivo, la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios, deberían continuar con el trámite de aprobación ante el Comité Técnico Científico, en los términos de la Resolución No. 5395 de 2013.

En conclusión, la prescripción y suministro de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC para la vigencia del año 2018 en el Régimen Subsidiado; año en el que los servicios y tecnologías con cargo a la UPC se encontraban definidos en la Resolución 5269 de 2017, debían someterse al trámite y aprobación por parte del respectivo Comité Técnico Científico, en los términos de la Resolución No. 5395 de 2013.

Integralidad de los servicios en salud bajo los parámetros de la Ley 1751 de 2015. Casos en los que procede ordenar el tratamiento integral vía judicial.

80. Ahora bien, de conformidad con el artículo 8º de la Ley Estatutaria en Salud –Ley 1751 de 2015–, los servicios y tecnologías en salud deberán ser suministrados de manera **completa** para prevenir, palear o curar la enfermedad, independientemente del mecanismo de provisión o financiamiento definido por el legislador. Así mismo, este artículo establece que ante la duda sobre el alcance de un servicio en salud cubierto por el Estado, se entenderá que aquel comprende todos los elementos necesarios para superar la necesidad específica **en salud** evidenciada por el médico tratante.

81. Sobre el particular, esta corporación en sentencia C–313 de 2014 consideró que la inclusión del principio de integralidad al ordenamiento estatutario implica que: (i) se debe otorgar una protección completa a los afiliados en relación con todo aquello que sea necesario para mantener su calidad de vida, y (ii) las personas afiliadas al SGSSS tienen derecho a recibir, como un todo,

---

[92] Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 3951 de 2016, artículo 3.8: "Servicios o tecnologías complementarias: Corresponde a un servicio que si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad".
[93] Plataforma tecnológica *Mi Prescripción*.
[94] Modificada mediante Resolución No. 1343 de 2019.
[95] Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución No. 2438 de 2018, artículo 1.

los servicios de promoción, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

82. De esta manera, la Corte ha entendido que en virtud del principio de integralidad, el servicio de salud prestado por las entidades del Sistema debe contener **todos los componentes** que el médico tratante establezca como **necesarios** para el pleno restablecimiento del **estado de salud** o la mitigación de las dolencias del paciente[96], sin que sea posible fraccionarlos, separarlos o elegir cuál de ellos aprueba en razón del interés económico que representan[97]. En este sentido, ha afirmado que la orden del tratamiento integral por parte del juez constitucional tiene la finalidad de garantizar la continuidad en la prestación del servicio de salud y evitar la interposición de acciones de tutela por cada servicio prescrito por el médico tratante del accionante[98].

83. No obstante, este tribunal ha señalado que la solicitud de tratamiento integral no puede tener como sustento afirmaciones abstractas o inciertas, sino que deben confluir unos supuestos para efectos de verificar la vulneración alegada, a saber:

- Que la EPS haya actuado con negligencia en la prestación del servicio, como ocurre, por ejemplo, cuando demora de manera injustificada el suministro de medicamentos, la programación de procedimientos o la realización de tratamientos; y
- Que existan las órdenes correspondientes, emitidas por el médico tratante, en que se especifiquen las prestaciones o servicios que requiere el paciente[99].

E. SOBRE LA NO PERTENENCIA DE LAS PILAS PARA AUDÍFONOS AL ÁMBITO DEL DERECHO A LA SALUD.

84. De conformidad con el concepto técnico allegado por el Ministerio de Salud y Protección Social en sede de revisión, las pilas son elementos **accesorios a dispositivos médicos**, y como tal, no pueden ser consideradas como tecnologías del ámbito de la salud, ni como servicios o tecnologías complementarias, en virtud del principio de solidaridad. En ese mismo sentido, la Secretaría Departamental de Salud del Huila, en su intervención, señaló que las pilas son *"elementos de bajo costo y fácil consecución que deben ser adquiridos por el usuario o su familia"* (ver *supra*, numeral 42) y, de conformidad con la respuesta remitida por la EPS accionada, no existe un código CUPS[100] que permita identificar las pilas como un insumo en salud por fuera de la UPC, razón por la cual no es procedente que ni la EPS ni la entidad territorial cubran su suministro (ver *supra*, numeral 45).

[96] Sentencia T–464 de 2018.
[97] Sentencia T–081 de 2019.
[98] Sentencia T–259 de 2019.
[99] Sentencia T–081 de 2019, ya citada.
[100] Clasificación Única de Procedimientos en Salud.

85. Al respecto se tiene que, en primer lugar, mediante Resolución No. 3951 de 2016[101], el Ministerio definió las tecnologías en salud, y los servicios y tecnologías complementarios, en los siguientes términos:

- *Tecnología en salud*: se entiende por tal, la intervención, medicamento, procedimiento, **dispositivo médico** o servicios **usados en la prestación de servicios de salud**, así como sistemas organizativos y de soporte con los que se presta **la atención en salud,** de conformidad con lo establecido en la Resolución No. 5592 de 2015[102]; y
- *Servicios o tecnologías complementarias:* corresponde a aquellos que si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso incide en el **goce efectivo del derecho**, a **promover su mejoramiento** o a **prevenir la enfermedad**[103].

86. Por su parte, el artículo 126 de la Resolución No. 5269 de 2017[104] prevé que en el contexto del Plan de Beneficios con cargo a la UPC, deben entenderse como no financiadas aquellas tecnologías que, entre otras:

- **No tengan como finalidad** la promoción **de la salud**, o la **prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad**; y
- Los servicios y tecnologías **que no sean propiamente del ámbito de la salud** o que se puedan configurar como determinantes sociales de la salud, conforme al artículo 9º de la Ley 1751 de 2015[105].

87. Al respecto, existen diferentes pronunciamientos en que la Corte Constitucional se ha referido a prestaciones que, por su naturaleza, no pertenecen al ámbito del derecho fundamental a la salud. Por ejemplo, los guantes para el cambio de pañales, en tanto **no contribuyen a la recuperación de la enfermedad del paciente**[106]; los pañales en sí mismos, que no están orientados a **prevenir** o **remediar** la enfermedad del afiliado[107]; las cirugías de tipo estético, que no tienen relación con la **recuperación** o **mantenimiento** de la capacidad funcional de las personas[108]; las terapias tipo ABA en el caso de los pacientes con Trastorno del Espectro Autista –

---

[101] "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones".
[102] Al respecto, la Resolución No. 5592 de 2015 establece en su artículo 8.38 que: "Tecnología en salud: Actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.". Esta definición coincide con la contenida en las resoluciones No. 1885 de 2018 y 2438 de 2018, que rige para el Régimen Subsidiado.
[103] Esta definición coincide con la contenida en las resoluciones No. 1885 de 2018 y 2438 de 2018, que rige para el Régimen Subsidiado.
[104] Vigente para el año 2018, en que ocurrieron los hechos que motivaron la presente acción.
[105] Ley 1751 de 2015, artículo 9: "Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados. **Parágrafo.** Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud".
[106] Sentencia T–117 de 2019.
[107] Ibídem.
[108] Sentencia T–579 de 2017.

TEA –, toda vez que **no tienen incidencia sobre su estado de salud** sino en el ámbito educativo[109]; o el pago de los gastos de un acompañante para asistir a la prestación de servicios de salud en un sitio diferente al lugar de residencia, en tanto se trata de pretensiones económicas que **corresponde asumir al núcleo familiar, en virtud del principio de solidaridad**[110].

88. Ahora bien, la Resolución No. 5267 de 2017 previó en su artículo 59 la financiación de los audífonos, como ayudas técnicas con cargo a la UPC para los procedimientos cubiertos con dicho mecanismo de protección colectiva. En concordancia con esa disposición, el artículo 83 *ibídem* señaló que el procedimiento de **implante coclear**, así como la sustitución de la prótesis y la rehabilitación post implante para las personas **menores de 3 años de edad** que padezcan de **sordera prelocutoria o poslocutoria bilateral**, serán financiados con cargo al mecanismo de protección colectiva, haciendo la claridad de que dicha financiación **no incluye el suministro o entrega periódica de baterías**. Al respecto, es importante destacar que la Secretaría Departamental de Salud del Huila señaló en su intervención que el procedimiento de implante coclear previsto en el artículo 83, que se realiza para el manejo de la hipoacusia o sordera es **de mayor complejidad** que aquella que se trata con audífonos, y a pesar de ello, no incluye en su financiación el suministro de las pilas.

89. Pues bien, de lo anteriormente expuesto, se extrae como conclusión que las pilas para audífonos no pueden ser entendidas como una **tecnología en salud**, en tanto no son una actividad, intervención, medicamento, procedimiento ni dispositivo médico o servicio que haga parte de la prestación del servicio de salud, por tratarse de elementos **accesorios** que por sí mismos no contribuyen a la **recuperación** o **tratamiento** de la enfermedad del paciente. Por el contrario, si las tecnologías en salud comprendieran los elementos accesorios a los dispositivos médicos que se utilizan para el tratamiento de las diferentes patologías que presentan los afiliados al sistema, así lo hubiera previsto el Ministerio al fijar el alcance de dicho concepto. Al respecto, esa cartera fue clara al delimitar su alcance, y con ello, definió de forma taxativa qué puede considerarse como una tecnología en salud. Por otra parte, las pilas para audífonos tampoco forman parte del grupo de **servicios complementarios**, en tanto, como se explicó, no tienen la virtualidad de garantizar el goce efectivo del derecho, pues no mejoran o recuperan el estado de salud del paciente.

90. Es por ello que, tal como fue expuesto por el referido Ministerio en su intervención, al tratarse de elementos accesorios a un dispositivo médico que no hacen parte del ámbito del derecho a la salud, no se ha costeado ni calculado su valor en los estudios de suficiencia de la UPC, no se encuentran contempladas en las tablas de prescripción vía Mipres para servicios complementarios (afirmación reiterada por la Secretaría Departamental de Salud, *ut supra*, 42), ni han sido objeto de nominación y estudio por parte de los diferentes actores del SGSSS, en desarrollo del procedimiento técnico científico que culminó con la expedición de la Resolución No. 5267 de 2017, contentiva del listado de exclusiones para la vigencia 2018.

---

[109] Sentencia T–364 de 2019.
[110] Sentencia T–1079 de 2001, reiterada en sentencias T–900 de 2002 y T–736 de 2016.

91. Es importante establecer un límite entre las prestaciones que debe asumir el SGSSS y aquellas que no, pues de lo contrario, las variadas interpretaciones que se dan a los conceptos antes referidos pueden incidir en la sostenibilidad financiera del mismo[111], al costear servicios y tecnologías que no hacen parte del ámbito del derecho a la salud, y que, por lo tanto, deben ser asumidos con cargo a otro sector público.

92. Al respecto, se reitera lo sostenido por la Adres en la respuesta allegada a esta corporación en sede de revisión, en el sentido de indicar que *"cada orden judicial que obligue a la Adres o a cualquier otra autoridad del SGSSS a financiar elementos o tecnologías que no sean propias de salud,* ***como baterías o pilas****,* ***está atentando contra la sostenibilidad del Sistema, y repercutirá tarde o temprano en la cobertura de elementos que sí son propios de las atenciones de un paciente****"* (resaltado por fuera del texto original).

93. En este orden, debe precisarse que en tratándose de menores de edad, las pilas para el dispositivo audífono deben ser asumidas, en primer lugar, por los padres, en virtud de sus obligaciones parentales, y subsidiariamente, con cargo a los subsidios que otorgue la entidad territorial correspondiente a la población vulnerable residente en su jurisdicción, como pasa a verse a continuación.

F. PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD EN EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO – DOCTRINA DE LAS CARGAS SOPORTABLES.

94. De conformidad con el artículo 1º CP, Colombia es un Estado Social de Derecho fundado, entre otros principios, en el de solidaridad de las personas que lo integran. Por su parte, el artículo 48 *ibidem*, prevé la solidaridad como uno de los principios que gobiernan el SGSSS. El artículo 49 *ibidem*, señala que aquel es un principio que rige la prestación del servicio de salud. Y el artículo 95 superior impone a los ciudadanos el deber de contribuir al financiamiento de los gastos e inversiones del Estado, dentro de los conceptos de justicia y equidad.

Sobre el principio de solidaridad, esta corporación ha explicado que en el Estado Social de Derecho no sólo se prevé la obligación de las autoridades de imponer el orden y garantizar los derechos de los asociados, sino que también se contempla un escenario de *contribución colectiva*, en el cual la ciudadanía debe concurrir al aseguramiento de unos mínimos de bienestar que permitan la efectiva realización de los derechos fundamentales[112]. En este sentido, ha señalado que el principio de solidaridad impone obligaciones recíprocas, tanto al Estado como a los particulares, en virtud de las cuales:

[111] Autos 263 de 2012 y 140 de 2019.
[112] Sentencias C–177 y C–388 de 2016.

- El Estado debe adoptar medidas que de forma *directa*[113] o *indirecta*[114] protejan a aquellas personas que se encuentran en situación de debilidad o inferioridad frente al resto del conglomerado social; y
- Dicho deber es exigible a los particulares, en los términos que establece la ley, y excepcionalmente, sin que medie disposición normativa, cuando su desconocimiento implica la vulneración de algún derecho fundamental[115].

Ahora bien, sobre la acepción de la solidaridad como *exigencia dirigida al Estado*, en su calidad de garante de los derechos de los ciudadanos, ha sostenido que implica un deber de intervención en favor de *los más desventajados de la sociedad*, **cuando estos no pueden valerse por sí mismos**[116]. Al respecto, ha destacado que resultan indispensables los instrumentos de inversión y gasto social, como mecanismos del Estado para satisfacer las necesidades básicas insatisfechas en salud, educación, mejoramiento de la calidad de vida de la población, entre otros objetivos[117].

Por otra parte, la Corte Constitucional ha definido el contenido de la solidaridad en su acepción de *deber ciudadano*, como una imposición dirigida a toda persona, por el solo hecho de pertenecer al conglomerado social, consistente en la **vinculación de su propio esfuerzo y actividad** en beneficio o apoyo de otros asociados o en interés colectivo[118]. Particularmente, ha sostenido que aquel principio constitucional impone a los miembros de la sociedad el deber de contribuir con su propio esfuerzo a apoyar a sus congéneres, para hacer efectivos los derechos de éstos, especialmente cuando se trata de personas en situación de debilidad manifiesta, por su condición económica, física o mental[119].

Ahora bien, en lo que respecta al SGSSS, se tiene que por expresa disposición constitucional (ver *supra*, numeral 94) la prestación de este servicio público se rige por el principio de solidaridad. Así mismo, la Ley 100 de 1993, al definir los principios que gobiernan el Sistema General de la Seguridad Social, previó, en su artículo 2º, que el Estado se encargaría de garantizar la solidaridad en dicho sistema mediante su dirección, control y participación[120]. Así, dicho principio guía el Sistema General de Pensiones[121] y el SGSSS[122].

Por su parte, la Ley Estatutaria de Salud -Ley 1751 de 2015– previó la solidaridad como uno de los principios que rigen este derecho fundamental[123], e igualmente, en su artículo 10, literal i)

---

[113] Adoptando medidas en favor de aquellas personas que por razones económicas, físicas o mentales se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.
[114] Medidas de protección a aquellas personas que se encuentran en situación de inferioridad a través de la inversión en el gasto social.
[115] Sentencia C–388 de 2016.
[116] Ibidem.
[117] *Idem*.
[118] Sentencia C–767 de 2014.
[119] Ibidem.
[120] Ley 100 de 1993, artículo 2: "**Principios**. Solidaridad. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil. Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el sistema de seguridad social mediante su participación, control y dirección del mismo (…)".
[121] Ley 100 de 1993, artículos 13, literal i), 25 y 59, entre otras disposiciones.
[122] Ley 100 de 1993, artículo 218, entre otras disposiciones.
[123] Ley 1751 de 2015, artículo 6: "El derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios (…) j) **Solidaridad.** El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades".

impuso a los afiliados del sistema el deber de **contribuir solidariamente** al financiamiento de los gastos **que demande la atención en salud**, de acuerdo con su capacidad de pago[124]. En sentencia C–313 de 2014 la Corte Constitucional reiteró[125] la importancia que cobra este principio en la resolución de casos concretos y que permite la realización de los derechos a la salud y a la seguridad social.

A su vez, en relación con el deber de contribución solidaria frente a los gastos que demande la atención en salud, en dicho fallo la Corte consideró que se encontraba en armonía con lo dispuesto en el artículo 95.9 CP, que impone el deber ciudadano de contribuir a los gastos e inversiones del Estado, lo cual no se entiende como una barrera en el acceso al servicio por la capacidad económica de los usuarios, sino como una obligación de financiamiento que debe corresponder a la capacidad de éstos. Y, en todo caso, quedan a salvo las circunstancias en las que la salud debe protegerse aunque no haya capacidad económica. Un ejemplo del deber de contribución solidaria lo constituyen los pagos moderadores, previstos en el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, posteriormente diferenciados como *cuotas moderadoras* y *copagos*[126], sobre los cuales este tribunal ha considerado que constituyen una medida necesaria para proteger la sostenibilidad financiera del sistema de salud[127].

En conclusión, el principio de solidaridad que rige la prestación del servicio público en salud por disposición constitucional y estatutaria: (i) implica una **obligación**, en cabeza del Estado, de adoptar las medidas necesarias para garantizar la protección de las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad frente al conglomerado social; e (ii) impone un **deber** de los ciudadanos, y concretamente de los afiliados del SGSSS, de asumir unas cargas mínimas soportables que se **derivan** de la prestación del servicio de salud, como por ejemplo, la cancelación de copagos y cuotas moderadoras, o la adquisición de insumos accesorios a dispositivos médicos, en aras de proteger fines constitucionalmente válidos como la sostenibilidad financiera del SGSSS.

Ahora bien, en lo que respecta al segundo de los aspectos anteriormente mencionados, esta corporación se ha referido al concepto de las *cargas soportables*[128]. Así, por ejemplo, en materia de mesadas pensionales, ha considerado que aquellas variaciones en el capital (ingresos decrecientes) que no comporten una afectación al mínimo vital del peticionario, esto es, que no comprometan su capacidad de procurar la satisfacción de sus necesidades básicas, constituyen cargas soportables que no ameritan la intervención del juez de tutela[129]. Ahora bien, específicamente en materia de gastos asociados al estado de salud, la Corte ha sostenido que el pago de prestaciones o insumos no financiados con cargo a los recursos públicos, sin que se vea afectado el mínimo vital del peticionario, constituye una carga soportable[130]. Particularmente, en la Sentencia

---

[124] Ley 1751 de 2015, artículo 10: "Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes (…) i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.".
[125] A modo de ejemplo, citó las sentencias T–618 de 2000, T–667 de 2002, T–1271 de 2009 y T–470 de 2010.
[126] El Acuerdo 260 de 2004 diferenció los conceptos de copagos y cuotas moderadoras, estableciendo que las cuotas moderadoras son aquellas aplicables a los afiliados cotizantes y sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.
[127] Sentencia T–402 de 2018.
[128] Sentencias T–184 de 2009, T–378 de 2018 y T–328 de 2017, entre otras.
[129] Sentencia T–378 de 2012.
[130] Sentencia T–200 de 2016. Sobre cargas soportables en materia de acceso a prestaciones relacionadas con el ámbito de la salud ver, entre otras, sentencias T– 884 de 2004, T–760 de 2008, y T–092 de 2018.

T–760 de 2008 la Corte Constitucional se refirió de forma conjunta a los deberes de solidaridad y de asumir cargas soportables. Al respecto, sostuvo que cuando una persona con capacidad de pago no cancela los **costos adicionales** que genera su atención en salud, **es esta misma quien impone la barrera**, siendo la práctica de la Corte no tutelar el derecho en estos casos, aun cuando se trate de niños. En este sentido, destacó que eximir a una persona con capacidad de pago de los costos razonables del servicio sería atentar contra el principio de solidaridad, en el marco de los escasos recursos del entonces Fondo de Solidaridad y Garantías -Fosyga (hoy Adres).

De conformidad con lo anterior, se tiene que el criterio determinante para efectos de establecer si una carga es soportable en un caso particular, consiste en analizar la potencial afectación que dicha erogación generaría en el mínimo vital del peticionario, de tal forma que no pueda cumplir la carga que razonablemente se espera que asuma, sin desatender los mínimos básicos de su subsistencia. Sobre el derecho al mínimo vital, esta Corte ha entendido que consiste en la prerrogativa de que gozan todas las personas de "*vivir en unas condiciones que garanticen un mínimo de subsistencia digna, a través de los ingresos que le permitan satisfacer sus necesidades más urgentes*"[131], tales como alimentación, vivienda, vestuario, acceso a los servicios públicos domiciliarios, educación, entre otros[132].

G. OBLIGACIONES DE LOS PADRES RESPECTO DE LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE SUS HIJOS MENORES DE EDAD.

Deber de corresponsabilidad de los padres en la garantía de derechos de sus hijos menores de edad.

95. De conformidad con el artículo 44 de la Constitución Política[133], los niños gozan de una **especial protección constitucional** que requiere de una actuación articulada entre el Estado, **la familia** y la sociedad para lograr la efectividad de sus derechos, y estos han de prevalecer frente a los derechos de los demás.

96. Esta disposición trae además un catálogo enunciativo de derechos y garantías, que tiene como sustento la especial situación de vulnerabilidad en que se encuentran los niños, niñas y adolescentes que, por su edad y grado de madurez, física y emocional, se encuentran en desventaja frente al resto del conglomerado social. Dicha protección especial, impone como consecuencia lógica una serie de obligaciones a los involucrados, quienes, si bien deben trabajar de

---

[131] Corte Constitucional, Sentencia T-426 de 2018.
[132] Ibídem.
[133] Constitución Política de Colombia, artículo 44: "**Son derechos fundamentales de los niños**: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. **Serán protegidos** contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia**. La familia, la sociedad y el Estado** tienen la obligación de **asistir y proteger** al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y **el ejercicio pleno de sus derechos**. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. **Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás**". (resaltado por fuera del texto original).

forma conjunta en la consecución de este mandato, atienden a diferentes niveles de responsabilidad dependiendo de si se trata de la familia, el Estado o la sociedad.

De esta manera, por ejemplo, la garantía de acceso a las prestaciones del SGSSS estará en cabeza del Estado, que tiene a su cargo la prestación de dicho servicio público (ver *supra*, numeral 66), mientras que la custodia y el cuidado personal corresponderán en primer nivel al grupo familiar, o la protección frente a diferentes formas de explotación, además de involucrar a la familia, constituye un llamado importante para la sociedad.

Ahora bien, además de su previsión en el texto constitucional, estas obligaciones han sido objeto de desarrollo por el ordenamiento legal y la jurisprudencia constitucional, con base en la condición de sujetos de especial protección que el ordenamiento constitucional otorgó a los menores de edad.

En este sentido, la Ley 1098 de 2006 –Código de la Infancia y la Adolescencia– reiteró la especial jerarquía de los derechos de los menores en el ordenamiento, y definió el interés superior como el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos los derechos humanos del menor de edad[134].

A su vez, dicho estatuto legal definió el *principio de corresponsabilidad*, referente a la concurrencia de esfuerzos entre la familia, el Estado y la sociedad, y sobre el cual la Corte Constitucional ha señalado que *"En virtud de este principio, todos y cada uno de los derechos que el ordenamiento constitucional consagra a favor de los niños y niñas, contienen obligaciones a cargo del Estado y de la familia, los padres, o aquellos que tienen su custodia"*. Y también ha dicho que si bien existe una obligación genérica en cabeza de la familia y el Estado de asistir a los menores para garantizar el ejercicio pleno de sus derechos, la intervención del Estado en el núcleo familiar es **marginal y subsidiaria**, y en esta medida, **la primera obligada frente a la satisfacción de los derechos de los niños es la familia**, como núcleo esencial de la sociedad[135].

Particularmente, sobre la obligación de los padres en la garantía de los derechos de sus hijos, el Código de la Infancia y la Adolescencia previó el concepto de *responsabilidad parental*, como una ampliación de los deberes de la patria potestad[136], que consiste en la obligación inherente a la orientación, **cuidado**, acompañamiento y crianza de los niños, niñas y adolescentes en su proceso de formación, que además propende a que estos puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos[137].

Esta corporación ha reconocido que en virtud del principio de *corresponsabilidad*, a los padres les es exigible asumir ciertas cargas mínimas para lograr la efectividad de los derechos de estos últimos, como por ejemplo, matricular a sus hijos en una institución educativa para garantizar su

[134] Ley 1098 de 2006, artículo 8.
[135] Sentencia T–364 de 2019.
[136] Sentencia C–727 de 2015.
[137] Ley 1098 de 2006, artículo 14.

derecho a la educación[138], o su afiliación al SGSSS para que estos accedan a las prestaciones en salud[139].

De lo anterior, se tiene que los primeros obligados a asumir las cargas mínimas requeridas para garantizar la efectividad de los derechos de los niños, niñas y adolescentes son sus progenitores, quienes en virtud de los principios de *solidaridad*, *corresponsabilidad* y de *responsabilidad parental*, deben asumir, al margen de la intervención estatal, las cargas soportables que acarree el acceso a los servicios y prestaciones que aquellos requieran para la efectividad de sus derechos, a no ser, de que en virtud del principio constitucional de solidaridad, el Estado deba entrar a suplir las necesidades de aquellos que no pueden valerse por sí mismos, en el marco de la doctrina de las cargas soportables y la afectación al mínimo vital.

H. COMPETENCIA DE LOS MUNICIPIOS PARA EL OTORGAMIENTO DE SUBSIDIOS A LA POBLACIÓN VULNERABLE.

Garantía de subsidios a la población vulnerable en el marco de la Ley 715 de 2001[140].

97. En virtud del principio constitucional de solidaridad el Estado debe entrar a suplir las cargas mínimas que no pueda asumir el ciudadano cuando su capacidad económica se constituya en una barrera de acceso a un servicio o prestación que requiera -en este caso, accesorio a una ayuda técnica del ámbito de la salud-. La Sala se referirá brevemente al deber que tienen las entidades territoriales de adoptar políticas públicas en que se focalicen los recursos que les son girados por la Nación, a través del Sistema General de Participaciones (en adelante, "SGP"), para otorgar subsidios a la población vulnerable que permitan subsanar deficiencias de acceso a la educación, la salud, y de propósito general en otros sectores.

En primer lugar, de conformidad con el artículo 356 CP, corresponde al legislador, a iniciativa del gobierno nacional, fijar los servicios a cargo de la nación, los departamentos, distritos y municipios, y para efectos de proveer los recursos que requiere cada nivel para la prestación de dichos servicios, se dispuso la creación del SGP. De esta manera, el artículo 357 siguiente estableció las condiciones generales de incremento anual, reparto y asignación de tales recursos. En desarrollo de lo anterior, fue expedida la Ley 715 de 2001, por medio de la cual se dictan las normas orgánicas en materia de recursos y competencias de la Nación, los departamentos, distritos y municipios en los sectores de salud, educación y otros sectores de propósito general. Dicha norma, se refirió a la naturaleza del SGP como un sistema constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los precitados artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las entidades territoriales para la financiación de servicios cuya competencia se les asigna por medio de dicha Ley[141].

---

[138] Sentencia T–364 de 2019.
[139] Sentencia T–089 de 2018.
[140] *"Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros".*
[141] Ley 715 de 2001, artículo 1º.

Así, la Ley 715 de 2001 establece en su artículo 76, que además de las competencias establecidas en la Constitución y la Ley, corresponde a los municipios, con recursos propios, del SGP u otros recursos, **establecer programas de apoyo integral a grupos de población vulnerable, como la población infantil, ancianos, desplazados o madres cabeza de hogar**[142].

Sobre la especial obligación que tienen las autoridades del Estado de brindar protección a los individuos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, esta corporación ha entendido que es un mandato derivado del artículo 13 superior, en virtud del cual dichas autoridades deben adoptar acciones afirmativas para lograr que el mandato de igualdad allí contenido sea efectivo, y en especial, para que las personas que de acuerdo a su condición **económica, física o mental** se encuentren en estado de debilidad manifiesta, tengan una especial protección[143], cuya finalidad es contrarrestar *los efectos negativos generados por su condición*, y hacer posible su participación en las actividades de la sociedad[144].

De esta manera, por ejemplo, en sentencia T–352 de 2010, al conocer del caso de una persona de la tercera edad clasificada entre nivel 0 y 1 de SISBEN que solicitaba la internación en un hogar – *ancianato* – a cargo del municipio en que residía, la Corte Constitucional consideró que en desarrollo del principio de solidaridad, era exigible la asistencia pública para garantizar su derecho a la vivienda digna. En este sentido, consideró que *"Para la Sala resulta evidente que el órgano estatal que debe acudir a la protección del derecho al mínimo vital del actor es el Municipio de Tenjo, pues de acuerdo con la Ley 715 de 2001, cuando el usuario es beneficiario del régimen subsidiado y* ***pertenece a la población vulnerable****, como el caso de los adultos mayores, debe,* ***de conformidad con el artículo 76 de dicha ley****, directa o indirectamente promover o cofinanciar proyectos de atención para este grupo de personas"* (resaltado por fuera del texto original).

En este orden, se tiene que en virtud de las disposiciones contenidas en la Ley 715 de 2001, y en desarrollo del principio de solidaridad, en concordancia con la protección especial que debe dispensar el Estado a las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad para garantizar su acceso en condiciones de igualdad a los servicios o prestaciones que no pueden procurarse por sí mismos, debido a su situación física, económica o mental, ya sea que se trate de niños, personas desplazadas, en situación de pobreza o cualquier otro grupo en circunstancias de debilidad manifiesta[145], el Estado, y en este caso, el municipio, tiene a su cargo el diseño de políticas públicas que garanticen programas de apoyo integral a esta población, de tal forma que a través de medidas como la asignación de subsidios o la financiación de programas con los recursos de propósito general, garanticen la protección especial que debe dispensar el Estado a esos grupos poblacionales. Dicha competencia, se ejerce con supervisión por parte de la nación[146] y bajo la coordinación y apoyo del departamento[147].

---

[142] Ley 715 de 2001, artículo 76.11.
[143] Sentencia SU–040 de 2018.
[144] Sentencia T–041 de 2019.
[145] También han sido reconocidos como personas en situación de vulnerabilidad, según las condiciones particulares de cada caso, las personas bajo la relación de especial sujeción con el Estado – población carcelaria, personas de la tercera edad, personas pertenecientes a la comunidad LGTBI, personas en situación de discapacidad, personas con patologías como VIH o cáncer, entre otros.
[146] Ley 715 de 2001, artículo 73.6.
[147] Ley 715 de 2001, artículo 74.

I. SOLUCIÓN DEL CASO CONCRETO.

98. En el asunto objeto de análisis la Sala deberá determinar si la EPS accionada vulneró el derecho a la salud de las menores Burbano Díaz, por el no suministro de las *"pilas para audífonos con referencia 13, cuatro pares"* que fueron prescritas por su médico tratante, en relación con la patología de *"hipoacusia mixta conductiva neurosensorial bilateral"* con que ambas fueron diagnosticadas.

Ausencia de vulneración de los derechos alegados.

99. A partir de las pruebas aportadas al expediente, y de conformidad con los anteriores criterios, la Sala constata que si bien la EPS accionada se encuentra obligada a garantizar el servicio de salud a las menores Burbano Díaz, en su calidad de aseguradora del SGSSS, y en el marco del Plan de Beneficios que ha actualizado cada año el Ministerio, lo cierto es que dicha entidad no está llamada a suministrar las *pilas para audífonos* que fueron prescritas por su médico tratante, en tanto, como se pudo verificar, se trata de insumos accesorios a una ayuda técnica que por sí mismos no tienen la virtualidad de restablecer o tratar el estado de salud de las pacientes, y por ende, no hacen parte del ámbito del derecho fundamental a la salud.

En la Resolución No. 5269 de 2017, mediante la cual se definen los servicios y tecnologías financiados con cargo a la UPC para la vigencia del año 2018, el Ministerio de Salud dejó por fuera las pilas para audífonos, e incluso fue explícito al mencionar que el procedimiento de implante coclear en las personas menores de 3 años edad con sordera prelocutoria o poslocutoria profunda bilateral[148], procedimiento de mayor complejidad que el uso del audífono en el pabellón auricular, no incluye el suministro periódico de baterías. De lo anterior se deduce claramente que las pilas **no hacen parte del procedimiento médico**, esto es, **no son usadas en la prestación del servicio de salud**, situación que se predica igual en los audífonos de uso externo, en tanto el dispositivo que se suministra al usuario es el audífono, en calidad de ayuda técnica, y por ende los accesorios que requiera, como sus baterías, no pueden ser considerados una tecnología en salud o un servicio complementario en los términos de la Resolución No. 3951 de 2016.

Igualmente, y de conformidad con lo informado tanto por el Ministerio de Salud y Protección Social como por la Secretaría Departamental de Salud del Huila, las pilas para audífonos no se encuentran incluidas en las tablas de servicios y tecnologías complementarias que pueden ser prescritas por medio de la herramienta tecnológica Mipres. Y, al no contar con código Cups, las pilas para audífonos no pueden tratarse como tecnologías financiadas por fuera de la UPC, y no es procedente que ni la EPS ni la entidad territorial asuman el costo de su suministro.

De esta manera, la Sala concluye que las baterías para audífonos **no se financian con cargo a los recursos públicos asignados a la salud**. En este sentido, debe determinarse a quién corresponde su suministro, en el caso de las menores de edad.

---

[148] Resolución No. 5269 de 2017, artículo 83.

En primer lugar, tal como se señaló anteriormente, los afiliados al SGSSS deben concurrir a financiar solidariamente los gastos derivados de la atención en salud, en los términos del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015. Como se vio, se trata de una carga soportable que es imponible al ciudadano en virtud del principio de solidaridad, que propende a la consecución de la sostenibilidad financiera de un sistema que cuenta con recursos limitados, y con ello, a la garantía del derecho a la salud de todos los colombianos.

Ahora bien, debe aclararse que dicha carga debe ser analizada en cada caso concreto, según la capacidad económica del usuario. Lo anterior, ha conducido a que existan casos en los que aquella no sea soportable cuando se logra constatar que de asumir la erogación impuesta, el peticionario o su núcleo familiar verían afectados de forma negativa los ingresos que permiten la satisfacción de sus necesidades básicas de subsistencia, como alimentación, vivienda, vestuario, acceso a los servicios públicos domiciliarios, educación, entre otros. En este escenario, el principio de solidaridad adquiere la connotación de obligación a cargo del Estado, y este debe intervenir en favor de la población en situación de debilidad o vulnerabilidad que no puede valerse por sí misma.

En el caso de los niños y niñas, la Sala evidencia que los primeros llamados a velar por el goce efectivo de sus derechos son los integrantes de su núcleo familiar, y concretamente sus padres, quienes ejercen la patria potestad, y al margen de la intervención estatal, cuentan con la responsabilidad de lograr que aquellos puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos. De esta manera, a quienes corresponde asumir la carga de sufragar los elementos accesorios a las ayudas técnicas que fueron entregadas a las menores de edad es a sus padres.

En este orden, y de conformidad con las pruebas allegadas en sede de revisión, para efectos de verificar si dicha carga es soportable, se tiene que los padres de las niñas poseen dos predios que sumados dan una extensión aproximada de casi dos hectáreas (ver *supra*, numerales 22 y 36) , en su mayoría cultivadas con café, árboles frutales y otros productos agrícolas, donde además se encuentra construida su casa de habitación, que cuenta con los servicios públicos de agua y luz, cuatro habitaciones y piso de cemento; lotes que la misma accionante estima avaluados en treinta y tres millones de pesos ($33.000.000) aproximadamente (ver *supra*, numeral 36). Adicionalmente, resalta la Sala que el núcleo familiar lo integran también dos hermanos en edad productiva, que cuentan con experiencia en las labores de agricultura, residen en el mismo domicilio y están llamados a contribuir a la garantía de los derechos de sus hermanas según el régimen de alimentos señalado en nuestro ordenamiento (artículo 411 del Código Civil) y que desarrolla el principio de solidaridad familiar. Además, como medio de transporte, la familia tiene dos motocicletas de su propiedad.

Por otra parte, la Sala toma en cuenta el criterio expuesto por la Secretaría Departamental de Salud del Huila, en el sentido de que las pilas o baterías de recambio de los audífonos como ayudas técnicas son elementos de *"bajo costo y fácil consecución que deben ser adquiridos por el usuario o su familia"* (ver *supra*, numeral 42). Dicha afirmación, se refuerza con la información allegada ante el juez de instancia como en sede de revisión por parte del prestador Audiocom, el

que corroboró los datos sobre los precios de las pilas para los audífonos de las menores, en la forma como sigue:

Cantidad de pilas	Valor
Seis (6)	Diecinueve mil pesos ($ 19.000)
Treinta (30)	Sesenta y tres mil pesos ($ 63.000)
Sesenta (60)	Ciento trece mil pesos ($ 113.000)

En conclusión, la compra de las pilas para audífonos que requieren las menores de edad constituye una carga soportable para el núcleo familiar, por las siguientes razones:

- Según lo informado por la accionante durante la diligencia de inspección judicial, los ingresos que obtiene su esposo, titular del predio, durante la cosecha de café, que recoge aproximadamente cada tres semanas, es entre trecientos y cuatrocientos mil pesos ($ 300.000 - $ 400.000); ello, sin tener en cuenta los ingresos que le reportan los demás productos agrícolas que cultiva en el terreno, o que en su defecto consume la familia y representa un ahorro en la canasta familiar.
- En igual sentido, el núcleo familiar se encuentra integrado por dos jóvenes, de 23 y 26 años de edad, que se dedican, al igual de su padre, a las labores del agro, y como informó la accionante, además de la finca de su propiedad, acuden a otras fincas *"buscando su jornal"*.
- Al residir en un predio de su propiedad, la familia no reporta gastos mensuales por concepto de arrendamiento, e incluso cuenta con dos medios de transporte de su propiedad, para la movilización de sus integrantes.
- De conformidad con la información aportada por la madre de ambas menores, según la cual las pilas de los audífonos de sus hijas tienen una duración de 15 días (ver *supra*, numeral 32), y de conformidad con la prescripción médica que se realizó por su médico tratante (ver *supra*, numeral 9), estas requieren un total de 4 pilas, cada una, para un total de 8 al mes. De esta manera, según la información suministrada por el prestador Audiocom, las niñas requieren el paquete de 30 pilas, que tiene un costo de sesenta y tres mil pesos ($ 63.000), pues no se pueden adquirir por unidad. Dicho paquete, tendría una duración inicial de tres meses, y posteriormente, las menores deberían adquirir nuevamente el mismo paquete, el cual tendría una duración de cuatro meses, durante los siguientes tres cuatrimestres que adquieran el paquete, y así sucesivamente.

  Lo anterior, arroja un gasto mensual de veintiún mil pesos ($21.000) con la duración del paquete por tres meses, y de quince mil setecientos cincuenta pesos ($15.750) con la duración del paquete por cuatro meses, cifras que no se consideran desproporcionadas para un núcleo familiar titular del derecho de dominio sobre **casi dos hectáreas de predios productivos**, que cuenta con los recursos necesarios para el mantenimiento de dos medios motorizados de transporte, pago de servicios públicos y en el que generan ingresos tres de sus seis miembros, siendo razonable que además de asumir el costo de las pilas, puedan atender los gastos ordinarios del núcleo familiar relacionados con la salud, alimentación y educación de las menores.

- Y, de conformidad con la información suministrada por el DAPS el subsidio educativo que percibe el núcleo familiar por ambas menores cuenta con cuatro entregas anuales, de las cuales este año se ha girado la suma de doscientos ochenta y seis mil ochocientos cincuenta pesos ($286.850), y se estaba pendiente de recibir, al momento de la interposición de la acción de tutela, la segunda liquidación del período 2019 por la suma de trescientos noventa y dos mil pesos ($392.000), lo que constituye una ayuda adicional para el financiamiento de los gastos que tienen las niñas en materia de educación.

La Sala considera que en el presente caso no se cumplen los presupuestos decantados por la jurisprudencia constitucional para acceder al tratamiento integral solicitado en la demanda de tutela, toda vez que la controversia planteada gira únicamente en torno al suministro de las pilas para audífonos; elementos que, como se dijo, la entidad accionada no se encuentra legalmente obligada a suministrar. En este sentido, no obran en el expediente órdenes médicas a nombre de las menores que se encuentren pendientes por cumplir o algún procedimiento de salud cuya programación o realización aún no se haya realizado a pesar de la prescripción del médico tratante. Por tal razón, no puede afirmarse que la accionada haya actuado con negligencia, en ningún sentido, respecto de la prestación del servicio de salud que le corresponde garantizar a ambas menores.

De conformidad con lo anteriormente expuesto, se tiene que el suministro de las pilas para audífonos solicitadas por la accionante, en representación de sus hijas, (i) corresponde a prestaciones ajenas al ámbito del derecho a la salud, en tanto se trata de elementos accesorios a una ayuda técnica que no tienen la finalidad de tratar o restablecer el estado de salud, y por tanto, no garantizan el goce efectivo del derecho, entonces, no es procedente ordenar su suministro con cargo a los recursos del SGSSS; (ii) el suministro de las pilas para audífonos es una carga soportable que se deriva de la atención en salud y debe ser financiada por el usuario en virtud del principio constitucional de solidaridad; (iii) tratándose de menores de edad, a quien corresponde asumir dicha erogación es a su núcleo familiar, y más concretamente, a sus padres, en virtud del criterio de corresponsabilidad y de la responsabilidad parental. En este caso, la accionante, junto con su esposo, y de ser necesario, los demás miembros del núcleo familiar, están llamados a hacer el esfuerzo mínimo para sufragar las pilas que requieren las menores de edad, toda vez que la relación entre sus ingresos y patrimonio familiar con el costo de las pilas no resulta desproporcionado; (iv) dicho deber no obsta para que en caso de considerarlo necesario, el núcleo familiar acceda a alguno de los programas de atención a la población vulnerable con que cuente el municipio de Saladoblanco – Huila, lugar donde residen, previo cumplimiento de los requisitos que la entidad territorial establezca para tal efecto; y (v) por lo anteriormente expuesto, toda vez que la EPS accionada no se encuentra legalmente obligada a suministrar los insumos solicitados, ni ha obrado negligente respecto de cualquier otro servicio o insumo prescrito a las niñas Burbano Díaz, no procede la orden del tratamiento integral, respecto de la patología *"hipoacusia mixta conductiva neurosensorial bilateral"* que ambas presentan.

Por estas mismas razones, no se emitirá ninguna orden dirigida a la Secretaría Departamental de Salud del Huila, en tanto no ha transgredido ninguna garantía fundamental de las menores, al

no ser la entidad encargada de la prestación del servicio de salud y no encontrarse obligada a cubrir el valor de los elementos reclamados a través de la acción de tutela.

No obstante, la Sala precisa que el análisis anterior no obsta para que la accionante o los integrantes de su núcleo familiar acudan, en caso de considerarlo necesario y conforme a las condiciones exigidas, a las autoridades del municipio de Saladoblanco, para efectos de inscribirse como beneficiarios de los programas de asistencia social para la población vulnerable que ofrezca dicho ente territorial en el marco de la Ley 715 de 2001.

100. La Sala confirmará el fallo proferido el 25 de febrero de 2019 por el Juzgado Único Promiscuo Municipal de Saladoblanco – Huila, que negó el amparo del derecho fundamental a la salud de las menores Anyela Daniela y Karen Lizeth Burbano Díaz, por las razones expuestas en precedencia.

J. SÍNTESIS DE LA DECISIÓN.

101. De conformidad con los fundamentos fácticos y jurídicos expuestos en esta providencia, correspondió a la Sala Cuarta de Revisión determinar si la ESP accionada vulneró el derecho fundamental a la salud de las menores de edad Anyela Daniela y Karen Lizeth Burbano Díaz, por el no suministro de las *pilas para audífonos con referencia 13, cuatro pares,* que fueron prescritas por su médico tratante en relación con su diagnóstico de *"hipoacusia mixta conductiva neurosensorial bilateral"*.

Para efectos de absolver el interrogante planteado, la Sala, luego de hacer un recuento de la evolución jurisprudencial sobre el derecho a la salud, reiteró que actualmente este ha sido calificado expresamente como un derecho fundamental autónomo por la Ley Estatuaria en Salud. Se señaló cómo esta ley estableció un nuevo modelo de aseguramiento en salud para los colombianos, con un sistema a base de exclusiones, en el que el SGSSS garantiza todas las prestaciones y tecnologías pertenecientes al ámbito de la salud, salvo las que se encuentren expresamente excluidas tras la realización de un procedimiento técnico científico público, transparente y participativo.

Se expuso que para la vigencia del año 2018 el Ministerio de Salud reguló el nuevo Plan de Beneficios, a través de la expedición de: (i) la Resolución No. 5267 de 2017, que contiene el listado de los servicios y tecnologías que se encuentran expresamente excluidos de la financiación con cargo a los recursos públicos destinados a la salud; y (ii) la Resolución No. 5269 de 2017, que define las tecnologías del Plan de Beneficios que se encuentran financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC –. Lo anterior, se precisó, no implica que las tecnologías que no fueron contenidas en la financiación con los recursos de la UPC hagan parte del listado de las tecnologías expresamente excluidas del Sistema, en tanto al no encontrarse expresamente en el listado de exclusiones, estas prestaciones sí se financian con cargo al sistema de salud por el mecanismo de protección individual, mediante la prescripción a través de la plataforma tecnológica Mipres. Sin embargo, se expuso que de conformidad con la Resolución No.

5871 de 2018, el trámite vía Comité Técnico Científico para las tecnologías no PBS en el régimen subsidiado estuvo vigente hasta el 1º de abril de 2019.

La Sala pasó a referirse al concepto de la integralidad en la prestación de los servicios de salud, en los términos de la Ley 1751 de 2015 y la jurisprudencia constitucional. Explicó que los actores del sistema se encuentran obligados a prestar el servicio de salud de manera completa y sin la posibilidad de fraccionamiento, independientemente del mecanismo de provisión o financiamiento definido por el legislador, y que la orden de su suministro vía acción de tutela procede únicamente cuando a pesar de la existencia de las órdenes en que el médico tratante determina las prestaciones y servicios requeridos por el paciente, la EPS actúa de forma negligente, y demora o niega el suministro de las prestaciones a que el usuario tiene derecho.

Luego se analizó si las pilas para audífonos pertenecían al ámbito del sector salud. En este sentido, expuso que de conformidad con las respuestas del Ministerio de Salud y Protección Social, y de la Secretaría Departamental de Salud del Huila, las pilas para audífonos son accesorios del dispositivo audífono, y como tal, al no prevenir, curar o tratar la enfermedad que exige el uso de las ayudas auditivas, no hacen parte del ámbito del derecho a la salud. Ello, en concordancia con las definiciones sobre tecnología en salud y servicios complementarios contenidos en las Resolución No.3951 de 2016, según las cuales estas prestaciones, o bien son usadas en la prestación del servicio de salud, o se relacionan con el goce efectivo del derecho; condición con la que no cumplen las pilas para audífonos, en tanto ni hacen parte de la prestación del servicio médico ni se relacionan con el goce efectivo del derecho, en tanto la recuperación o tratamiento del estado de salud es una función propia de las ayudas técnicas.

En este mismo sentido, la Sala encontró que las pilas para audífonos se encuentran excluidas tanto de la Resolución No. 5269 de 2017, como de las tablas de tecnologías complementarias para prescripción vía Mipres diseñadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Por ello, al evidenciar que las mencionadas prestaciones no hacen parte del ámbito del derecho a la salud, entró a verificar a quién corresponde su suministro. Al respecto encontró, en primer lugar, que asumir el costo de las pilas para audífonos constituye una carga para el usuario, de conformidad con el principio constitucional de solidaridad y la contribución solidaria en los gastos que genere la atención en salud, en los términos del artículo 10 de la Ley Estatutaria en Salud. Carga esta que debe ser asumida por los padres en el caso de los menores de edad, en virtud del principio de corresponsabilidad y la responsabilidad parental definidos en la Ley 1098 de 2006 y en la jurisprudencia constitucional.

La Sala encontró que en el caso concreto el núcleo familiar de las menores Burbano Díaz cuenta con bienes e ingresos que hacen soportable la carga de asumir la compra de las pilas, por lo que sus padres, e incluso sus hermanos, de ser necesario, tendrían la capacidad de aunar esfuerzos para garantizar dicho suministro. No obstante lo cual se precisó que, de conformidad con el principio de solidaridad en su faceta de obligación exigible al Estado, y en el marco de las competencias asignadas a los municipios por la Ley 715 de 2001, la capacidad económica del núcleo familiar Burbano Díaz no obsta para que gestionen su inscripción, de considerarlo necesario, en

los programas de asistencia a la población vulnerable que tenga diseñados el municipio de Saladoblanco – Huila, previo cumplimiento de los requisitos que se exijan para tal efecto.

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional de la República de Colombia, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

PRIMERO.- LEVANTAR, respecto del presente asunto, la suspensión de términos ordenada por el Consejo Superior de la Judicatura.

SEGUNDO.- CONFIRMAR la sentencia proferida el veinticinco (25) de febrero de dos mil diecinueve (2019) por el Juzgado Único Promiscuo Municipal de Saladoblanco – Huila, que resolvió negar la acción de tutela promovida por la señora Gloria Esperanza Díaz Burbano en representación de las menores Anyela Daniela y Karen Lizeth Burbano Díaz, por las razones expuestas en la parte considerativa de esta providencia.

TERCERO.- LÍBRESE por la Secretaría General de esta Corporación, la comunicación de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos en él contemplados.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

2. NORMATIVA

2.1. DECRETOS

2.1.1. Decreto 109 de 2021

Por el cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 y se dictan otras disposiciones.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial de las conferidas por los artículos 49 y el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el artículo 170 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 42 de la Ley 715 de 2001, el artículo 90 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 9° de la Ley 2064 de 2020, y

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, modificado por el Acto Legislativo 2 de 2009, "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad".

Que el mencionado artículo también señala que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad y el artículo 95 del mismo ordenamiento, dispone que las personas deben "obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias, ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud".

Que el artículo 2° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, establece que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, de tal manera que son titulares del derecho a la salud no solo los individuos, sino también los sujetos colectivos, anudándose al concepto de salud pública.

Que en el mismo artículo 6° de la mencionada Ley Estatutaria 1751 de 2015, se define el elemento de accesibilidad, conforme al cual los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad.

Que sobre la aplicación del derecho a la igualdad en el ámbito de la salud pública, y más específicamente en el de vacunación, la Corte Constitucional cuando analizó la constitucionalidad de la Ley 1626 de 2013, por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del

cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones, en la Sentencia C-350 de 2017 sostuvo que “dado que los cuestionamientos recaen sobre una de las facetas del derecho a la igualdad sustancial, relativa a la igualdad en los resultados, y específicamente en el acceso de bienes sociales y en la satisfacción de las necesidades básicas, la medida legislativa debe ser valorada, no a la luz de los estándares del derecho a la igualdad formal o ante el derecho positivo, ni tampoco a la luz de los estándares de la faceta prestacional e individual del derecho a la salud, sino a la luz de los estándares del derecho a la igualdad material”.

Que adicionalmente, en la Sentencia citada, la Corte Constitucional aclaró que en estos casos “el escrutinio judicial recae sobre una medida de salud pública, y no sobre la faceta prestacional e individual del derecho a la salud” y que “son las consideraciones sobre la dimensión colectiva del derecho a la salud las que deben orientar la valoración de la medida legislativa cuestionada, y no las necesidades o expectativas individuales de acceder a las tecnologías en salud para obtener el máximo bienestar posible. En este sentido, el interrogante del cual depende la validez de la restricción legal no es si las personas excluidas del programa hubieran podido beneficiarse de la respectiva tecnología en salud en término de su estado de bienestar, ni si dicha tecnología optimiza su estado de salud, sino si el esquema acogido por el legislador es consistente con la situación y con las necesidades de salud pública, consideradas global y colectivamente, asunto que normalmente es determinado a partir de análisis de costo-efectividad. Esto habilita al legislador y a las instancias gubernamentales, por ejemplo, a focalizar los planes y programas, y a establecer esquemas de priorización”. (Subrayado fuera de texto).

Que en conexión con lo anterior, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, establece que en desarrollo del principio de equidad, es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección. A su vez, la Ley también destaca el principio de solidaridad, por el cual el sistema de salud debe basarse en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.

Que en la actualidad existe poca oferta para la adquisición de las vacunas contra el COVID-19 debido al proceso que se requiere para su producción y comercialización, por lo que el suministro de esta vacuna se encuentra condicionado por la alta demanda y por las capacidades limitadas de producción y distribución de los fabricantes.

Que en el contexto de la pandemia generada por el COVID-19 la disponibilidad de tecnologías en salud es limitada, por lo que la aplicación del principio constitucional de eficacia a través de instrumentos que garanticen la mejor utilización posible de tecnologías escasas se convierte en una finalidad prevalente, con el objeto de proteger la salud pública y el derecho fundamental a la salud en su dimensión individual y colectiva.

Que el pasado 9 de noviembre de 2020, expertos en Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas profirieron una declaración en la que resaltaron el valor esencial del acceso a las vacunas para la prevención y contención del COVID-19 alrededor del mundo, en la que

manifestaron que los Estados tienen la obligación de asegurar que todas las vacunas y tratamientos contra el COVID-19 sean seguros, estén disponibles y sean accesibles y asequibles para todo el que lo necesite y que en consecuencia el acceso a estas tecnologías debe brindarse para todos sin discriminación y priorizando a quienes sean más vulnerables a la enfermedad.

Que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, en declaración del 27 de noviembre de 2020, reconoció que las circunstancias complejas de la emergencia de salud global por el COVID-19 hacen que sea imposible garantizar a todas las personas un acceso inmediato a las vacunas, incluso si muchas son aprobadas en poco tiempo. Señaló el Comité que, en atención a esta situación, los Estados deben acudir a criterios de priorización basados en razones de salud pública, las cuales incluyen dar prelación, por ejemplo, a los trabajadores de la salud y a aquellas personas que tengan el mayor riesgo de desarrollar afectaciones graves a su salud producto del contagio del virus SARS-CoV-2, ya sea por su edad o por sus condiciones preexistentes.

Que, dado que las vacunas disponibles son escasas y requieren de una planeación logística detallada para su aplicación al beneficiario, es necesario que se prioricen estrictamente los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad, de acuerdo con los datos epidemiológicos y de salud pública disponibles en el mundo en relación con el SARS-CoV-2.

Que el Grupo de Expertos de la OMS en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización expidió en el mes de septiembre de 2020 “El Marco de valores del SAGE de la OMS para la asignación de vacunas y el establecimiento de prioridades en la vacunación contra el COVID-19”, en el que se establece, entre otros, el principio de bienestar humano, que tiene como objetivos: (i) la reducción de muertes y el impacto de la enfermedad causada por el COVID-19; (ii) la disminución de la disrupción social y económica generada por la pandemia y (iii) la protección del funcionamiento continuo de los servicios esenciales, incluido el servicio de salud. Además, se incluyen los principios de respeto equitativo, equidad global, equidad nacional, reciprocidad y legitimidad.

Que la Ley 2064 de 2020 declaró de interés general la estrategia para la inmunización de la población colombiana contra el COVID-19 y estableció que las vacunas deben ser priorizadas para los grupos poblacionales que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la estrategia de vacunación adoptada.

Que el Estado colombiano ha alcanzado acuerdos vinculantes con diferentes agentes, indirectamente a través de la plataforma COVAX y directamente por medio de acuerdos con los respectivos fabricantes. Se estima que, para el primer semestre del año 2021, Colombia podrá contar con aproximadamente cuarenta millones de dosis para buscar la inmunización de aproximadamente veinte millones de personas y el gobierno nacional continúa adelantando acuerdos con otras casas farmacéuticas para lograr la compra de más dosis de vacunas.

Que teniendo en cuenta que las vacunas adquiridas por el Estado colombiano estarán disponibles de manera gradual en la medida en que los diferentes laboratorios avancen en su producción, es necesario dividir en varias etapas los grupos priorizados.

Que, si bien no son vinculantes para los Estados, para definir el orden de priorización, se han tomado como base las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas.

Que, de acuerdo con tales recomendaciones, la estrategia de vacunación debe apuntar en una primera fase a proteger el talento humano en salud, específicamente el de primera línea, a reducir la mortalidad por causa de COVID-19 y a disminuir la incidencia de casos severos por esta misma enfermedad, generadas principalmente en los grupos de adultos mayores y población con comorbilidades. Esto, para avanzar a una segunda fase dirigida a la reducción del contagio. Esta priorización inicial apunta a proteger los daños más graves e inmediatos sobre la vida, la salud y la dignidad de los habitantes del territorio colombiano.

Que cada una de las fases y etapas del plan de vacunación también se sustentan en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, y en especial en aquella relativa a la aplicación del principio de igualdad en el marco de la repartición de bienes escasos, sobre lo cual ha sostenido lo siguiente: "2.8. Un escenario en el que la aplicación del principio de igualdad supone importantes retos es el que hace referencia a la distribución de bienes escasos y cargas públicas (...) La Corte ha considerado que la distribución de beneficios y cargas implica una decisión en la que se escoge otorgar o imponer algo a determinadas personas o grupos y, por lo tanto, una distinción, de donde se infiere la relación entre esa distribución y el principio de igualdad. En consecuencia, los criterios a partir de los cuales se realice esa distribución deben: (i) respetar el principio de igualdad de oportunidades de todos los interesados; (ii) ser transparentes; (iii) estar predeterminados y (iv) no afectar desproporcionadamente los derechos de algunas personas. Además, (v) deben determinarse en consideración a la naturaleza del bien o la carga a imponer, análisis que, por regla general, corresponde a las ramas legislativa y ejecutiva del poder público (T-109 de 2012)" y además que "aún dentro de la categoría de personas de especial protección constitucional existen diferencias materiales relevantes que rompen su horizontalidad y los sitúan en disímiles posiciones de vulnerabilidad que merecen distintos grados de protección (T-093 de 2012)".

Que, en virtud de lo anterior, el plan de priorización considera tres criterios fundamentales: la posición de vulnerabilidad dentro de grupos de especial protección, el rol del personal de la salud en la lucha contra la pandemia, el nivel de exposición de ciertos grupos sociales y la necesidad de garantizar la continuidad de ciertos servicios indispensables.

Que para las etapas 1 y 2 se incluye a toda la población mayor de 60 años, dado que, de acuerdo con la evidencia disponible, corresponde al grupo poblacional más vulnerable frente al COVID-19; por los altos índices de mortalidad y efectos graves sobre la salud de los pacientes infectados. En este primer grupo se acentúa la aplicación del criterio de vulnerabilidad y la protección del derecho a la vida y a la dignidad humana.

Que al interior de la categoría de mayores de 60 años no se realizan distinciones adicionales a la edad teniendo en cuenta que la mayor susceptibilidad a la infección y las graves manifestaciones clínicas observadas en los pacientes adultos mayores podría deberse al proceso fisiológico de envejecimiento celular y por ende, un menor funcionamiento del sistema inmunológico, así como

por la myor prevalencia generalizada en estos pacientes de comorbilidades que contribuyen a una disminución de la reserva funcional que reduce la capacidad intrínseca y la resistencia, obstaculizando la defensa contra las infecciones.

Que, de acuerdo a la publicación realizada por el Center for Disease Control and Prevention-CDC de Atlanta, el 13 de diciembre de 2020, en comparación con los adultos jóvenes (de 18 a 29 años) los adultos de 85 y más años tienen una probabilidad de morir por COVID-19, 630 veces más alta.

Que en el caso de Colombia, de acuerdo con el boletín técnico de estadísticas vitales del DANE, entre marzo y octubre de 2020, el 27,3% de las defunciones confirmadas por COVID-19 se concentra en personas de 80 años y más. En esta misma población se encuentra el 29% de las muertes sospechosas por COVID-19.

Que aun cuando se inicie con la ejecución del plan de vacunación, la expansión de la enfermedad y de la pandemia no podrá ser controlada de forma inmediata, por lo que el sistema de salud continuará sometido a altos niveles de demanda de atención debido al COVID-19.

Que el talento humano que representa la primera línea de atención contra el COVID-19 está continua, directa e intensamente expuesto al SARS-CoV-2 y a los pacientes confirmados con COVID-19, en sus formas más graves, lo cual constituye un alto riesgo de infección con alta carga viral. Adicionalmente, se reconoce la necesidad permanente de este talento humano en roles de cara al paciente, especialmente en aquellos con complicaciones y con necesidad de intervenciones invasivas para su manejo. Finalmente, se destaca su papel protagónico en la atención de la pandemia al evitar un mayor número de muertes por COVID-19.

Que el talento humano de apoyo a las áreas en donde se atienden pacientes confirmados con COVID-19 está persistentemente expuestos al virus, dada su interacción con los pacientes, con fluidos corporales y fómites contaminados, lo que incrementa su riesgo de infección. Así mismo, se reconoce que su labor resulta esencial para la atención de los pacientes durante la pandemia.
Que los vacunadores constituyen un talento humano esencial en la concreción del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, al ser quienes directamente llevarán la vacuna a la población en las distintas etapas del Plan, por lo cual con su protección se protege también la capacidad logística y operativa de las estrategias del mismo en todo el territorio nacional.

Que hasta la fecha no existe evidencia concluyente sobre la transmisión de SARS-CoV-2 a través del manejo de cuerpos de personas fallecidas, no obstante, el Center for Disease Control and Prevention-CDC de Europa en su reporte técnico “Consideraciones relacionadas con el manejo seguro de cuerpos de personas fallecidas con COVID-19 sospechoso o confirmado”, publicado en 2020, identifica como riesgos específicos el contacto directo con restos humanos o fluidos corporales donde el virus está presente, así como el contacto directo con fómites contaminados. El virus puede persistir en superficies durante siete (7) días, por lo que existe la posibilidad de que el virus también persista en cuerpos fallecidos. Por lo tanto, se debe proteger a quienes deben realizar autopsias y necropsias, independientemente de las causas básica y directa de

muerte, dado que los fallecidos pudieron haber estado cursando cuadros sintomáticos o asintomáticos de COVID-19 en el momento de la defunción.

Que el talento humano de las entidades territoriales y del Instituto Nacional de Salud (INS) que realiza acciones de vigilancia epidemiológica en campo tales como rastreo, búsqueda activa de casos, investigación epidemiológica y toma de muestras que involucren contacto con casos sospechosos y confirmados de COVID-19, está permanentemente expuesto al virus dado el contacto directo con los casos confirmados y sus contactos estrechos.

Que en la literatura científica se ha determinado que por cada diez (10) años que aumenta la edad, el riesgo de morir por COVID-19 se incrementa en un 32% (RR: 1,32 IC 95%: 1,25 a 1,38). En este sentido, la población entre 60 y 79 años presenta un mayor riesgo de enfermar gravemente y de morir en comparación con la población más joven. De acuerdo con las cifras publicadas por el CDC, los adultos entre 65 y 74 años tienen un riesgo de morir por COVID-19 90 veces más alto en comparación con los adultos jóvenes entre 18 y 29 años, así como un riesgo de ser hospitalizados por complicaciones del COVID-19 cinco (5) veces más alto en comparación con la misma población de referencia.

Que en el transcurso de la pandemia, en Colombia han persistido desafíos en salud pública que sobrepasan el COVID-19, procesos que deben ser cubiertos por los servicios de salud, incluyendo la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. En este sentido, es necesario vacunar al talento humano que permite la prestación de los servicios de salud en todos los niveles de complejidad y en todos los servicios, cuya atención esencial no recae en pacientes confirmados con COVID-19 que ya han sido considerados con anterioridad.

Que en función de su formación y en semestres específicos, los estudiantes de ciencias de la salud de programas técnicos, tecnológicos y universitarios deben, realizar prácticas clínicas en prestadores de servicios de salud, exponiéndolos al mismo riesgo que al talento humano en salud. De esta manera, vacunar a los estudiantes permitirá que continúen con su proceso de formación, además de propiciar un posible soporte para la atención en salud durante el afrontamiento a la pandemia, no solo en los servicios donde se atienden pacientes con COVID-19, sino en otros servicios donde se atienden otros problemas de salud que pueden verse exacerbados indirectamente por las medidas restrictivas y de confinamiento.

Que es necesario proteger al talento humano en salud que tienen un contacto directo de atención en salud especializada a pacientes sintomáticos respiratorios intra y extramural cuando involucran la manipulación de la vía aérea, en especial, intubaciones traqueales, reintubaciones por extubación accidental o necesidad de reiniciar el soporte ventilatorio mecánico y realización de traqueostomías en pacientes con la mayor sospecha y/o confirmados con COVID-19.

Que, de acuerdo con la evidencia científica disponible hasta la fecha, por ejemplo en los siguientes estudios: (i) Chidambaram V, Tun NL, Haque WZ, Majella MG, Sivakumar RK, Kumar A, et al. (2020) Factors associated with disease severity and mortality among patients with COVID-19: A

systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 15(11): e0241541. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241541 y (ii) Parchan, M., Yaghoubi, S., Seraji, A., Javanbakht, M. H., Sarraf, P., & Djalali, M. (2020). Risk factors for mortality in patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection: A systematic review and meta-analysis of observational studies. The Aging Male, 0(0), 1-9. https://doi.org/10. 1080/13685538.2020.1774748, existen determinadas condiciones como las enfermedades hipertensivas, diabetes, insuficiencia renal, VIH, cáncer, tuberculosis, EPOC, asma y obesidad o las personas que se encuentran en lista de espera para trasplante de órganos, debido a la disminución de su capacidad fisiológica, incrementan el riesgo de presentar un cuadro grave de COVID-19 y de morir por esta causa.

Que, en Colombia, a diciembre de 2020 se han confirmado 1,6 millones de casos y muerto más de 43 mil personas por causa de COVID-19; muertes, algunas de las cuales se relacionan con la coexistencia de morbilidades como hipertensión arterial (23%), diabetes mellitus (23%), enfermedades respiratorias –incluida la EPOC– (15%), enfermedad renal (8%) y enfermedades cardiovasculares (8%), además de aproximadamente un 8% con presencia de obesidad como factor de riesgo.

Que, de otra parte, el entorno educativo es uno de los escenarios relacionales donde se dinamizan experiencias educativas y procesos de enseñanza – aprendizaje de gran incidencia eh el proceso de desarrollo, convirtiéndose en un escenario esencial y una oportunidad para promover el cuidado de la salud, prevenir la violencia que por el aislamiento prolongado se pueden aumentar y favorecer el cuidado de la salud mental en consideración del mayor riesgo de niñas, niños y adolescentes para desarrollar trastornos por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático, trastorno adaptativo, depresión y ansiedad asociados al aislamiento, razón por la cual con el fin de favorecer el retorno gradual a la presencialidad, es necesario proteger a los docentes de educación inicial, prescolar, básica y media.

Que según los resultados de la encuesta Pulso Social del DANE y antecedentes internacionales, a pesar de las estrategias de sensibilización, una parte de la población podría no aceptar vacunarse, incluyendo adultos mayores. Además, algunas personas de 60 años y más podrían tener contraindicaciones médicas que limitarían su vacunación. Por ello, vacunar a los cuidadores institucionales y domiciliarios identificados por un prestador de servicios de salud permitirá la protección indirecta de los adultos mayores, especialmente de aquellos con dependencia funcional y mayor fragilidad.

Que las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, en cumplimiento de las actividades de seguridad y soberanía nacional, han venido apoyando el afrontamiento a la pandemia con actividades de control territorial, apoyo logístico y cumplimiento de las diferentes medidas emitidas por el Gobierno nacional y los gobiernos territoriales. Asimismo, en el marco del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, acompañarán el plan de seguridad durante el desarrollo de las estrategias de vacunación en los distintos territorios del país.
Que, los miembros de la policía judicial deben continuar con la ejecución de sus funciones de investigación judicial, criminalística y criminología de manera presencial y que, dadas las carac-

terísticas de sus actividades, entre las que se destacan la interacción con ciudadanía y manipulación de cadáveres, permanentemente se ven expuestos a posibles fómites que incrementan el riesgo de la transmisión por SARS-CoV-2.

Que el CDC de Europa ha reconocido que la manipulación de cuerpos de personas fallecidas con COVID-19 representa un riesgo específico para la transmisión del virus. En el caso del talento humano de las funerarias, centros crematorios y cementerios que manipulen cadáveres, si bien, su riesgo no es similar en magnitud al de las personas que realizan necropsias y autopsias, dado el contacto directo con restos humanos, fluidos corporales y fómites contaminados, es necesario protegerlos.

Que la población privada de la libertad vive generalmente en contextos de hacinamiento, con diversas dificultades para mantener la distancia física, lo que ha repercutido en un número importante de brotes en cárceles. En este sentido, se hace necesario reducir el riesgo de transmisión en esos lugares, protegiendo a la población privada de la libertad, al personal de vigilancia y custodia, y a las personas encargadas de la alimentación al interior de los establecimientos de reclusión.

Que los bomberos, rescatistas de la Cruz Roja y de la Defensa Civil han apoyado logísticamente la respuesta a la pandemia por COVID-19 en Colombia; y que este talento humano es esencial para la respuesta a las emergencias y desastres que se presentan en el país, para las diversas labores de rescate, por lo que es necesario mantenerlos protegidos.

Que por las circunstancias en las que viven los habitantes de calle, presentan barreras de acceso a la información, y a la activación de las rutas institucionales para prestación de servicios sociales y de salud, que un gran número tiene mayor prevalencia de enfermedades graves o crónicas, así como trastornos de salud mental por consumo o consumo problemático de sustancias psicoactivas, que dificultan su comprensión y adhesión a las medidas de prevención, detección y manejo del COVID-19.

Que los trabajadores de ocupaciones que permiten la operación aérea internacional están expuestos permanentemente a condiciones que dificultan el distanciamiento físico, así como a nuevas variantes del SARS-CoV-2, dada la alta frecuencia de vuelos internacionales. Si bien, la mayoría de las variantes presenta un comportamiento clínico y epidemiológico similar, en diversos lugares del mundo se han identificado cepas más contagiosas y, hasta ahora, se ha determinado que las vacunas protegen también contra dichas variantes, de modo que al vacunar a las personas que trabajan en la operación aérea, se protege también la integridad y la vida de los pasajeros internacionales, así como a las poblaciones de destino.

Que el personal aeronáutico con licencia de tránsito aéreo es escaso y especializado, además trabaja en ambientes confinados, de manera que en caso de adquirir la enfermedad, su impacto producirá una falta de capacidad del sistema de operación aérea, lo que pondría en riesgo. Incluso, la propia logística de la distribución de las vacunas y demás insumos requeridos.

Que la anterior priorización se fundamenta, especialmente, en el principio de igualdad, con la finalidad de buscar la priorización más razonable posible.

Que para ejecutar las fases del plan de vacunación, es necesario identificar a la población priorizada de manera nominal, a través de los sistemas de información interoperables con los que cuenta el país, y disponerla para que las aseguradoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los administradores de los regímenes especiales y de excepción y las entidades territoriales demanden de los servicios y el seguimiento a la vacunación.

Que entre los sistemas de información y bases de datos, que hacen parte del Sistema Integrado de Información (SISPRO), se encuentran: (i) el Registro Único de Afiliación - Nacimiento y Defunciones - RUAF - ND; (ii) la Base de Datos Única de Afiliados a Salud (BDUA); (iii) las bases de afiliación a los regímenes especiales y de excepción; (iv) los listados censales de población; (v) el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS); (vi) la base de datos de la Cuenta de Alto Costo; (vi) los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS); (viii) el Sistema de Información para seguimiento al COVID-19 -SEGCOVID; (ix) el registro de resultados de muestras para COVID-19 - SISMUESTRAS; (x) la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social (PILA); (xi) el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT); las demás bases de datos o sistemas de información de otras entidades públicas con las cuales interopera el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que entre los mecanismos de intercambio de datos se encuentran los siguientes: (i) Web Services para entrega de información a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB); (ii) la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) y los mecanismos de cargue y disposición de datos propios de cada sistema de información.

Que es posible que existan personas con condiciones de salud o comorbilidades de las contempladas para la priorización, que no están diagnosticadas o cuya información clínica pertinente no está registrada en las entidades responsables del aseguramiento en salud, por lo que es necesario establecer la forma en la que estos habitantes del territorio nacional pueden probar su condición de salud y ser incluidos dentro de las poblaciones priorizadas.

Que, asimismo, es probable que la persona clasificada en una determinada etapa no esté de acuerdo con su ubicación, por lo que se creará un mecanismo de reclamación para que manifieste su inconformidad y presenten las solicitudes de corrección que consideren pertinentes.

Que el literal g) del artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 prevé como un derecho de la persona, relacionado con la prestación de servicios de salud, que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, por lo que la información del estado de salud de las personas está sometida a reserva y solo puede ser conocida por estas, por el equipo de salud (prestadores de servicios de salud, entidades responsables del aseguramiento en salud) y por las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la ley.

Que el artículo 13 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, establece que los datos personales registrados en cualquier base de datos que los haga susceptibles de tratamiento por entidades de naturaleza pública o privada solo podrán suministrarse a los titulares y a las entidades públicas o administrativas en ejercicio de sus funciones legales o por orden judicial.

Que el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, establece que es obligación de las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud, entre otros, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento.

Que los artículos 162 y 177 de la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, consagran que las Entidades Promotoras de Salud son las responsables de la prestación de los servicios de salud a la población asegurada, en las fases de promoción, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y, por tanto, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es a las EPS a quienes corresponde valorar y certificar el estado de salud de las personas, en concreto, determinar la existencia de las comorbilidades o condiciones contempladas en la priorización consagrada en este acto administrativo. En ese mismo sentido, tales actividades competen a las entidades autorizadas para el efecto por los regímenes especiales y de excepción.

Que las condiciones dadas para la vacunación contra el COVID-19 en cuanto a: cantidad, tiempos de colocación, demanda inducida, gestión de la red, seguimiento al proceso y auditoría, conlleva unos costos tanto para las entidades responsables del aseguramiento en salud como para los prestadores de servicios de salud, que no se encuentran financiados ni en el Sistema General de Seguridad Social en Salud ni en los regímenes especiales y de excepción, siendo por tanto necesario realizar el reconocimiento del mismo a fin de garantizar el plan de vacunación, con cargo a los recursos que se dispusieron para atender la pandemia por COVID-19.

Que de conformidad con los artículos 591 y 592 de la Ley 9ª de 1979, por la cual se dictan Medidas Sanitarias, en materia de vigilancia y control epidemiológico, la vacunación es una medida preventiva sanitaria y es competencia del Ministerio de Salud y Protección Social ordenar la vacunación de las personas que se encuentran expuestas a contraer enfermedades, en caso de epidemia de carácter grave.

Que no obstante, la anterior disposición debe interpretarse en el marco constitucional de la autonomía del paciente en la toma de decisiones frente a la vacunación y a su consentimiento previo, expreso e informado, de conformidad con los desarrollos de la jurisprudencia constitucional sobre la materia: “es oportuno distinguir entre la titularidad del derecho y el ejercicio del mismo, pues, la titularidad de los derechos fundamentales es irrenunciable, pero, el ejercicio de los mismos por parte del titular es expresión de su autonomía, de manera que si una persona en su condición de titular del derecho fundamental a la salud, se niega a practicarse un procedimiento, esto es, a

materializar el ejercicio del derecho, prima facie prevalece su autonomía" (Corte Constitucional, Sentencia C-313 de 2014).

Que dado que en la actualidad las dosis disponibles con autorización sanitaria de uso de emergencia son insuficientes para cubrir a la población más vulnerable o más expuesta en el territorio nacional, es necesario que el Estado colombiano realice temporalmente de forma centralizada la compra, importación y distribución de las vacunas cuyo uso de emergencia o registro sanitario se emitan para combatir el COVID-19.

Que la adquisición y distribución centralizada garantiza los principios de solidaridad, equidad y eficiencia, además de proteger el derecho a la vida, garantizar el derecho a la salud y asegurar el derecho a la dignidad humana de las personas más vulnerables o expuestas al COVID-19, dado que a través de la misma se impide la desviación de tecnologías en salud escasas y se asegura el cumplimiento del plan de priorización.

Que la adquisición, distribución y aplicación centralizada permite un mejor monitoreo de la información farmacológica y epidemiológica relacionada con la aplicación de las vacunas para combatir la pandemia generada por el SARS-CoV-2.

Que alcanzados los objetivos del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, se espera a mediano y largo plazo, la reducción sobre la presión al sistema de salud y sobre los diversos impactos individuales y sociales.

Que debido a la necesidad que se tiene de contar con el marco normativo que se requiere para la implementación del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, la publicación del proyecto de decreto para comentarios de la ciudadanía se hizo por el término de tres (3) días.

Que en la medida en que el presente acto administrativo contiene normas urgentes y transitorias que responden a hechos relacionados con la emergencia sanitaria vigente, el mismo no surtirá el trámite previsto en el Decreto número 2897 de 2010, por el cual se reglamenta el artículo 7° de la Ley 1340 de 2009, sobre la abogacía de la competencia.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA:

CAPÍTULO II
Disposiciones Generales

Artículo 1°. *Objeto*. El presente decreto tiene por objeto adoptar el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 y establecer la población objeto, los criterios de priorización, las fases y la

ruta para la aplicación de la vacuna, las responsabilidades de cada actor tanto del Sistema General de Seguridad Social en Salud como de los administradores de los regímenes especiales y de excepción, así como el procedimiento para el pago de los costos de su ejecución.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación*. El presente decreto aplica a todos los habitantes del territorio nacional incluidos los extranjeros acreditados en misiones diplomáticas o consulares en Colombia, a las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, a las Entidades Promotoras de Salud, a las Entidades Promotoras de Salud Indígena, a los administradores de los regímenes de excepción y especiales de salud y sus operadores, a los prestadores de servicios de salud públicos y privados, incluidos los prestadores de servicios de salud indígenas, al Fondo Nacional de Salud para las Personas Privadas de la Libertad y su operador y a la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres.

Artículo 3°. *Definiciones*. Para los efectos del presente decreto adóptense las siguientes definiciones:
3.1. Inmunidad de rebaño (IR): Es la situación en la que suficientes individuos de una población adquieren inmunidad contra una infección, donde la posibilidad de brotes epidémicos se minimiza.
3.2. Entidad responsable del aseguramiento en salud. Para los efectos del presente decreto son entidades responsables del aseguramiento en salud las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígena, los administradores de los regímenes especiales y de excepción en salud y del Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad.
3.3. MIVACUNA COVID-19. Es una plataforma tecnológica administrada y financiada con recursos del Ministerio de Salud y Protección Social que permite a todos los habitantes del territorio nacional la consulta individual de la información sobre la etapa en la que cada habitante del territorio nacional identificado, quedó priorizado y, de acuerdo a la etapa, el lugar y la fecha de vacunación. Esta plataforma cuenta con herramientas que salvaguardan la información y los datos de identificación.
3.4. PAIWEB. Es el sistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el cual se realiza el registro nominal de la aplicación de las vacunas de los habitantes del territorio nacional. A este sistema de información pueden acceder los prestadores de servicios de salud, las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales y las entidades responsables del aseguramiento en salud. Esta plataforma cuenta con herramientas que salvaguardan la información y los datos de identificación.
3.5. Responsables de la información para la creación de la base de datos maestra. Son las entidades públicas o privadas responsables de generar, consolidar; validar y remitir al Ministerio de Salud y Protección Social la información de los habitantes del territorio nacional para conformar la base de datos maestra con la población priorizada.

Artículo 4°. *Principios orientadores del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19*. El Plan Nacional de Vacunación y la priorización allí contenida están orientados por los siguientes principios:

4.1. Solidaridad. Es el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades. (Literal j) del artículo 6, Ley 1751 de 2015).

4.2. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población. (Literal k) del artículo 6, Ley 1751 de 2015).

4.3. Beneficencia. Es la búsqueda del máximo beneficio para todas las personas.

4.4. Prevalencia del interés general. Es el predominio de los intereses y objetivos generales y públicos, por encima de los particulares y privados.

4.5. Equidad. Es la adopción de políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección (Literal c), artículo 6, Ley 1751 de 2015).

4.6. Justicia social y distributiva. Es la creación de condiciones generales de equidad a través de políticas públicas incluyentes y efectivas que tiendan a la protección de personas en su dignidad humana y a la exigencia de la solidaridad cuando ella sea indispensable para garantizar la plena efectividad de los derechos fundamentales.

4.7. Transparencia. Es el principio conforme al cual toda la información en poder de los sujetos obligados definidos en esta ley de transparencia se presume pública, en consecuencia de lo cual dichos sujetos están en el deber de proporcionar y facilitar el acceso a la misma en los términos más amplios posibles y a través de los medios y procedimientos que al efecto establezca la ley, excluyendo solo aquello que esté sujeto a las excepciones constitucionales y legales y bajo el cumplimiento de los requisitos establecidos en esta ley (Ley 1712 de 2014, artículo 3, numeral 1).

4.8. Progresividad. Es la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. (literal g) artículo 6, Ley 1751 de 2015).

4.9. Enfoque diferencial: Es la inclusión en las políticas públicas de medidas efectivas para asegurar que se adelanten acciones ajustadas a las características particulares de las personas o grupos poblacionales, tendientes a garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos acorde con necesidades de protección propias y específicas. (Ley Estatutaria 1618 de 2013, artículo 2°, numeral 8).

4.10. Acceso y accesibilidad: Son las condiciones y medidas pertinentes que deben cumplir las instalaciones y los servicios de información para adaptar el entorno, productos y servicios, así como los objetos, herramientas y utensilios, con el fin de asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, tanto en zonas urbanas como rurales. (Ley Estatutaria 1618 de 2013 artículo 2° numeral 4).

4.11. Igualdad. Es conferir un trato igual a los iguales y un trato distinto a persnas que no están en las mismas condiciones siempre que: (i) se encuentren en distintas situaciones de hecho; (ii) que el trato distinto que se les otorga tenga una finalidad; (iii) que la finalidad sea admisible desde

la perspectiva de los valores y principios constitucionales; (iv) que el supuesto de hecho, la finalidad que se persigue y el trato desigual que se otorga sean coherentes entre sí de tal manera que la consecuencia jurídica que constituye el trato diferente no sea desproporcionada con las circunstancias de hecho y la finalidad que la justifican.

CAPÍTULO II
Priorización de beneficiarios para la aplicación de la vacuna contra el COVID-19

Artículo 5°. *Objetivo del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19*. El objetivo del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 es reducir la morbilidad grave y la mortalidad específica por COVID-19, disminuir la incidencia de casos graves y la protección de la población que tiene alta exposición al virus y reducción al contagio en la población general, con el propósito de controlar la transmisión y contribuir a la inmunidad de rebaño en Colombia.
En consideración a que la vacuna contra el COVID-19 es un bien escaso, la priorización se sustenta exclusivamente en criterios epidemiológicos basados en los principios contenidos en el presente acto administrativo sin consideración a credo, capacidad económica, género, grupo étnico o condición de discapacidad.

Artículo 6°. *Población objeto del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19*. De acuerdo con la evidencia disponible, la población objeto del Plan Nacional de Vacunación son los habitantes del territorio nacional incluidos los extranjeros acreditados en misiones diplomáticas o consulares en Colombia, de 16 años de edad en adelante, excluyendo mujeres en gestación, hasta alcanzar la vacunación de, al menos, el 70% de los habitantes del territorio nacional.
Parágrafo. Las personas de 15 años de edad o menos y las mujeres en gestación solo serán objeto del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, hasta tanto los fabricantes de las vacunas que se estén aplicando en Colombia hayan entregado al Invima la evidencia sobre seguridad y eficacia en estos grupos poblacionales y el Invima haya actualizado la indicación en ese sentido, en la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia correspondiente.
En caso que la vacuna frente a la cual se haya generado la nueva evidencia haya entrado al país por el Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud, para la aplicación de la vacuna en esas poblaciones, debe actualizarse el documento de precalificación con el cual ingresó la vacuna al país.

Artículo 7°. *Priorización de la población objeto, fases y etapas para la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 y objetivos de cada fase*. El Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 en Colombia se divide en 2 fases y 5 etapas, así:
7.1. PRIMERA FASE:

La primera fase que está integrada por las tres (3) primeras etapas, busca reducir la morbilidad grave, la mortalidad específica por COVID-19:

7.1.1. Etapa 1: En esta etapa se vacunará, de forma progresiva, al personal cuya actividad principal está involucrada con la atención de pacientes que tienen diagnóstico confirmado de COVID-19 y en consecuencia, se encuentran en una exposición permanente, intensa y directa al virus; y a los habitantes del territorio nacional que tienen el mayor riesgo de presentar un cuadro grave y de morir por COVID-19. En esta etapa se vacunará a:

7.1.1.1. Las personas de 80 años de edad y más.

7.1.1.2. Talento humano en salud; profesionales de la salud en servicio social obligatorio; médicos residentes y sus docentes en el marco de los convenios docencia - servicios y médicos internos, de los prestadores de servicios de salud de mediana y alta complejidad y de los establecimientos de sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia y de la Policía Nacional de Colombia, que realizan su trabajo en los servicios de:

a) Cuidado intensivo e intermedio adulto, pediátrico y neonatal en donde se atienda COVID-19.
b) Urgencias en donde se atienda COVID-19.
c) Hospitalización en modalidad intramural y extramural en donde se atienda COVID-19.
d) Laboratorio clínico, laboratorio de salud pública, laboratorio del Instituto Nacional de Salud y de universidades, únicamente el personal que toma (intramural y extramural), manipula y procesa muestras de COVID-19.
e) Radiología e imágenes diagnósticas.
f) Terapia respiratoria que atienda pacientes con COVID-19.
g) Transporte asistencial de pacientes.

7.1.1.3. Talento humano en salud que tienen un contacto directo de atención en salud especializada a pacientes sintomáticos respiratorios intra y extramural, siempre que dicha atención implique un contacto estrecho y prolongado con la vía aérea expuesta del paciente.

7.1.1.4. Talento humano de servicios generales, vigilancia, celaduría, administrativo y de facturación, que realizan su trabajo en los servicios de cuidado intensivo e intermedio adulto, pediátrico y neonatal en donde se atiende pacientes contagiados de COVID-19; urgencias en donde se atienda COVID-19 y hospitalización en modalidad intramural y extramural en donde se atienda COVID-19, así como el talento humano encargado de la distribución de alimentos en el área intrahospitalaria; del traslado de pacientes en el ámbito intrahospitalario y de las labores de lavandería, mantenimiento y transporte, de los prestadores de servicios de salud de mediana y alta complejidad y de los establecimientos de sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia y de la Policía Nacional de Colombia.

7.1.1.5. Talento humano en salud del servicio de vacunación contra el COVID-19.

7.1.1.6. Talento humano que realice autopsias o necropsias, incluido el personal del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

7.1.1.7. Técnicos y epidemiólogos de las entidades territoriales y del Instituto Nacional de Salud, que realicen rastreo en campo, búsqueda activa de casos de COVID-19 en campo, investigación epidemiológica de campo y toma de muestras que involucren contacto con casos sospechosos y confirmados de COVID-19.

7.1.1.8. Talento humano en salud que por su perfil profesional tenga un contacto intenso mucho más frecuente y en condiciones de urgencia con la vía aérea expuesta de los pacientes, dada la

realización de procesos que liberan aerosoles como la intubación endotraqueal o la traqueotomía.
7.1.2. Etapa 2: En esta etapa se vacunará de forma progresiva a los habitantes del territorio nacional que tienen un riesgo alto de presentar un cuadro grave y de morir por COVID-19 y al talento humano que desarrolla su actividad principal en los prestadores de servicios de salud de cualquier nivel de complejidad y en los establecimientos de sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que, por el desarrollo de las mismas, tienen una exposición alta al virus. Se vacunará específicamente a:
7.1.2.1. La población entre los 60 y los 79 años de edad.
7.1.2.2. Todo el talento humano; profesionales de la salud en servicio social obligatorio; médicos residentes y sus docentes en el marco de los convenios docencia - servicios y médicos internos de todos los prestadores de servicios de salud de cualquier nivel de complejidad que desarrollen sus actividades en cualquiera de los servicios brindados por los prestadores de servicios de salud y que no se encuentren clasificados en la etapa 1.
7.1.2.3. Talento humano en salud de los servicios de salud que se presten intramuralmente en los establecimientos carcelarios y penitenciarios que les aplique el modelo de atención en salud definido en la Ley 1709 de 2014.
7.1.2.4. Talento humano en salud de las entidades que presten servicios de salud pertenecientes a los regímenes especiales y de excepción.
7.1.2.5. Los médicos tradicionales, sabedores ancestrales y promotores comunitarios en salud propia.
7.1.2.6. Los estudiantes de pregrado de programas técnicos, tecnológicos y universitarios, de ciencias de la salud que en el momento de la vacunación se encuentren en práctica clínica en un prestador de servicios de salud.
7.1.3. Etapa 3: En esta etapa se vacunará, de forma progresiva a los habitantes del territorio nacional que tienen un riesgo moderado de presentar un cuadro grave y de morir por COVID-19 o un riesgo moderado de exposición al virus; a los cuidadores de población de especial protección; a las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. En esta etapa se vacunará específicamente a:
7.1.3.1. La población que tenga entre 16 y 59 años de edad y presente una de las siguientes condiciones:
a) Enfermedades hipertensivas (I10-I15, I27.0, I27.2)
b) Diabetes (E10-E14)
c) Insuficiencia renal (N17-N19)
d) VIH (B20-B24)
e) Cáncer (C00-D48)
f) Tuberculosis (A15-A19)
g) EPOC (J44)
h) ASMA (J45)
i) Obesidad (E65-E68)
j) En lista de espera de trasplante de órganos vitales
k) Postransplante de órganos vitales.
7.1.3.2. Los agentes educativos, madres y padres comunitarios vinculados a los servicios de primera infancia, identificados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

7.1.3.3. Los docentes, directivos docentes y personal administrativo de los centros de educación inicial, prescolar, básica primaria, básica secundaria y educación media.
7.1.3.4. Los cuidadores institucionales de niños, niñas y adolescentes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
7.1.3.5. Talento humano encargado de la atención y el cuidado de adultos mayores institucionalizados.
7.1.3.6. Los cuidadores de adultos mayores en atención domiciliaria, identificados por un prestador de servicios de salud.
7.1.3.7. Personal activo, el que sea llamado para la reserva activa o el que está en proceso de formación en las escuelas de formación, de las Fuerzas Militares de Colombia.
7.1.3.8. Personal activo, el que sea llamado para la reserva activa o el que está en proceso de formación en las escuelas de formación de la Policía Nacional de Colombia.
7.1.3.9. Personal de la Fiscalía General de la Nación con funciones de policía judicial. 7.1.3.10. Guardia indígena y guardia cimarrona.
7.1.3.11. Talento humano de las funerarias, centros crematorios y cementerios, que manipulen cadáveres.
7.2. SEGUNDA FASE
La segunda fase, que se compone de las dos últimas etapas, tiene por objeto reducir el contagio. Esta fase tendrá las siguientes etapas:
7.2.1. Etapa 4: En esta etapa se vacunará a los habitantes del territorio nacional que viven en contextos en los que se dificulta garantizar el distanciamiento físico y se vacunará específicamente a:
7.2.1.1. La población privada de la libertad que esté cumpliendo su condena o medida de aseguramiento en la modalidad intramural.
7.2.1.2. Personal de custodia y vigilancia de la población privada de la libertad y personal encargado del suministro de alimentación al interior de los establecimientos de reclusión.
7.2.1.3. Personal de la Fiscalía General de la Nación dedicada a la custodia y vigilancia de los internos en las celdas transitorias a cargo de la Fiscalía General de la Nación.
7.2.1.4. Los Bomberos de Colombia.
7.2.1.5. Los socorristas de la Cruz Roja Colombiana.
7.2.1.6. Los socorristas de la Defensa Civil.
7.2.1.7. Los habitantes de calle identificados por las alcaldías municipales.
7.2.1.8. Los Controladores aéreos y los bomberos aeronáuticos.
7.2.1.9. Los Pilotos y auxiliares de vuelos internacionales.
7.2.2. Etapa 5: En esta etapa se vacunará a la población de 16 años y más que no se encuentre en las poblaciones indicadas en las etapas, 1, 2, 3 y 4. Se mantendrá el orden de aplicación comenzando con los adultos entre 50 y 59 años, hasta llegar a los jóvenes y adolescentes que se encuentren dentro de la población objeto del Plan Nacional de Vacunación.
Parágrafo 1°. Tendrán prioridad para vacunarse un mes antes del viaje, los deportistas y oficiales que representen al país en el extranjero en los juegos Olímpicos y Paralímpicos Tokio 2020+1, si es que se exige como requisito para participar, estar vacunado contra el COVID-19.
Parágrafo 2°. El tipo de relación laboral, contractual o clase de vinculación que tenga el personal priorizado con las diferentes instituciones no es un factor a tener en cuenta para la priorización en la aplicación de la vacuna.

Parágrafo 3°. Si una persona tiene condiciones que la hagan pertenecer a dos o más etapas dentro de la priorización, primará aquella que le permita recibir con mayor prontitud la vacuna contra el COVID-19.
Parágrafo 4°. Las personas que por cualquier motivo no hayan recibido la vacuna en la etapa que le correspondía según la priorización, tendrán derecho a vacunarse en las etapas siguientes.
Parágrafo 5°. Atendiendo a las diferencias de acceso efectivo a servicios y aplicando los principios de equidad y justicia distributiva entre poblaciones urbanas y rurales, de acuerdo con lo establecido en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), en los ámbitos territoriales dispersos, con alta ruralidad y en los resguardos indígenas se podrán unificar fases y etapas, con el fin de garantizar la vacunación de la totalidad de la población objeto del Plan Nacional de Vacunación.
Parágrafo 6°. La priorización establecida en este artículo obedece a la mejor evidencia científica disponible al momento de la expedición del presente decreto, sin embargo, si existiere variación en la evidencia científica, tanto la población objeto del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, contenida en el artículo anterior, como la priorización establecida en el presente artículo, podrán ser actualizadas.
La inclusión de nuevas condiciones de salud en el listado contenido en el numeral 7.1.3.1 del presente artículo, solo se podrá hacer, previo análisis y recomendación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).
Parágrafo 7°. Teniendo en cuenta que las vacunas contra el COVID-19 son un bien escaso y que llegarán al país gradualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá definir aplicaciones prioritarias de la vacuna dentro de la misma etapa.

CAPÍTULO III
Ruta para la aplicación de la vacunación contra el COVID-19

Artículo 8°. ***Identificación de la población a vacunar***. El Ministerio de Salud y Protección Social identificará las personas a vacunar en cada etapa del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, de acuerdo con los grupos poblacionales priorizados en el presente decreto y conformará gradualmente la base de datos maestra de vacunación, de acuerdo con la información contenida en las bases de datos oficiales con las que cuenta el Estado colombiano y estén disponibles.
Para la identificación nominal de algunos grupos poblacionales priorizados de los cuales el Ministerio de Salud y Protección Social no disponga de información, este solicitará a las entidades públicas o privadas la entrega de la información correspondiente, mediante los mecanismos electrónicos que defina. La completitud y calidad de los datos suministrados por estas entidades es responsabilidad de las mismas, quienes deberán disponer de mecanismo de consulta para que la población pueda solicitar la revisión de su caso, si lo considera necesario.
Para la conformación de la base de datos maestra de vacunación el Ministerio de Salud y Protección Social implementará medidas pertinentes y adecuadas para garantizar el debido tratamiento de los datos personales, cumpliendo lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y los

principios de seguridad y confidencialidad de los datos personales, conforme a la política de tratamiento de la información que haya adoptado.

Parágrafo 1°. Cuando el Ministerio de Salud y Protección Social tenga bases de datos de otras entidades y estas se requieran para la conformación de la Base de Datos Maestra de Vacunación, ese Ministerio informará al generador de la información, el uso de las mismas para los fines relacionados con la vacunación contra el COVID-19.

Parágrafo 2°. La base de datos maestra de vacunación COVID-19, se actualizará de acuerdo a la disponibilidad de los datos que envíe el generador de la información.

Parágrafo 3°. Para la creación de la plataforma MIVACUNA COVID-19 el Ministerio de Salud y Protección Social implementará las medidas pertinentes y adecuadas para garantizar el debido tratamiento de los datos personales, acorde con la política de tratamiento de la información que tenga adoptada.

Artículo 9°. *Postulación de pacientes con diagnósticos priorizados no incluidos en los listados nominales*. Los usuarios entre 16 y 59 años que consideren tener alguna de las condiciones de salud establecidas en el presente decreto que dan lugar a la priorización en etapa 3 y no se encuentren identificados dentro de la misma, deben presentar postulación ante la entidad responsable de su aseguramiento.

La entidad responsable del aseguramiento deberá emplear el mecanismo que resulte más expedito en cada caso para corroborar la información del postulante, bien sea la asignación prioritaria de una cita para valoración médica, o la revisión de la información registrada en la historia clínica del paciente y evaluada por un médico de la red de prestadores de servicios de salud de la Entidad Promotora de salud, del administrador de los regímenes especiales o de excepción o de la entidad territorial.

En virtud de la autonomía médica, la conclusión a la que llegue el médico que realiza la valoración del postulante no puede ser variada por la entidad responsable del aseguramiento en salud. La información de la atención en salud realizada debe quedar registrada en la historia clínica del paciente.

Una vez obtenido el resultado de la verificación, la entidad responsable del aseguramiento en salud informará dicho resultado tanto al Ministerio de Salud y Protección Social como al postulante.

La entidad responsable del aseguramiento en salud contará con un plazo máximo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la presentación de la postulación, para realizar el reporte al Ministerio de Salud y Protección Social. No obstante, si la valoración de la persona entre 16 y 59 años amerita la realización de consultas especializadas o exámenes, el resultado de su condición o comorbilidad deberá reportarse en un plazo máximo de diez (10) días hábiles contados a partir de la presentación de la postulación. En caso de cáncer, el plazo máximo será de treinta (30) días hábiles.

Si el reporte indica que el postulante tiene la condición de salud que da lugar a la priorización, el Ministerio de Salud y Protección Social procederá a incluirlo de manera inmediata en la base de datos de la población priorizada en etapa 3, para su posterior agendamiento por parte de la entidad responsable del aseguramiento.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará que el mecanismo de postulación funcione oportunamente.

Artículo 10. ***Manifestación del desacuerdo de la etapa asignada***. Si alguno de los habitantes del territorio nacional no está de acuerdo con la etapa que le fue asignada y reportada en los listados nominales, puede presentar la reclamación correspondiente al responsable de la fuente de la información que permitió la clasificación en la etapa asignada.
Los responsables de las fuentes de información deben dar respuesta directamente al ciudadano y, en caso dado, actualizar la información con los cambios que se hayan considerado pertinentes.
Parágrafo 1°. Los responsables de las fuentes de información serán publicados en la plataforma MIVACUNA COVID-19 e informados a las entidades territoriales municipales para su difusión.
Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social creará una mesa de seguimiento a las reclamaciones presentadas por los habitantes del territorio nacional mediante los mecanismos establecidos tanto en el artículo 9 como en el presente artículo.

Artículo 11. ***Instancia de revisión***. Las secretarías de salud departamentales y distritales o las entidades que hagan sus veces deben crear una instancia intersectorial territorial con los demás generadores primarios de la información que tuvo en cuenta el Ministerio de Salud y Protección Social para la clasificación de las personas en las diferentes etapas, que tendrá por objeto analizar los casos sometidos a revisión por parte de las personas que hayan recibido una respuesta negativa de los generadores primarios de la información e insistan en su desacuerdo.
La instancia de revisión será liderada por el secretario de salud o quien haga sus veces y deberá realizarse, por lo menos, una vez a la semana. Cada entidad territorial establecerá el procedimiento para dar trámite a la revisión.
Las secretarías de salud departamentales y distritales o las entidades que hagan sus veces reportarán una vez a la semana, tanto al responsable del aseguramiento en salud como al Ministerio de Salud y Protección Social, las decisiones tomadas frente a los casos revisados o informarán si no recibieron ninguna reclamación.
Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará que la instancia de revisión funcione oportunamente.

Artículo 12. ***Disposición de la información de la población a vacunar en cada etapa***. La información de la etapa en la que se vacunará cada persona, así como la población priorizada a la que pertenece, reposará en la plataforma MIVACUNA COVID-19. La información de las personas a vacunar en las etapas deberá estar publicada antes del inicio de cada una.

Los habitantes del territorio nacional podrán hacer consulta individual sobre la etapa en la que fueron clasificados para la vacunación, ingresando a la plataforma MIVACUNA COVID-19 con su número de identificación.
El Ministerio de Salud y Protección Social entregará el listado de las personas a vacunar en cada etapa a las entidades responsables de su aseguramiento en salud.
Si dentro de las personas identificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentran algunas que aún no están aseguradas al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a uno de los regímenes especiales o de excepción, será la secretaría de salud departamental, distrital o municipal o la entidad que haga sus veces, según corresponda, la que asigne el prestador de servicios de salud que debe gestionar la vacunación de la persona no afiliada, mientras se logra materializar el proceso de afiliación a una Entidad Promotora de Salud. Sin perjuicio de lo anterior, las entidades territoriales deberán cumplir con las obligaciones derivadas del Decreto número 064 de 2020, o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, en lo relacionado con la afiliación de oficio.

Artículo 13. ***Disposición de la información de los prestadores de servicios de salud que deben gestionar la vacunación***. El Ministerio de Salud y Protección Social identificará y enlistará los prestadores de servicios de salud que cumplen con las condiciones señaladas en el presente decreto y en los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para gestionar la vacunación y publicará esa información en su página web para que las entidades responsables del aseguramiento en salud y las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales las tenga en cuenta en la asignación del punto de vacunación.

Artículo 14. ***Asignación del punto de vacunación***. Las entidades responsables del aseguramiento en salud o la entidad territorial departamental, distrital o municipal, según corresponda, deben identificar al prestador de servicios de salud que gestionará la vacunación de las personas contenidas en los listados enviados por el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta el municipio y lugar de residencia o el lugar de trabajo, este último, exclusivamente cuando se trate del talento humano de los diferentes prestadores de servicios de salud.
Las entidades responsables del aseguramiento en salud y las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, según corresponda, deberán actualizar los datos de contacto y de residencia de las personas a su cargo y deberán realizar la demanda inducida. Estas entidades tendrán en cuenta los datos actualizados para la asignación del prestador de servicios de salud que aplicará la vacuna a cada persona.
Las entidades responsables del aseguramiento en salud y las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, según corresponda, enviarán a cada uno de los prestadores de servicios de salud el listado de las personas a las cuales dichos prestadores deben gestionar la aplicación de la vacuna contra el COVID-19. El listado contendrá como mínimo, el nombre, el número de identificación y los datos de contacto (mínimo número de teléfono y sitio de residencia), respetando el estricto orden de priorización.

Parágrafo 1°. Las entidades responsables del aseguramiento en salud o las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, según corresponda, no podrán asignar la misma persona a más de un prestador de servicios de salud para la gestión de su vacuna.
Parágrafo 2°. Las entidades responsables del aseguramiento en salud o las entidades territoriales, departamentales, distritales o municipales, según corresponda, recibirán diariamente de los prestadores de servicios de salud la información con las citas programadas y la reportarán a más tardar al día siguiente al Ministerio de Salud y Protección Social a fin de que actualice la plataforma MIVACUNA COVID-19 para su consulta.
Parágrafo 3°. Las entidades responsables del aseguramiento en salud deberán reportar a la entidad territorial municipal o distrital la información de la población asignada a cada prestador de servicios de salud.

Artículo 15. ***Agendamiento de citas para la vacunación***. Una vez recibidos los listados de parte de las entidades responsables del aseguramiento en salud o de las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, según corresponda, los prestadores de servicios de salud iniciarán con el proceso de agendamiento de citas, empezando por la población priorizada en cada etapa.
Para el agendamiento de citas, los prestadores de servicios de salud deben hacer uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones con el fin de contactar a la persona y programar la cita (llamadas telefónicas, mensajes de texto, mensajería instantánea, correo electrónico, entre otros, siempre que salvaguarden la información y la protección de los datos personales). Asimismo, deben habilitar líneas de atención para que las personas que han consultado la plataforma MIVACUNA COVID-19 y no han sido contactadas para otorgarles la cita, puedan comunicarse para programarla.
Una vez contactada la persona a vacunar, el prestador de servicios de salud debe informarle que la vacunación es voluntaria y, por tanto, preguntarle si desea vacunarse. Si la respuesta es afirmativa le recomendará acceder al formato de consentimiento informado, publicado en plataforma MIVACUNA COVID-19 y le agendará la cita para adelantar el procedimiento de vacunación, si el esquema de la vacunación requiere de dos dosis, en la misma llamada se agendarán las dos citas respetando el intervalo entre las dosis definido en los lineamientos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Si la respuesta es negativa se dejará registro de esa información, se le indicará a la persona que no pierde su derecho de vacunarse cuando manifiesta libre y autónomamente su voluntad en ese sentido y se le señalará que para estos efectos podrá solicitar al prestador de servicios de salud que le agende una cita nuevamente.
La información con las citas programadas debe ser reportada diariamente por los prestadores de servicios de salud a las entidades responsables del aseguramiento en salud para que estas, a su vez, reporten la información al Ministerio de Salud y Protección Social mediante los mecanismos que establezca la mencionada entidad.
Las entidades responsables del aseguramiento en salud y las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, según corresponda, verificarán que los prestadores de servicios de salud cumplan con su obligación de agendamiento y elaborarán procesos de búsqueda y demanda inducida de aquellas personas que no se logren contactar o no cumplan con la cita.

Parágrafo 1°. Los prestadores de servicios de salud garantizarán que durante las actividades de vacunación no se generen aglomeraciones y se cumplan las medidas de bioseguridad para la atención en salud.
Parágrafo 2°. Los habitantes del territorio nacional podrán consultar el lugar, la fecha y la hora de la cita para la aplicación de la vacuna, en la plataforma MIVACUNA COVID-19 haciendo consulta individual por tipo y número de identificación. Se incluirá un mecanismo de seguridad para garantizar la confidencialidad de los datos personales y del sitio de vacunación.
Parágrafo 3°. Los prestadores de servicios de salud garantizarán los apoyos y ajustes razonables para que las personas accedan al agendamiento de las citas sin barreras físicas, comunicacionales y actitudinales.

Artículo 16. ***Aplicación de la vacuna contra el COVID-19***. Toda persona a la que se le haya asignado una cita para recibir la vacuna contra el COVID-19 debe presentarse en la .fecha y hora asignada.
El prestador de servicios de salud, previo a la aplicación de la vacuna, debe:
16.1. Verificar la identificación de la persona y si se encuentra en la fase, etapa y cita asignada.
16.2. Entregar a la persona que se va a vacunar información sobre la vacuna, la relación riesgo - beneficio, las indicaciones, contraindicaciones y los posibles eventos adversos esperados de la vacuna que se le va a aplicar y atender cualquier inquietud que tenga al respecto.
16.3. Preguntar a la persona que se va a vacunar si entendió la información entregada y en caso afirmativo solicitarle que firme el formato en el que consta el consentimiento informado. Si la persona se presenta con el formato en el que consta el consentimiento informado firmado, en todo caso deberá entregarse la misma información, confirmar si la comprendió y en caso afirmativo, proceder a la aplicación.
Los menores de edad deben presentarse con quien ejerza su patria potestad o quien tenga su custodia quienes también deben suscribir el documento en donde consta el consentimiento informado del menor. Las personas que hayan sido declaradas incapaces por sentencia judicial comparecerán en los términos de la Ley 1996 de 2019. La persona que no sepa o no pueda firmar, podrá firmar a ruego.
Una vez aplicada la vacuna, el prestador de servicios de salud debe entregar el carné de vacunación; recordarle al usuario la fecha de la cita para la aplicación de la segunda dosis, si esta se requiere, y registrarla en el mencionado carné.
Para la aplicación de la vacuna, los prestadores de servicios de salud deberán cumplir con los Lineamientos generales para el programa ampliado de inmunizaciones (PAI) en el contexto de la pandemia de COVID-19. Colombia 2020 disponibles en: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20 procedimientos/GIPS15.pdf y con los demás lineamientos que emita el Ministerio de Salud y Protección Social para la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 de cada laboratorio.
Parágrafo 1°. Si la persona agendada no asiste a la cita asignada o por algún motivo no fue vacunada, el prestador de servicios de salud debe reagendarla, de acuerdo con la disponibilidad de la vacuna.

Parágrafo 2°. Las entidades responsables del aseguramiento en salud deben verificar el agendamiento y aplicación del esquema completo de la vacuna.
Parágrafo 3°. Los habitantes del territorio nacional podrán descargar de la plataforma MIVACUNA COVID-19 el formato en donde debe constar el consentimiento informado, de manera previa al cumplimiento de su cita y llevarlo diligenciado. En todo caso, el prestador de servicios de salud resolverá las dudas que tenga sobre el particular antes de la aplicación de la misma.
Parágrafo 4°. Los prestadores de servicios de salud que realicen la vacunación, registrarán en línea o a más tardar al final de cada día, la aplicación de la vacuna en el sistema de información nominal PAIWEB.
Parágrafo 5°. Los prestadores de servicios de salud garantizarán los apoyos y ajustes razonables para que las personas accedan según el enfoque diferencial a la vacunación sin barreras físicas, comunicacionales y actitudinales.
Parágrafo 6º. Debido a que la vacuna contra el COVID-19 es un bien escaso y que llegará al país gradualmente, el prestador de servicios de salud garantizará la vacunación con la vacuna disponible, garantizando siempre que el esquema se completará con la misma vacuna.

Artículo 17. *Capacitación para la aplicación de la vacuna*. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de un plan de capacitación para que los equipos vacunadores designados o contratados por los prestadores de servicios de salud estén entrenados para la aplicación de la vacuna.

Artículo 18. *Reporte de información de los habitantes del territorio nacional con seguridad social en Colombia vacunados en el extranjero*. Todo habitante del territorio nacional que cuente con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a algún régimen especial o de excepción, que sea vacunado en el extranjero, deberá reportar a la entidad responsable de su aseguramiento en salud que ya fue vacunado contra el COVID-19 y entregar el soporte correspondiente.
Las entidades responsables del aseguramiento en salud deberán garantizar la actualización de la información sobre la vacunación de los habitantes del territorio nacional vacunados en el extranjero, en el sistema de información nominal PAIWEB.

CAPÍTULO IV
Responsabilidades para la implementación, operación, y seguimiento del Plan Nacional de Vacunación

Artículo 19. *Responsabilidades del Ministerio de Salud y Protección Social*. Para la implementación y operación del Plan Nacional de Vacunación, el Ministerio de Salud y Protección Social, además de las responsabilidades ya establecidas en el presente decreto, debe:

19.1. Elaborar los lineamientos técnicos para el desarrollo de la estrategia de vacunación contra el COVID-19 en las diferentes etapas y componentes.
19.2. Definir los indicadores y las estrategias de seguimiento, monitoreo y evaluación para el cumplimiento de la meta de vacunación a la que debe llegar cada entidad territorial.
19.3. Realizar el monitoreo permanente y la evaluación del Plan Nacional de Vacunación.
19.4. Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales y demás entidades responsables de la implementación del Plan Nacional de Vacunación en el desarrollo, ejecución, evaluación y seguimiento de la vacunación contra el COVID-19.
19.5. Suministrar las vacunas, las jeringas para la aplicación de las mismas y el carné de vacunación.

Artículo 20. ***Responsabilidades de las entidades territoriales departamentales y distritales***. Para la implementación, operación y seguimiento del Plan Nacional de Vacunación, las entidades territoriales departamentales y distritales deben:
20.1. Garantizar la contratación del talento humano para la gestión y operación del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, que incluye manejo de insumos, red de frío, sistema de información y acompañamiento técnico.
20.2. Verificar las condiciones de habilitación de servicio de vacunación en las modalidades intramural y extramural, de acuerdo a la normatividad vigente, y la expansión del mismo.
20.3. Verificar la suficiencia y capacidad de respuesta de la red prestadora de servicios de salud, · para el desarrollo de la estrategia de vacunación contra el COVID-19, respecto al talento humano exclusivo para la vacunación, así como también de la adaptación y expansión del servicio de vacunación.
20.4. Adaptar e implementar en su territorio los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19, emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
20.5. Gestionar las acciones intersectoriales para la articulación de estrategias que permitan el cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.
20.6. Participar y definir las estrategias y tácticas de vacunación y el proceso de microplanificación para el logro de la meta establecida a los municipios, localidades o áreas de su jurisdicción.
20.7. Brindar asistencia técnica a los municipios o localidades en la implementación de la vacunación contra el COVID-19, así como la operación del sistema de vigilancia en salud pública para casos de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI) - protocolo 298.
20.8. Elaborar el plan de acción de la vacunación contra el COVID-19 con los actores del sistema, según meta, objetivos, estrategias, tácticas de vacunación, actividades por componente y presupuesto.
20.9. Establecer e implementar el plan de comunicaciones de la vacunación contra el COVID-19, de acuerdo a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
20.10. Fortalecer el desarrollo de capacidades del talento humano para la ejecución de la vacunación contra el COVID-19.

20.11. Garantizar la cadena de frío, el manejo de biológicos y los demás insumos para la vacunación contra el COVID-19, según las indicaciones del fabricante y los lineamientos nacionales del Programa Ampliado de Inmunizaciones, del Ministerio de Salud y Protección Social.
20.12. Contar con el plan de contingencia ante fallas de fluido eléctrico u otro tipo de eventos que ponga en riesgo la seguridad de la vacuna, mientras la vacuna esté en su custodia.
20.13. Solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social la vacuna, las jeringas y el carné, por el sistema de información PAIWEB, de acuerdo a la disponibilidad y programación de vacunas definida por dicho Ministerio.
20.14. Incorporar en los sistemas de inventarios y contables de la dirección territorial de salud las vacunas contra el COVID-19 e insumos asignados desde el Ministerio de Salud y Protección Social, incluidas las vacunas que ingresen directamente a los municipios o prestadores de servicios de salud por razones especiales de almacenamiento y conservación.
20.15. Realizar el seguimiento al movimiento de insumos y biológicos en cada uno de los municipios, localidades, comunas y áreas, de su jurisdicción.
20.16. Adquirir póliza de seguro todo riesgo para el amparo de las vacunas e insumos para la vacunación contra el COVID-19, mientras estos estén bajo su custodia.
20.17. Realizar seguimiento permanente a los biológicos e insumos para la vacunación contra el COVID- 19, con el fin de evitar pérdidas o vencimiento de las mismas que conlleven a procesos disciplinarios y fiscales por ser catalogados un bien público.
20.18. Realizar el seguimiento a los reportes de pérdidas de cadena de frío y tomar las medidas correctivas en cada caso.
20.19. Realizar, en el marco de sus competencias, el seguimiento al cumplimiento del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID 19, en todo el territorio de su jurisdicción.
20.20. Adelantar acciones de información y educación en salud para la promoción de la vacunación contra el COVID-19.
20.21. Realizar la vigilancia epidemiológica de los ESAVI.
20.22. Implementar el sistema de información nominal PAIWEB en los prestadores del servicio de salud, que habiliten el servicio de vacunación.
20.23. Monitorear y evaluar los resultados del avance de la vacunación contra el COVID-19 y priorizar las intervenciones.
20.24. Garantizar el seguimiento a la recepción de la vacuna que llega directamente a los municipios y realizar el respectivo cargue en el PAIWEB.
20.25. Contar con un contrato de mantenimiento anual preventivo y correctivo del centro de acopio y realizar el respectivo reporte al Ministerio de Salud y Protección Social, en los instrumentos que este establezca.
20.26. Notificar por escrito de manera inmediata al Ministerio de Salud y Protección Social, si a ello hubiere lugar, la pérdida de vacunas o insumos del Plan Nacional de Vacunación; iniciar la correspondiente investigación administrativa por parte de control interno, o quien haga sus veces en la entidad implicada, de lo cual deberá enviar un informe al Ministerio de Salud y Protección Social.
20.27. Coordinar con la Fuerza pública del territorio correspondiente, el plan de seguridad para garantizar la custodia de las vacunas contra el COVID-19.

20.28. Verificar, antes de iniciar con el proceso de vacunación, que los prestadores de servicios de salud hayan adquirido los bienes requeridos para atender en forma adecuada el proceso de vacunación y que los vacunadores hayan tomado la capacitación correspondiente.
20.29. Capacitar a los prestadores de servicios de salud en los protocolos de preparación, distribución de vacunas y manejo de desechos.
20.30. Hacer el seguimiento al cumplimiento de la programación de la vacunación y alertar al Ministerio de Salud y Protección Social sobre posibles inconvenientes que alteren esa programación.
20.31. Verificar que el registro de toda la información se esté realizando conforme a lo establecido en el presente decreto.
20.32. Orientar a la comunidad de su jurisdicción sobre el Plan Nacional de Vacunación y promover su cumplimiento.
20.33. Garantizar el monitoreo permanente tanto de las condiciones de almacenamiento como de las condiciones de transporte (cadena de frío) de las vacunas que ya le han sido entregadas, con instrumentos debidamente calibrados. El Ministerio de Salud y Protección social emitirá el lineamiento que deben seguir los prestadores de servicios de salud para estos efectos.
20.34. Realizar seguimiento a la gestión de las entidades responsables del aseguramiento en salud frente al cumplimiento de sus obligaciones en el Plan Nacional de Vacunación.
20.35. Crear y operar la instancia de revisión de que trata el artículo 11 del presente decreto.
20.36. Armonizar las herramientas de planeación territorial y sectorial a las condiciones epidemiológicas derivadas de la pandemia y las necesidades financieras que ello suscita.
20.37. Las demás que el Ministerio de Salud y Protección Social le designe en el marco de las competencias establecidas para dichas entidades en la Ley 715 de 2001.

Artículo 21. ***Responsabilidades de las entidades territoriales municipales***. Para la implementación, operación y seguimiento del Plan Nacional de Vacunación, las entidades territoriales municipales deben:
21.1. Garantizar la contratación del talento humano para la gestión y operación del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, que incluye manejo de insumos, red de frío, sistema de información y acompañamiento técnico.
21.2. Verificar, en su jurisdicción, la suficiencia y capacidad de respuesta de los prestadores de servicios de salud, para el desarrollo de la estrategia de vacunación contra el COVID-19, respecto al talento humano exclusivo para la vacunación, como también de la adaptación y expansión del servicio de vacunación.
21.3. Cumplir con los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19, emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
21.4. Gestionar las acciones intersectoriales para la articulación de estrategias que permitan el cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.
21.5. Definir las estrategias y tácticas de vacunación y el proceso de microplanificación para el logro de la meta establecida a nivel municipal.

21.6. Brindar asistencia técnica a los prestadores del servicio de salud en la implementación de la vacunación contra el COVID-19, así como la operación del sistema de vigilancia en salud pública para casos de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización (ESAVI) - protocolo 298.
21.7. Establecer e implementar el plan de comunicaciones de la vacunación contra el COVID-19, de acuerdo a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud.
21.8. Fortalecer el desarrollo de capacidades del talento humano para la ejecución de la vacunación contra el COVID-19.
21.9. Garantizar la cadena de frío, el manejo de biológicos y los demás insumos para la vacunación contra el COVID-19, según las indicaciones del fabricante y los lineamientos nacionales del Programa Ampliado de Inmunizaciones, del Ministerio de Salud y Protección Social, de las vacunas bajo su custodia.
21.10. Contar con el plan de contingencia ante fallas de fluido eléctrico u otro tipo de eventos que ponga en riesgo la seguridad de la vacuna.
21.11. Solicitar al departamento, por el sistema de información PAIWEB, las vacunas, las jeringas y los carnés, de acuerdo a la disponibilidad y programación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
21.12. Incorporar en los sistemas de inventarios y contables de la dirección territorial de salud las vacunas contra el COVID-19 e insumos asignados desde el Departamento.
21.13. Realizar el seguimiento al movimiento de insumos y biológicos de los prestadores de servicios de salud.
21.14. Adquirir póliza de seguro todo riesgo para el amparo de las vacunas e insumos para la vacunación contra el COVID-19, mientras estos estén bajo su custodia.
21.15. Realizar seguimiento permanente a los biológicos e insumos para la vacunación contra el COVID- 19 con el fin de evitar pérdidas o vencimiento de las mismas que conlleven a procesos disciplinarios y fiscales por ser catalogados un bien público.
21.16. Realizar el seguimiento a los reportes de pérdidas de cadena de frío, y tomar las medidas correctivas en cada caso.
21.17. Realizar en el marco de sus competencias el seguimiento al cumplimiento del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID 19, en todo el territorio de su jurisdicción.
21.18. Asegurar el transporte para el traslado de vacunas e insumos del programa desde los centros de acopio municipales.
21.19. Adelantar acciones de información y educación en salud para la promoción de la vacunación contra el COVID-19
21.20. Coordinar con los aliados estratégicos (ICBF, DPS, Familias en Acción y otros socios del territorio) el cronograma de vacunación, promoción y difusión de la vacunación contra el COVID-19.
21.21. Realizar la vigilancia epidemiológica de los ESAVI.
21.22. Socializar los lineamientos a todas las IPS en su territorio.
21.23. Elaborar el plan de acción que incluye la microplanificación de la vacunación contra el COVID-19 con los actores del PAI, según meta, objetivos, estrategias, tácticas de vacunación, actividades por componente y presupuesto.
21.24. Definir con las entidades responsables del aseguramiento en salud y los prestadores de servicios de salud las estrategias y tácticas de vacunación.

21.25. Evaluar el avance del cumplimiento de la meta de acuerdo con la microplanificación y proponer intervenciones.
21.26. Orientar a los habitantes de su jurisdicción frente a las dudas o consultas relacionadas con toda la información que reposa en la plataforma MIVACUNA COVID-19.

CAPÍTULO V
Pago de los costos asociados a la aplicación de la vacuna

Artículo 22. ***Recursos que financian los costos asociados a la aplicación de las vacunas contra el COVID-19***. Los costos asociados a la aplicación de las vacunas contra el COVID-19 se financiarán con cargo a los recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) a través de la Subcuenta para la Mitigación de Emergencias - COVID-19 del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD).
El pago correspondiente a las entidades señaladas en el presente capítulo se realizará a través de la Subcuenta para la Mitigación de Emergencias - COVID-19. Los prestadores de servicios de salud, las entidades responsables del aseguramiento en salud, los administradores de los regímenes especiales y de excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, cuando corresponda, deberán realizar el trámite de inscripción en los términos y condiciones definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 23. ***Servicios a reconocer***. Con cargo a los recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) se reconocerá a los prestadores de servicios de salud los costos asociados al agendamiento de las citas y a la aplicación de las vacunas contra el COVID-19; y a las entidades responsables del aseguramiento en salud, a los administradores de los regímenes especiales y de excepción en salud, al Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y a las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales con respecto a las personas no afiliadas, los costos asociados tanto al proceso de verificación y apoyo para que los prestadores cumplan con su obligación de agendamiento, como al proceso de validación que deba adelantarse por vacuna aplicada para efectos del pago por parte de la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.
Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología para determinar los valores a reconocer y los fijará mediante acto administrativo.

Artículo 24. ***Procedimiento de reconocimiento y pago de los costos asociados al agendamiento y a la aplicación de la vacuna***. El pago al prestador de servicios de salud de los costos asociados al agendamiento y aplicación de la vacuna se realizará en dos etapas: i) un anticipo y ii) giro del saldo de acuerdo a las dosis aplicadas.

El anticipo será solicitado con cargo al Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME), mediante la Subcuenta para la Mitigación de Emergencias- COVID-19 ante la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), por las entidades responsables del aseguramiento en salud, los administradores de los regímenes especiales y de excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales; esta últimas solo con respecto a la población no afiliada que tengan a cargo, en los términos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El valor del anticipo corresponderá al 50% de lo que resulte de multiplicar el valor establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, por el número de vacunas que constituya la meta de vacunación de cada prestador de servicios de salud de la etapa correspondiente. La Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastre (UNGRD) hará giro directo a cada prestador de servicios de salud, a los administradores de los regímenes especiales y de excepción o al Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad, los dos últimos siempre y cuando tengan a su cargo la vacunación de su población.

El giro del saldo, correspondiente a la diferencia entre el valor de las dosis aplicadas y el anticipo, será solicitado por las entidades responsables del aseguramiento en salud, por los administradores de los regímenes especiales y de excepción en salud, por el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad o las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, a la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD) según la población que tengan a cargo, teniendo en cuenta la información registrada en el sistema de información nominal PAIWEB y la correspondiente facturación de los servicios que realicen los prestadores de servicios de salud. Para el efecto, deberá verificarse si la aplicación fue en la estrategia intramural, extramural o rural dispersa. Los valores a reconocer para cada estrategia serán determinados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1°. Cada entidad responsable del aseguramiento en salud, los administradores de los regímenes especiales y de excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, según corresponda, verificarán los soportes enviados por los prestadores de servicios de salud frente a la aplicación de la vacuna contra el COVID-19, la veracidad de la información, así como la consistencia de la misma y validarán los pagos que se deben realizar por vacuna aplicada. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá el procedimiento que se debe seguir para la validación y pago.

Artículo 25. ***Procedimiento de reconocimiento y pago de los costos asociados a la verificación, apoyo a los prestadores de servicios de salud y validación de vacuna aplicada***. El pago de los costos asociados al apoyo que deben brindar a los prestadores de servicios de salud para que cumplan con su obligación de agendamiento y a la validación de los soportes de la aplicación de la vacuna, se realizará a las entidades responsables del aseguramiento en salud, los administradores de los regímenes especiales y de excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, según corresponda, conforme al procedimiento y mecanismos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

CAPÍTULO VI
Importación y comercialización de las vacunas contra el COVID-19

Artículo 26. ***Centralización de las actividades de importación y aplicación de las vacunas contra el COVID-19***. El Ministerio de Salud y Protección Social será la única entidad encargada de importar las vacunas contra el COVID-19 que se apliquen en la ejecución del Plan Nacional de Vacunación. La misma entidad determinará el momento en el que personas jurídicas públicas y privadas podrán importar, comercializar y aplicar las vacunas contra el COVID-19, así como las condiciones que deberán cumplir para el efecto, previa recomendación de las instancias de coordinación y asesoría con las que cuente.

Artículo 27. ***Prohibición de comercialización de las vacunas contra el COVID-19 adquiridas por el Gobierno nacional***. Las vacunas contra el COVID-19 adquiridas por el Gobierno nacional se aplicarán de manera gratuita a los habitantes del territorio nacional respetando el estricto orden de priorización y NO podrán ser comercializadas en ninguna circunstancia, so pena de incurrir en las sanciones a que haya lugar y en el tipo penal establecido en el artículo 374A del Código Penal.

CAPÍTULO VII
Disposiciones finales

Artículo 28. ***Condiciones de los prestadores de servicios de salud para la aplicación de las vacunas contra el COVID-19***. La vacuna contra el COVID-19 se aplicará tanto en la modalidad intramural como en la extramural por parte de los prestadores de servicios de salud que:
28.1. Cuenten con los servicios de vacunación habilitados.
28.2. Dispongan de un área exclusiva para la vacunación contra el COVID-19.
28.3. Tengan personal capacitado y suficiente para todo el proceso de vacunación, en el marco del manual del Programa Ampliado de Inmunizaciones y en los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19.
28.4. Cuenten con los insumos requeridos para el proceso de vacunación contra el COVID-19.
28.5. Garanticen el monitoreo permanente tanto de las condiciones de almacenamiento como de las condiciones de transporte (cadena de frío) de las vacunas que ya le han sido entregadas, con instrumentos debidamente calibrados. El Ministerio de Salud y Protección social emitirá el lineamiento que deben seguir los prestadores de servicios de salud para estos efectos.
Dependiendo de las recomendaciones realizadas por los fabricantes de cada vacuna, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá determinar, mediante lineamiento, qué otras condiciones específicas deben cumplir los prestadores de servicios de salud.

Parágrafo 1º. Los prestadores de servicios de salud que no tengan habilitados los servicios mencionados podrán hacer uso de la autorización transitoria para la prestación de servicios de salud, contenido en el artículo 1° del Decreto Legislativo 538 de 2020, para habilitar tales servicios ágilmente.
Parágrafo 2°. La vacunación podrá llevarse a cabo en instalaciones diferentes a las instituciones prestadoras de servicios de salud siempre y cuando cumplan con las condiciones establecidas en el presente decreto y en los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Los administradores de los regímenes especiales y de excepción que quieran vacunar en lugares que pertenezcan a su organización, deberán surtir el procedimiento de habilitación transitoria del servicio de vacunación que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 29. ***Procedimiento para la entrega de los biológicos a las entidades territoriales y a los prestadores de servicios de salud***. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones y responsabilidades para la entrega de las vacunas contra el COVID-19 a las entidades territoriales o a los prestadores de servicios de salud.
Para la distribución de los biológicos el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá en cuenta el cumplimiento de las metas establecidas por este para cada departamento, distrito y municipio.

Artículo 30. ***Obligatoriedad del uso del sistema de información nominal PAIWEB***. La gestión de la información correspondiente a la vacunación contra el COVID-19 se realizará de manera obligatoria en el sistema de información nominal PAIWEB por parte de las entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud.

Artículo 31. ***Tratamiento de la información***. Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información de que trata el presente acto administrativo serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información que les sea aplicable, en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y de la Ley 1712 de 2014, del Capítulo 25 del Título 2 del Libro 2 de la parte 2 del Decreto número 1074 del 2015 y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tienen acceso.

Artículo 32. ***Ruta de vacunación especial para el personal de la salud, personal de apoyo y trabajadores administrativos de las instituciones prestadoras de servicios de salud***. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá establecer una ruta más expedita que la indicada en el Capítulo II del presente decreto para la vacunación contra el COVID-19 del personal de la

salud, el personal de apoyo y el personal administrativo de los prestadores de servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los regímenes especiales y de excepción.

Artículo 33. ***Agotamiento de las etapas y avance hacia las demás etapas***. El Ministerio de Salud y Protección Social informará el momento en el que se agote cada etapa y su avance hacia la siguiente.

Artículo 34. ***Vigencia***. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

2.1.2. Decreto 163 de 2021

Por el cual se crea el Consejo Nacional de Personas Mayores y se dictan otras disposiciones

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales y en especial las conferidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y en los artículos 26 y 29 de la Ley 1251 de 2008, y

CONSIDERANDO

Que, en el año 2007 se inició la formulación e implementación de la Política de Envejecimiento y Vejez, dotada de una línea de acción sobre participación ciudadana e integración social, en cuyo marco se gestionó la conformación y el fortalecimiento de los consejos departamentales, distritales y municipales de personas adultas mayores, que incluían a instituciones públicas y privadas con responsabilidades en temáticas de envejecimiento humano y vejez, y a representantes de este grupo poblacional y sus organizaciones.

Que la Ley 1251 de 2008 "Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa delos derechos de los adultos mayores", contempla en su Título IV la creación, los fines, la conformación y las funciones del Consejo Nacional del Adulto Mayor, estas últimas adicionadas mediante las Leyes 1850 de 2017 "por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones" y 2040 de 2020 "por medio de la cual se adoptan medidas para impulsar el trabajo para adultos mayores y se dictan otras disposiciones".

Que en la citada Ley 1251 de 2008 se contempla como integrante del Consejo Nacional de Adulto Mayor al director del Fondo de Inversión Social, institución que desapareció, y al ministro de Protección Social, entidad que, mediante la Ley 1444 de 2011, "Por medio de la cual se escinden unos Ministerios, se otorgan precisas facultades extraordinarias al Presidente de Ja República para modificar la estructura de la Administración Pública y la planta de personal de la Fiscalía General de la Nación y se dictan otras disposiciones" fue escindida y pasó a ser el Ministerio del Trabajo, según consta en su artículo 7°, y en el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con el artículo 9°.

Que el artículo 7 de la citada Ley 1251 de 2008, estableció al Estado como "responsable de la planificación, coordinación, ejecución y seguimiento de las acciones encaminadas al desarrollo íntegra/ del adulto mayor", para lo cual debía elaborar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, teniendo en cuenta dentro de sus objetivos, entre otros, aquel dirigido a "Construir mecanismos de concertación, coordinación y cooperación en las distintas instancias del poder público y de la sociedad civil en la promoción, protección, restablecimiento y garantía de los derechos delos adultos mayores".

Que, en tal virtud, y reconociendo los aciertos ·y avances del proceso previo de formulación e implementación, se estableció la Política Colombiana de Envejecimiento

Humano y Vejez 2015-2024, como resultado de la actualización de aquella definida en 2007, contemplando igualmente, una línea de acción dirigida a "fortalecer los espacios, mecanismos e instancias de participación social de las personas adultas mayores y vincular a otros actores y organizaciones sociales en el reconocimiento del papel protagónico que han tenido estas personas organizadas ante el Estado, cuando de exigir sus derechos se trata".

Que el literal H "dignidad y felicidad para todos los adultos mayores" del "III pacto por la equidad: política social moderna, centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a mercados" de las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad", emitido por el Departamento Nacional de Planeación, señaló la necesidad de disponer de una institucionalidad eficiente para la atención efectiva de los adultos mayores y en virtud de ello, determinó que las entidades del Gobierno Nacional activarán el Consejo Nacional del Adulto Mayor para hacer efectivas las medidas contempladas en las políticas y normas sobre envejecimiento y vejez, y hacer realidad el suministro de los servicios sociales para esta población.

Que, en el marco de la garantía a la participación ciudadana, como fin esencial del Estado consagrado constitucionalmente, a partir de diciembre de 2019 el Ministerio de Salud y Protección Social inició la convocatoria de representantes en envejecimiento humano y vejez de la sociedad civil, de las sociedades científicas y de la academia, así como de la institucionalidad definida en el artículo 29 de la Ley 1251 de 2008, con el fin de obtener insumos orientados a la definición de la agenda 2020 de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

Que como resultado de los diversos encuentros, se establecieron aspectos a tener en cuenta en la reglamentación del Consejo Nacional del Adulto Mayor, y la necesidad y la relevancia de su activación para asumir las responsabilidades y retos dispuestos, entre otros, por el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, la Ley 2040 de 2020 sobre trabajo para adultos mayores, y la cercana adhesión de Colombia a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que se materializó mediante Ley 2055 de 2020 "por medio de la cual se aprueba la «Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores». Igualmente, se estableció la propuesta de reglamentación a ser publicada para el conocimiento y participación en su construcción, por parte de la sociedad civil.

Que, por lo expuesto en precedencia, se hace necesario crear el Consejo Nacional de Personas Mayores, actualizar su integración de acuerdo con la nueva estructura del Estado, reglamentar la designación de los representantes de la sociedad civil, establecer otras disposiciones necesarias para su funcionamiento y adicionar dicho Consejo a los órganos sectoriales de asesoría y coordinación, dispuestos en el Título 3 del Libro 1 de la Parte 1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

En mérito de lo expuesto,

DECRETA

ARTÍCULO 1. Creación y objeto. Créase el Consejo Nacional de Personas Mayores - CNPM, como órgano consultivo de carácter permanente del Ministerio de Salud y Protección Social, en su labor de coordinación del desarrollo y ejecución de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

ARTÍCULO 2. **Fines**. El Consejo Nacional de Personas Mayores tendrá como fines los establecidos en el artículo 27 la Ley 1251 de 2008, y articulará y concertará acciones con otros Consejos e instancias plurales que traten aspectos de la política social y de inclusión social en los niveles nacional y territorial, así como de ámbito internacional, sobre población de personas mayores o envejecimiento y vejez.

ARTÍCULO 3. **Funciones del Consejo**. El Consejo Nacional de Personas Mayores, de acuerdo con el artículo 28 la Ley 1251 de 2008 y sus modificaciones, tendrá como funciones las siguientes:

3.1. Velar por el debido cumplimiento de las disposiciones y principios establecidos en la Ley 1251 de 2008.

3.2. Promover las labores de coordinación interinstitucional conformando grupos de enlace sectorial con los Ministerios de Salud y Protección Social, Educación, Transporte, Comercio, Industria y Turismo, Comunicaciones, Hacienda y Crédito Público y las demás entidades y organismos que estime conveniente vincular a fin de fomentar la creación, continuidad y acceso a programas y servicios de atención integral a las personas mayores.

3.3. Asesorar en la formulación de las políticas y los planes nacionales en materia de envejecimiento.

3.4. Conocer las evaluaciones anuales de los programas, proyectos y servicios dirigidos a las personas mayores que sean ejecutados por las instituciones públicas o privadas.

3.5. Determinar los criterios técnicos para distribuir los recursos económicos públicos. destinados a los programas y servicios para las personas mayores.

3.6. Llevar un registro actualizado de las personas naturales y jurídicas acreditadas por el Ministerio de Salud y Protección Social Salud para brindar servicios a las personas mayores.

3.7. Impulsar la investigación en las áreas relacionadas con el envejecimiento.

3.8. Elaborar los reglamentos internos para cumplir adecuadamente los objetivos de este Consejo.

3.9. Coordinar, con las instituciones ejecutoras, los programas dirigidos a las personas mayores.

3.10. Asesorar la formulación y evaluar el funcionamiento de los planes y programas de protección y lucha contra la violencia que se ejerza a las personas mayores.

3.11. Promover la creación de redes de apoyo con el fin de asegurar los vínculos, la compañía y el apoyo del núcleo familiar del adulto y así evitar la institucionalización y la penalización. Ya que es necesario involucrar de manera directa a la familia quien es la encargada de suplir la satisfacción de necesidades biológicas y afectivas de los individuos; responde por el desarrollo integral de sus miembros y por la inserción de estos en la cultura, la transmisión de valores para que se comporten como la sociedad espera de ellos. De ahí que la pertenencia a una familia constituye la matriz de identidad individual.

3.12. Promover la formulación de políticas para dar a conocer las obligaciones alimentarias de la familia para con las personas mayores, conformando grupos de enlace con el Ministerio de Salud y Protección Social, las secretarías de desarrollo social y las comisarías de familia.

3.13. Elaborar un informe anual sobre la aplicación de las funciones del Consejo Nacional de Personas Mayores especificando acciones y retos en cada departamento.

3.14. Promover las políticas públicas relacionadas con el empleo de las personas mayores, que propendan por la autonomía económica para el tránsito a una vejez digna.

3.15. Presentar un informe anual al Congreso de la República sobre los avances de su gestión en materia de empleo de las personas mayores en el país, desagregando por actividades y oficio desempeñados.
3.16. Las demás funciones que se consideren convenientes para el desarrollo de las actividades en pro del bienestar, el desarrollo integral y protección de las personas mayores.

ARTÍCULO 4. **Conformación**. El Consejo Nacional de Personas Mayores estará conformado así:

4.1. El Ministro de Salud y Protección Social

4.2. El Ministro del Trabajo.

4.3. El Ministro de Educación Nacional.

4.4. El Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF.

4.5. El Director del Departamento Nacional de Planeación.

4.6. Un (1) delegado de la Defensoría del Pueblo.

4.7. El secretario técnico perteneciente a la planta del Ministerio de Salud y Protección Social.

4.8. Un (1) representante de las Organizaciones No Gubernamentales dedicadas a la prestación de servicios a las personas mayores.

4.9. Un (1) representante de la academia y la comunidad científica, que manejen el tema de persona mayor.

4.10. Dos (2) representantes de personas jurídicas, una pública y una privada, que tengan a su cargo la asistencia y prestación de servicios a los adultos mayores

4.11. Un (1) representante de las asociaciones de gerontología o geriatría.

4.12. Un (1) representante de las asociaciones de pensionados.

4.13. Un (1) representante de la empresa privada.

4.14. Un (1) representante de las entidades territoriales elegido por los departamentos.

PARÁGRAFO. De conformidad con lo previsto en el artículo 9 de la Ley 489 de 1998, los ministros o directores podrán delegar su participación en un servidor público de nivel directivo o asesor con poder de decisión, quien asumirá responsabilidades conforme a las competencias del sector. La delegación se realizará mediante acto administrativo el cual se remitirá de manera oficial a la Secretaría Técnica del Consejo.

ARTÍCULO 5. INVITADOS. El Consejo podrá convocar a otros representantes de entidades públicas, privadas, territoriales, de personas mayores y/o con conocimiento y experticia en los temas de envejecimiento humano y vejez, según estime conveniente, de acuerdo con los temas a tratar en las agendas.

ARTÍCULO 6. **Postulación y designación de representantes de la sociedad civil y de las entidades territoriales**. La sociedad civil y las entidades territoriales departamentales deberán asociarse y organizarse garantizando la convocatoria y participación de la totalidad de los representados, con el fin de postular y elegir a sus representantes en espacios de decisión colectiva como consejos, asambleas, congresos, juntas directivas, mesas nacionales, entre otros, de acuerdo con sus normas internas.

La postulación de los candidatos ante los espacios de decisión colectiva deberá estar acompañada de la presentación de una propuesta para desarrollar en su rol de representación, que esté dirigida a la priorización y agendamiento de proyectos de las líneas y ejes estratégicos de la política pública, o desarrollo y aplicación de estrategias innovadoras en su quehacer, para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores en Colombia, considerando la estrategia de comunicación en doble vía con sus representados.

La asociación u organización deberá avalar la propuesta del candidato elegido.

Una vez realizada la designación de los representantes, la asociación u organización remitirá oficialmente a la Secretaría Técnica del Consejo:

6.1 Carta de presentación suscrita por el representante legal de la asociación u organización, en la que certifica el sector u organizaciones que representa, el número e identificación de representados que agrupa, su cobertura territorial y el representante elegido y su suplente.

6.2. Fotocopias de la cédula de ciudadanía del representante elegido y su suplente.

6.3. Hojas de vida del representante elegido y su suplente, que incluya datos personales, formación académica, experiencia laboral y de participación en el ámbito de envejecimiento y vejez y de los derechos humanos de las personas mayores, y/o de participación en espacios de construcción de políticas sociales, acompañada de las certificaciones correspondientes.

6.4. Propuesta de temáticas a abordar avalada por la asociación u organización.

6.5. Certificado de existencia y representación legal de la asociación u organización emitido por la autoridad competente, cuya fecha de expedición no sea superior a tres (3) meses.

6.6. En el evento en que la organización o asociación agrupe o sea avalada por otras, deberá aportar certificación suscrita por su representante legal, en donde se especifiquen las organizaciones que representa, su cobertura, los nombres, las direcciones y los teléfonos y el número total de afiliados a cada una de ellas, adjuntando las comunicaciones suscritas por los representantes legales de las mismas en las que informan que avalan la selección.

6.7. Acta que sustente la identificación de los representados, la convocatoria, el desarrollo del espacio de decisión colectiva, las organizaciones participantes en el mismo, y el proceso de selección.

PARÁGRAFO. La organización, instancia o entidad postulante del candidato que sea elegido como representante ante el Consejo, gestionará los recursos necesarios para garantizar su asistencia y participación efectiva en las sesiones del Consejo.

ARTÍCULO 7. Período de representación de la sociedad civil y de las entidades territoriales departamentales. Los representantes de la sociedad civil y de los departamentos tendrán un

período de representación de cuatro (4) años contados a partir de la oficialización de su representación ante la Secretaría Técnica del Consejo.

ARTÍCULO 8. **Responsabilidades de los consejeros**. Los consejeros deberán:

8.1. Ser interlocutores entre el Consejo Nacional de Personas Mayores y sus representados.

8.2. Promover la participación de todos los integrantes del Consejo hacia el logro eficiente de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez.

8.3. Promover la actualización y cualificación permanente frente a los desarrollos normativos y de política pública relacionados con el envejecimiento humano y vejez.

8.4. Desarrollar procesos de difusión, promoción, información y capacitación en temas relacionados con la implementación de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez.

8.5. Orientar las consultas relacionadas con el desarrollo de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez a la Secretaría Técnica del Consejo o al Ministerio de Salud y Protección Social.

8.6. Participar a nombre del Consejo en aquellos eventos nacionales o internacionales a los cuales sean designados o seleccionados por el Consejo.

8.7. Presentar informe anual de su gestión ante el Consejo en la última sesión de cada vigencia.

PARÁGRAFO. Los consejeros actuarán únicamente en virtud de su representación o delegación. El Consejo se pronunciará exclusivamente a través de su presidente.

ARTÍCULO 9. Comisiones. El Consejo podrá establecer comisiones transitorias o permanentes, cuando así lo estime necesario, para realizar análisis técnicos, jurídicos, de políticas y demás aspectos pertinentes sobre temas específicos, que se reunirán presencial o virtualmente de acuerdo con las necesidades y conveniencias. Las Comisiones podrán solicitar los informes y el apoyo respectivo del Consejo, a través de la Secretaría Técnica.

ARTÍCULO 10. Presidencia del Consejo. El ministro de Salud y Protección Social o su delegado, será quien presida el Consejo Nacional de Personas, de acuerdo con lo establecido en el numeral 1 del artículo 29 de la Ley 1251 de 2008.

La representación del Consejo Nacional de Personas Mayores en las instancias en que esté prevista su participación será ejercida por su presidente. En caso de ausencia o impedimento, la representación recaerá en quien sea designado de manera expresa para tal efecto por el Consejo.

ARTÍCULO 11. Funciones de la Presidencia del Consejo. Son funciones de la Presidencia del Consejo:

11.1. Actuar como representante del Consejo en las instancias públicas y privadas en que esté prevista su participación, en pro del desarrollo de sus fines y funciones.

11.2. Coordinar a través de la Secretaría Técnica las acciones intersectoriales de los consejeros y las entidades del Estado hacia el logro eficiente de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez.

11.3. Promover los acuerdos entre los consejeros sobre todos los asuntos que requieran de su concepto y convocar a las entidades públicas y privadas que se consideren pertinentes para el desarrollo de los temas propuestos en la agenda.

11.4. Rendir los informes que en el marco de su competencia le sean requeridos, para lo cual podrá solicitar los insumos pertinentes a los integrantes del Consejo o a otras entidades.

11.5. Aprobar el plan de acción anual y el cronograma de reuniones ordinarias del Consejo.

11.6. Convocar a través de la Secretaría Técnica las sesiones del Consejo.

11.7. Presidir las sesiones ordinarias y extraordinarias del Consejo. En caso de ausencia debidamente justificada, la presidencia Ad Hoc de la respectiva sesión será definida por los consejeros asistentes, lo que será consignado en el acta de la sesión.

11.8. Velar por el cumplimiento de lo dispuesto en el presente decreto.

11.9. Firmar junto con la secretaría técnica las actas, acuerdos o informes del Consejo.

ARTÍCULO 12 Secretaría Técnica del Consejo. La Secretaría Técnica del Consejo será de carácter permanente, la ejercerá el Ministerio de Salud y Protección Social. Para tal efecto el Ministerio pondrá a disposición el talento humano con experiencia certificada en el tema de envejecimiento humano y vejez, así como los recursos logísticos y administrativos que le permitan desarrollar su labor en forma adecuada.

ARTÍCULO 13. Funciones de la Secretaría Técnica del Consejo. Son funciones de la Secretaría Técnica del Consejo:

13.1. Consolidar información de planificación a corto, mediano y largo plazo estructurada por los consejeros.

13.2. Efectuar las gestiones administrativas tales como las convocatorias a reuniones y eventos, organización de agendas, orden del día de las reuniones, levantamiento de actas, manejo documental y consolidación del plan de trabajo del Consejo.

13.3. Disponer y consultar material informativo, técnico, doctrinario, jurisprudencial y bibliográfico que sea indispensable para las actividades del Consejo.

13.4. Desarrollar procesos de difusión y promoción de temas relacionados con la implementación de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, y la gestión del Consejo.

13.5. Coordinar y promover la participación de todos los integrantes del Consejo en espacios internacionales, subregionales, nacionales, regionales y territoriales, relacionados con el Envejecimiento y la Vejez.

13.6. Mantener la comunicación necesaria con las secretarías técnicas de otras instancias intersectoriales, en aras de garantizar la articulación respecto de temas que sean de interés común.

13.7. Proporcionar la logística necesaria para el adecuado funcionamiento del Consejo.

13.8. Firmar junto con el presidente las actas aprobadas por el Consejo.

13.9. Realizar seguimiento a los compromisos adquiridos en las sesiones del Consejo.

13.10. Las demás funciones relacionadas con el soporte administrativo y técnico inherentes al funcionamiento del Consejo.

ARTÍCULO 14. Sesiones. El Consejo Nacional de Personas Mayores, sesionará ordinariamente tres (3) veces por año de manera presencial o virtual y la asistencia de los consejeros será obligatoria.

El Consejo podrá sesionar con carácter extraordinario cuando se requiera tratar temas, que por su importancia no puedan ser atendidos en las fechas de las sesiones ordinarias, por convocatoria de su presidente, o a solicitud de la tercera parte de sus consejeros.

PARÁGRAFO. La Presidencia del Consejo realizará amonestaciones escritas frente a la inasistencia injustificada de los consejeros a las sesiones convocadas y pondrá en conocimiento de las entidades u organizaciones de la sociedad civil cuando la ausencia a más de tres (3) sesiones, sea de uno de sus representantes con el fin de solicitar su cambio.

ARTÍCULO 15. Transitoriedad. El Consejo Nacional de Personas Mayores llevará a cabo su primera sesión transcurridos seis (6) meses posteriores a la publicación del presente decreto, lapso durante el cual, se llevará a cabo el proceso de convocatoria, postulación, elección y comunicación de los datos de los representantes de la sociedad civil y las diferentes asociaciones elegidos como consejeros, ante la Secretaría Técnica del mismo.

En caso de no contar con los representantes de los departamentos o de la sociedad civil dentro del lapso referido en el inciso anterior, el Consejo iniciará su sesión con los consejeros elegidos

y frente a los faltantes, las organizaciones o asociaciones deberán surtir una nueva convocatoria con el fin de integrarse con posterioridad.

ARTÍCULO 16. Adición a los órganos sectoriales de asesoría y coordinación. Adiciónese el artículo 1.1.3.17 al Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, cual quedara así:

"TÍTULO 3

ÓRGANOS SECTORIALES DE ASESORÍA Y COORDINACIÓN

(...)

ARTÍCULO 1.1.3.17. Consejo Nacional de Personas Mayores".

ARTÍCULO 17. Vigencia. El presente decreto rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2. RESOLUCIONES.

2.2.1. Resolución 2421 de 2020

Por la cual se modifican los artículos 2 y 4 y los anexos técnicos 2, 3, 4 y 5 de la Resolución 2388 de 2016

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades, en especial, de las conferidas en el artículo 3.2.3.4 del Decreto 780 de 2016, el numeral 23 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, en desarrollo de lo establecido en los artículos 6 del Decreto 1730 de 2001, 2 de la Resolución 3015 de 2017 y en el 2.2.13.14.1.3 del Decreto 1833 de 2016 y,

CONSIDERANDO

Que la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA es una ventanilla virtual que permite la autoliquidación y pago integrado de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales, en desarrollo de lo establecido en el literal b) del artículo 15 de la Ley 797 de 2003 y el artículo 3.2.3.4 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario en Salud y Protección Social.

Que, mediante la Resolución 2388 de 2016, modificada por las Resoluciones 5858 de 2016, 980, 1608 y 3016 de 2017, 3559, 5306 de 2018, 736, 1740, 2514 de 2019, 454, 686,1438 y 1844 de 2020, se unifican las reglas para el recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, con el fin de ser aplicados por los aportantes, los operadores de información y las administradoras del Sistema.

Que, el artículo 193 de la Ley 1955 de 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, "*Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad*" estableció que aquellas personas que tengan relación contractual laboral o por prestación de servicios, por tiempo parcial y que en virtud de ello perciban un ingreso mensual inferior a un (1) Salario Mínimo Mensual Legal Vigente -SMLMV-, deberán vincularse al Piso de Protección Social, reglamentado por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 1174 de 2020, *"Por el cual se adiciona el Capítulo 14 al Título 13 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1833 de 2016, a efectos de reglamentar el Piso de Protección Social para personas que devengan menos de un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente*".

Que, el artículo 2.2.13.14.1.3 del Decreto 1833 de 2016 adicionado por el Decreto 1174 de 2020, establece que son vinculados obligatorios al Piso de Protección Social las personas que tengan uno o varios vínculos laborales por tiempo parcial y que en virtud de ello reciban un ingreso total mensual inferior a 1 SMLMV, las personas que celebren uno o varios contratos por prestación de servicios y que reciban una contraprestación total mensual inferior a 1 SMLMV y las personas que cuenten con uno o varios vínculos laborales, y simultáneamente, con uno o varios contratos por prestación de servicios, que reciban un ingreso total mensual inferior a 1 SMLMV; a su vez, dicha norma señala que son vinculados voluntarios las personas que no tengan una vinculación laboral o no hayan suscrito un contrato de prestación de servicios, incluidos los productores del sector agropecuario que no tengan capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización al Sistema Integral de Seguridad Social y cuyo ingreso total mensual sea inferior a 1 SMLMV.
Que, mediante comunicación radicada con el número 202042301749502 el Ministerio del Trabajo, solicitó a esta cartera la expedición de las reglas para el recaudo de aportes al Piso de Protección Social a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes — PILA, y adjuntó comunicación del presidente de la Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES- en la que manifiesta que esa entidad como administradora de BEPS conforme lo establecido por el artículo 2.2.13.8.1 del Decreto 1833 de 2016, considera pertinente crear un tipo de planilla propia para el Piso de Protección Social, así como los tipos de aportantes a que haya lugar, dadas las particularidades del modelo de recaudo.

Que teniendo en cuenta lo antes señalado, este Ministerio implementará el recaudo de aportes al Piso de Protección utilizando los campos existentes en la estructura de la PILA y adicionarán los archivos de salida para Piso de Protección Social para el envío de información a COLPENSIONES.

Que, mediante comunicación radicada con el número 202042301787512, el Ministerio del Trabajo solicitó a esta cartera la habilitación y pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de PILA de los pensionados extranjeros que en aplicación de los convenios o acuerdos de seguridad social, decidan residenciarse en Colombia.

Que, mediante comunicación radicada con el número 202042301514782, el Ministerio del Trabajo estableció la necesidad de incorporar los tipos de pensión *"invalidez riesgo común", "jubilación", "convencional" y* "sentencia judicial", que el Fondo de Pensiones Públicas del Nivel Nacional – FOPEP comparte el pago de la mesada pensional con COLPENSIONES, con el fin de permitir reportar el valor correspondiente a la sumatoria de las mesadas pensionales devengadas en las dos entidades.

Que, mediante comunicación radicada con el número 202042301759452, el Ministerio del Trabajo conceptuó que en los casos en que una misma persona devengue dos pensiones o más de distinta naturaleza que en conjunto superen los 10 SMLMV, se deben sumar para liquidar los aportes con destino al Fondo de Solidaridad Pensional.

Que, mediante comunicación radicada con el número 202042301850862, el Ministerio del Trabajo conceptuó que i.) el cálculo de los aportes al Fondo de Solidaridad Pensional de las pensiones por sobrevivencia se debe establecer sobre la cuantía de toda la pensión, es decir, sumando las cuotas de todos los beneficiarios y no considerando las cuotas individuales percibidas por cada pensionado por sobrevivencia, ii.) que teniendo en cuenta que las pensiones fueron reconocidas dentro de los parámetros legales que regulaban cada situación, los aportes al Fondo de Solidaridad Pensional están constituidos por el valor de la mesada pensional aun así este supera los 25 SMLMV, y, iii.) que para el caso de los beneficiarios de la pensión de sobrevivientes previsto en el literal b) del artículo 47 de la Ley 100 de 1993, los aportes al Fondo de Solidaridad Pensional se deben calcular sobre la cuantía bruta de la pensión.

Que, mediante comunicación radicada con el número 202042301615352, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público solicitó a esta cartera realizar ajustes en PILA con el fin de que los afiliados que fueron objeto del pago de una indemnización sustitutiva o devolución de saldos por parte de una Administradora de Fondos de Pensiones o COLPENSIONES no puedan continuar cotizando al Sistema General de Pensiones de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 del Decreto 1730 de 2001.

Que, una vez verificada la longitud del tipo de documento "*PE – Permiso Especial de Permanencia*", se evidenció que no cumple lo establecido en la Resolución 3015 de 2017, por lo que se requiere que los operadores de información validen que este tipo de documento tenga una longitud única de 15 dígitos.

Que, mediante comunicación radicada con el número 202042301299752, COLPENSIONES solicitó a este Ministerio ajustar la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA, a fin de garantizar que todos los operadores de información modifiquen los archivos de salida enviando el valor X, P, R o C, según la novedad de retiro marcada por el empleador, lo cual permitirá incluir controles que permitan mitigar el riesgo de doble erogación al erario público.

Que, mediante comunicación radicada en este Ministerio con el número 202042301326922, el Consorcio FOPEP 2019, solicitó evaluar la obligatoriedad de los campos relacionados con el valor de la mesada reliquidada, correspondiente a períodos anteriores a diciembre de 2019, para el procesamiento de las Planillas Tipo "*L – Planilla de Reliquidación*".

Que, mediante comunicación radicada en este Ministerio con el número 202042301850682, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, solicitó incluir el campo "*código DANE de la actividad económica"* del aportante, en el registro tipo 1 del Anexo Técnico 4 "estructura de los archivos de salida con destino a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES".

Que mediante comunicaciones radicadas en este Ministerio con los números 202042301955812 y 202042301963112, la Coordinación Sector de Operadores PILA y COLPENSIONES, respectivamente, solicitaron se modificara la fecha de implementación de los ajustes al anexo técnico 3 *"Aportes a Seguridad Social de Pensionados*" establecidos en la Resolución 454 de 2020, modificada por el artículo 3 de la Resolución 1438 de 2020, teniendo en cuenta los nuevos desarrollos que deben realizar en las plataformas tecnológicas de los operadores.

Que, mediante comunicación radicada con el número 202042302147242, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales, solicitó a este Ministerio ajustar el literal b del indicador No 2 del tipo de planilla *"O. - Planilla Obligaciones determinadas por la UGPP,"* con el fin de permitir el uso de este indicador hasta el 30 de junio de 2021, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 2063 de 2020 que modificó el parágrafo 2º del artículo 244 de la Ley 1955 de 2019, adicionado el artículo 139 de la Ley 2010 de 2019".

Que, de acuerdo con la normatividad expuesta y el análisis técnico realizado por este Ministerio respecto a las solicitudes elevadas por las distintas entidades mencionadas previamente, se hace necesario modificar los anexos técnicos 2, 3, 4 y 5 de la Resolución 2388 de 2016 y sus normas modificatorias, así como los artículos 2 y 4 *ibidem*, con el fin de ajustar la estructura de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modificar el artículo 2 de la Resolución 2388 de 2016, así:

> *"**Artículo 2.** Actualización de anexos técnicos y plazos de implementación. La Oficina de Tecnologías de la Información y Comunicación publicará en la página web de la entidad, la versión compilada y actualizada de los anexos técnicos de que trata el artículo 1 de la presente resolución.*
>
> *Los operadores de información deberán implementar las actualizaciones en los plazos que sean definidos en cada uno de los anexos técnicos actualizados."*

Artículo 2. Modificar el artículo 4 de la Resolución 2388 de 2016, así:

> ***"Artículo 4. Vigencia** La presente resolución rige a partir de su publicación".*

Artículo 3. Modificar el Anexo Técnico 2 *"Aportes a Seguridad Social de Activos"*, de la Resolución 2388 de 2016, así:

1. En el numeral 1.1 "*Estructura de datos archivo tipo 1*" del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 2 "*Aportes a Seguridad Social de Activos*" modificar las validaciones y origen de los datos del campo "3 - *Número de Identificación del aportante*"; así:

"(…)

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
3	*16*	*203*	*218*	*A*	*Número de Identificación del aportante*	*Obligatorio. Lo suministra el aportante.* *El operador de información validará que este campo este compuesto por letras de la A a la Z y los caracteres numéricos del cero (0) al nueve (9):* *Sólo es permitido el número de identificación alfanumérico para los siguientes tipos de documentos de identidad* *PA. Pasaporte* *CD. Carne diplomático* *Para los siguientes tipos de documento deben ser dígitos numéricos.* *TI. Tarjeta de identidad* *CC. Cédula de ciudadanía* *NI. Número de identificación tributaria* *SC. Salvoconducto de permanencia* *CE. Cédula de extranjería* *PE. Permiso Especial de Permanencia, su longitud debe ser de 15 dígitos*

(…)"

2. En el numeral 1.2.4 "*Campo 30. Tipo de aportante*" del numeral 1.2 *"aclaración campos del archivo tipo 1"* del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 2 "*Aportes a Seguridad Social de Activos*", modificar las aclaraciones de los tipos de aportantes "*1. Empleador*" y "*2 – Independiente*"; así:

"1.2.4. Campo 30. Tipo de aportante

Los códigos que debe permitir el operador de información son:

1. ***Empleador:*** *Persona natural o jurídica que paga los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales de sus trabajadores dependientes y que no se encuentren clasificados en los demás tipos de aportantes.*

   Este tipo de aportante también puede ser utilizado por empleadores que tengan a su servicio trabajadores con vinculación de tiempo parcial y que devenguen ingresos mensuales inferiores a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente y por personas jurídicas o naturales que contraten personas bajo la modalidad de prestación de servicios por ingresos mensuales inferiores a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.2.13.14.1.3 *del Decreto 1833 de 2016 adicionado por el Decreto 1174 de 2020.*

"2. ***Independiente:*** *Persona natural que paga los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales de sí mismo y de las personas a su cargo.*

Este tipo de aportante también puede ser utilizado por las persona naturales que no tengan /una vinculación laboral o no hayan suscrito un contrato de prestación de servicios, incluidos los productores del sector agropecuario y no tengan capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización al Sistema Integral de Seguridad Social y cuyo ingreso total mensual sea inferior a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.2.13.14.1.3 *del Decreto 1833 de 2016 adicionado por el Decreto 1174 de 2020. (…)"*

3. En el numeral 2.1.1.1 "*Estructura registro tipo 1 del archivo tipo 2. Encabezado*" del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 2 "*Aportes a Seguridad Social de Activos*" modificar las validaciones y origen de los datos de los campos "*8 – Tipo de planilla*", "*9 - Número de la planilla asociada a esta planilla"*, "*10 - Fecha de pago Planilla asociada a esta planilla*" y "*20 - Valor total de la nómina*"; así:

"(…)

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
8	*1*	*227*	*227*	*A*	*Tipo de planilla*	*Obligatorio. Lo suministra el aportante* *E. Planilla empleados* *Y. Planilla independientes empresas* *A. Planilla cotizantes con novedad de Ingreso* *I. Planilla independientes* *1. Planilla empleados de servicio doméstico* *M. Planilla mora* *N. Planilla correcciones* *H. Planilla madres sustitutas* *T. Planilla empleados entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones*

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
						F. Planilla pago aporte patronal faltante, de una entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones *J. Planilla para pago seguridad social en cumplimiento de sentencia judicial* *X. Planilla para el pago empresa liquidada* *U. Planilla de uso UGPP para pago por terceros* *K. Planilla estudiantes* *O. Planilla Obligaciones determinadas por la UGPP.* *Q. Planilla Acuerdos de pago realizados por la UGPP* *B. Planilla Piso de Protección Social*
9	*10*	*228*	*237*	*N*	*Número de la planilla asociada a esta planilla*	*Debe dejarse en blanco cuando el tipo de planilla sea E, A, I, M, S, Y, H, T, X, K, Q o B* *En este campo se incluirá el número de la planilla del período correspondiente cuando el tipo de planilla sea N ó F.* *Cuando se utilice la planilla U por parte de la UGPP, en este campo se diligenciará el número del título del depósito judicial.* *Cuando se utilice la planilla J en cumplimiento a una orden judicial por pago de factores salariales que no se tuvieron en cuenta en la liquidación inicial de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, el aportante registrará el número de la planilla con el cual realizó el pago inicial de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.* *Cuando se utilice la planilla "O" para el pago de inexactitudes determinadas por la UGPP, el aportante deberá diligenciar el número de la planilla con la cual realizó el pago inicial producto de esa inexactitud.*

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
10	*10*	*238*	*247*	*A*	*Fecha de pago Planilla asociada a esta planilla. (AAAA-MM-DD)*	*Debe dejarse en blanco cuando el tipo de planilla sea E, A, I, M, S, Y, T, X, K, H, Q o B.* *En este campo se incluirá la fecha de pago de la planilla del período correspondiente cuando el tipo de planilla sea N ó F.* *Cuando se utilice la planilla U, la UGPP diligenciará la fecha en que se constituyó el depósito judicial.* *Cuando se utilice la planilla J en cumplimiento a una orden judicial por pago de factores salariales que no se tuvieron en cuenta en la liquidación inicial de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, el aportante registrará la fecha de pago de la planilla con el cual realizó el pago inicial de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.* *Cuando se utilice la planilla "O" para el pago de inexactitudes determinadas por la UGPP, el aportante deberá diligenciar la fecha de pago de la planilla con la cual realizó el pago inicial producto de esa inexactitud.*

(…)

20	*12*	*344*	*355*	*N*	*Valor total de la nómina*	*Obligatorio. Lo suministra el aportante, corresponde a la sumatoria de los valores reportados en la planilla en el campo "45 – IBC CCF" del registro tipo 2 del archivo tipo 2, para los tipos de cotizantes diferentes a independientes. Para los tipos de cotizantes no obligados a aportar a Cajas de Compensación Familiar este valor debe ser cero.*

4. En el numeral 2.1.1.2.2 "*Campo 8. Tipo de planilla*" del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 2 "*Aportes a Seguridad Social de Activos*" modificar las aclaraciones del tipo de planilla "*O. - Planilla Obligaciones determinadas por la UGPP"*

y adicionar las aclaraciones para el tipo de planilla *"B. Planilla Beneficios Económicos Periódicos"*, así:

*" **2.1.1.2.2 Campo 8. Tipo de planilla***

Los valores permitidos son

(…)

O. ***Planilla Obligaciones determinadas por la UGPP:*** *Solamente puede ser utilizada por aportantes que vayan a realizar el pago de aportes a los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Laborales y parafiscales determinados por la UGPP como omisos, inexactos y morosos y se encuentren reportados con los indicadores UGPP 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ó 9. La UGPP enviará a este Ministerio a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, la información que se relaciona a continuación con la estructura que se encuentra publicada en el portal de SISPRO, en la sección de anexos técnicos (PUB205RTRI), con periodicidad mensual o cuando se requiera. Esta información será dispuesta en un FTP seguro a los operadores de información, con el objetivo de que el operador valide la información y verifique si el aportante puede hacer uso de esta planilla:*

Campo	Long	Posición		Tipo	Descripción	Validación y origen de los datos
		Inicio	Fin			
1	10	1	10	N	Consecutivo de registro	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Inicia en 1 para el primer registro de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.
2	2	11	12	A	Tipo de documento del aportante	NI. Número de identificación tributaria CC. Cédula de ciudadanía CE. Cédula de extranjería TI. Tarjeta de identidad PA. Pasaporte CD. Carné diplomático SC. Salvoconducto de permanencia PE. Permiso Especial de Permanencia
3	16	13	28	A	Número de documento del aportante	El reportado por la UGPP
4	2	29	30	A	Tipo de documento del cotizante	CC. Cédula de ciudadanía CE. Cédula de extranjería TI. Tarjeta de identidad PA. Pasaporte CD. Carné diplomático SC. Salvoconducto de permanencia RC. Registro Civil PE. Permiso Especial de Permanencia

Campo	Long	Posición		Tipo	Descripción	Validación y origen de los datos
		Inicio	Fin			
5	16	31	46	A	Número de documento del cotizante	El reportado por la UGPP
6	14	47	60	A	Número de acto administrativo UGPP	Debe corresponder al número del acto administrativo expedido por la UGPP
7	10	61	70	A	Fecha del acto administrativo UGPP	Debe corresponder a la fecha del acto administrativo expedido por la UGPP Formato AAAA-MM-DD
8	7	71	77	A	Periodo de pago para los sistemas diferentes a salud	Debe corresponder al establecido por la UGPP en el acto administrativo Formato AAAA-MM
9	1	78	78	N	Indicador UGPP	1. Sin Beneficio. Aportante requerido por la UGPP 2. Los aportantes u obligados con el Sistema de Protección Social, que soliciten terminación por mutuo acuerdo de los procesos administrativos de determinación de obligaciones en los términos del parágrafo 11 del art. 119 y 139 de la Ley 2010 de 2019 ante la UGPP, tendrán una exoneración del 80% de los intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensiones, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones: a. Se les haya notificado antes del 27 de diciembre de 2019 requerimiento para declarar y/o corregir, liquidación oficial, o resolución que decide el recurso de reconsideración y, b. Paguen hasta el 30 de junio de 2021, el total de la contribución señalada en dichos actos administrativos, el 100% de los intereses generados con destino al Subsistema de Pensiones y el 20% de los intereses generados con destino a los demás subsistemas de la protección social. 3. Los aportantes u obligados con el Sistema de la Protección Social, que soliciten terminación

Campo	Long	Posición		Tipo	Descripción	Validación y origen de los datos
		Inicio	Fin			*por mutuo acuerdo de los procesos administrativos de determinación de obligaciones ante la UGPP, de que trata los parágrafos 6 y 11 del art. 119 de la Ley 2010 de 2019, tendrán una exoneración del 80% de los intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensiones, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:* *a. Se les haya notificado antes del 27 de diciembre de 2019, requerimiento para declarar y/o corregir, liquidación oficial, o resolución que decide el recurso de reconsideración* *b. Se encuentren antes del 27 de diciembre de 2019, en liquidación forzosa administrativa ante una superintendencia o en liquidación judicial y.* *c. Paguen el total de la contribución señalada en dichos actos administrativos, el 100% de los intereses generados con destino al subsistema de Pensiones y el 20% de los intereses generados con destino a los demás subsistemas de la protección social* *4. Los aportantes u obligados con el Sistema de Protección Social, que antes del 27 de diciembre de 2019, hayan presentado demandas contra las actuaciones administrativas de determinación de las contribuciones parafiscales de la Protección Social expedidas por la UGPP, de que trata el parágrafo 8 del artículo 118 de la Ley 2010 de 2019, tendrán una exoneración del 80% de los intereses moratorios de los subsistemas diferentes de pensiones, siempre y cuando*

Campo	Long	Posición		Tipo	Descripción	Validación y origen de los datos
		Inicio	Fin			*cumplan con las siguientes condiciones:* *a. El proceso contra una liquidación oficial se encuentre en única o primera instancia.* *b. Paguen hasta el 30 de noviembre de 2020, el total de la contribución, el 100% de los intereses generados con destino al Subsistema de Pensiones y el 20% de los intereses generados con destino a los demás subsistemas de la protección social.* *5. Los aportantes u obligados con el Sistema de la Protección Social, que presenten solicitud de conciliación judicial de los procesos administrativos de determinación de obligaciones ante la UGPP, de que tratan los parágrafos 7 y 8 del art. 118 de la Ley 2010 de 2019, tendrán una exoneración del 80% de los intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensiones, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:* *a. El proceso contra la liquidación oficial se encuentra en única o primera instancia.* *b. Se encuentren antes del 27 de diciembre de 2019, en liquidación forzosa administrativa ante una Superintendencia o en liquidación judicial y,* *c. Paguen el total de la contribución señalada en dichos actos administrativos, el 100% de los intereses generados con destino al subsistema de Pensiones y el 20% de los intereses generados con destino a los demás subsistemas de la protección social* *6. Los aportantes u obligados con el Sistema de Protección Social, que antes del 27 de diciembre*

Campo	Long	Posición		Tipo	Descripción	Validación y origen de los datos
		Inicio	Fin			
						de 2019, hayan presentado demandas contra las actuaciones administrativas de determinación de las contribuciones parafiscales de la Protección Social expedidas por la UGPP, de que trata el parágrafo 8 del art. 118 de la Ley 2010 de 2019, tendrán una exoneración del 70% de los intereses moratorios de los subsistemas diferentes de pensiones, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones: *a. El proceso contra una liquidación oficial se encuentre en segunda instancia.* *b. Paguen hasta el 30 de noviembre de 2020, el total de la contribución, el 100% de los intereses generados con destino al subsistema de Pensiones y el 30% de los intereses generados con destino a los demás subsistemas de la protección social.* *7. Los aportantes u obligados con el Sistema de la Protección Social, que presenten solicitud de conciliación judicial de los procesos administrativos de determinación de obligaciones, ante la UGPP, de que trata los parágrafos 7 y 8 del art. 118 de la Ley 2010 de 2019, tendrán una exoneración del 70% de los intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensiones, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:* *a. El proceso contra la liquidación oficial se encuentra en segunda instancia.* *b. Se encuentren antes del 27 de diciembre de 2019 en liquidación forzosa administrativa ante una Superintendencia o en liquidación judicial y,*

Campo	Long	Posición		Tipo	Descripción	Validación y origen de los datos
		Inicio	Fin			
						c. Paguen el total de la contribución señalada en dichos actos administrativos, el 100% de los intereses generados con destino al subsistema de Pensiones y el 30% de los intereses generados con destino a los demás subsistemas de la protección social. 8. Acuerdos de pago suscritos con la UGPP en virtud de la Ley 2010 del 2019 y el Decreto Legislativo 688 del 2020 9. Facilidades de pago suscritas con la UGPP hasta el 30 de noviembre de 2020 en virtud del artículo 1 del Decreto Legislativo 688 del 2020.
10	1	79	79	N	Indicador actividades económicas de acuerdo con lo previsto en el inciso 2 del artículo 1 del Decreto Legislativo 688 de 2020	0: No tiene reducción de tasa interés del 50% 1: SI tiene reducción de tasa interés del 50%
Total				**79**		

En caso de que el aportante o el cotizante no se encuentre relacionado en el archivo dispuesto por la UGPP para el periodo que se va a pagar, el operador de información, no le permitirá el uso de esta planilla y el aportante deberá contactarse con la UGPP.

Esta planilla también podrá ser utilizada para el pago de aportes al Fondo de Solidaridad Pensional de aquellos cotizantes requeridos por la UGPP. En este caso, cuando no haya cotización obligatoria a pensiones el valor del aporte se deberá enviar a la administradora con código FSP001 – Fondo de Solidaridad Pensional.

Para el uso de este tipo de planilla el operador de información debe:

a. *Validar que el aportante y cotizante se encuentren relacionados en el archivo dispuesto por la UGPP.*
b. *Validar el tipo y número de documento del aportante, tipo y número de identificación del cotizante, periodo de pago para los sistemas diferentes a salud, número de acto administrativo UGPP y el indicador reportado por la UGPP. El beneficio a aplicar será el reportado por la UGPP.*
c. *Cuando se realice aporte a algún subsistema, los días para ese subsistema deben ser mayores a cero.*
d. *Para el caso de aportes a los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales provenientes de inexactitudes, el Ingreso Base de Cotización podrá ser inferior a un (1) salario mínimo legal mensual vigente.*

e. *Para el caso de aportes a los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales provenientes de mora u omisiones, el Ingreso Base de Cotización mínimo a reportar será de (1) salario mínimo legal mensual vigente.*
f. *Los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud se deben enviar al código "MIN001".*
g. *Para el uso de este tipo de planilla el aportante deberá diligenciar la información del archivo tipo 1 y tipo 2 y se deberán aplicar las reglas de redondeo de acuerdo con lo establecido en el artículo 3.2.1.5 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Cuando el aportante utilice esta planilla el operador de información no le validará que los IBC para salud, pensión y riesgos laborales sean iguales.*
h. *Para el indicador UGPP "9 – facilidades de pago" liquidar los intereses de mora a la tasa de interés bancario corriente de acuerdo con lo establecido en el artículo 1 del Decreto Legislativo 688 de 2020.*

Cuando se use este tipo de planilla, las administradoras de los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud, Pensiones, Riesgos Laborales y parafiscales deberán validar que:

a. *Si el valor reportado en el campo "Salario básico" es mayor al reportado en el campo "Ingreso Base de Cotización", se entenderá como inexactitud en el pago de los aportes para el sistema que se está liquidando.*
b. *En los casos que el valor reportado en el campo "Salario básico" sea igual al valor del "Ingreso Base de Cotización", será entendido como omisión en el pago de los aportes para el sistema que se está liquidando, siempre y cuando no existan pagos anteriores al mes en relación. Aquellos casos que tengan pagos anteriores serán entendidos como mora.*

Esta planilla está parametrizada para el recaudo de aportes al Sistema General de Pensiones con la metodología de cálculo de cotizaciones e intereses de mora, por lo tanto, no debe ser utilizada para reportar valores determinados con la metodología de cálculo actuarial.

Cuando se utilice este tipo de planilla es responsabilidad de los aportantes reportar la información de acuerdo con los requerimientos realizados por la UGPP.

Cuando el aportante que utiliza planilla O requiera utilizar más de una planilla, podrá hacerlo y pagará los intereses de mora, si a ello hubiere lugar, de acuerdo con los plazos establecidos en los artículos 3.2.2.1 y, 3.2.2.2 del Decreto 780 de 2016.

(…)
"B. Planilla Piso de Protección Social: *Este tipo de planilla solamente puede ser utilizada para el pago del aporte al Piso de Protección Social de las personas vinculadas a este, de acuerdo con lo establecido en el Capítulo 14 "PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL" del Decreto 1833 de 2016, adicionado por el Decreto 1174 de 2020. Cuando se use esta planilla el aportante solamente puede pagar el aporte de los tipos de cotizantes "65 - Dependiente vinculado al Piso de Protección Social*" y "*66- Independiente vinculado al Piso de Protección Social*".

Para el uso de este tipo de planilla la persona respecto de la cual se realizará el aporte al Piso de Protección Social debe estar relacionada en el archivo PUB205PPRO que COLPENSIONES, como administrador del mecanismo, enviará a este Ministerio a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, mensualmente, disponiéndolo de la misma forma a los operadores de información.

En caso de que la persona respecto de la cual se realizará el aporte al Piso de Protección Social, no se encuentre relacionado en el archivo dispuesto por COLPENSIONES para el periodo que se va a pagar, el operador de información, no le permitirá el uso de esta planilla y el aportante podrá contactarse con COLPENSIONES, como administrador del mecanismo.
Cuando el aportante utilice y pague este tipo de planilla, el operador no liquidara intereses de mora.

Para el uso de este tipo de planilla el operador de información debe:

a. *Validar que el cotizante se encuentre relacionado en el archivo PUB205PPRO dispuesto por COLPENSIONES.*
b. *Los días a reportar para los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales y parafiscales debe ser cero.*
c. *En este tipo de planilla no aplica el reporte de ninguna novedad.*
d. *El operador de información deberá validar que la información reportada en el campo Ingreso Base de Cotización para el Sistema General de Pensiones sea inferior a un (1) Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.*
e. *Para el uso de este tipo de planilla se deberán aplicar las reglas de redondeo de acuerdo con lo establecido en el artículo 3.2.1.5 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.*
f. *Validar que la tarifas reportadas en el campo "46 - Tarifa de aportes a pensiones" del registro tipo 2 del archivo tipo 2 corresponda a 15%.*
g. *Validar que el valor del aporte mínimo no sea inferior al definido por la Junta Directiva de la Administradora de los Beneficios Económicos Periódicos.*
h. *Realizar la validación de nombres y apellidos de acuerdo con lo establecido en el numeral "21. VALIDACIÓN DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD" del Capítulo 4 del Anexo Técnico 2.*

Cuando el aportante requiera utilizar más de una planilla "B. Planilla Piso de Protección Social" para el mismo periodo y/o para el mismo cotizante podrá hacerlo.

Este tipo de planilla aplica para los periodos de cotización pensión que se paguen a partir del mes de febrero de 2021. En los campos "periodo de pago para los sistemas diferentes al de salud" y "periodo de pago para el sistema de salud" se debe reportar el mes en que se efectúe el pago de la planilla.

Cuando se utilice este tipo de planilla se deberán diligenciar los siguientes campos del registro tipo 2 del archivo tipo 2 con la información correspondiente a la persona reportada en el archivo PUB205PPRO dispuesto por COLPENSIONES como administrador del mecanismo:

Campo	Descripción
3	Tipo documento del cotizante
4	Número de identificación del cotizante
5	Tipo cotizante 65. Dependiente vinculado al piso de protección social 66. Independiente vinculado al piso de protección social
9	Código departamento ubicación laboral
10	Código municipio ubicación laboral
11	Primer apellido

Campo	Descripción
12	Segundo apellido
ser13	Primer nombre
14	Segundo nombre
31	Código de la administradora de pensiones a la cual pertenece el afiliado. Debe ser 251471
40	Salario básico: Debe ser el mismo valor reportado en el campo 42
42	IBC pensión debe ser inferior a un SMLMV y corresponde al ingreso mensual sobre el cual realiza el aporte al Piso de Protección Social
46	Tarifa de aportes a pensiones 15% Corresponde a la tarifa a aportar al Piso de Protección Social
47	Cotización obligatoria a pensiones Corresponde al valor del aporte al piso de Protección Social, el cual no puede ser inferior al definido por la Junta Directiva de la Administradora de los Beneficios Económicos Periódicos

Los demás campos se dejan en blanco, cero o N según corresponda"

5. En el numeral *2.1.2.1* "*Descripción detallada de las variables de novedades generales. Registro tipo 2*" del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 2 "*Aportes a Seguridad Social de Activos*", modificar las validaciones y origen de los datos de los campos "4 - *Número de Identificación del cotizante*", "*5-Tipo de cotizante*" y "*75 - Número de identificación del cotizante principal*" ; así:

" 2.1.2.1 Descripción detallada de las variables de novedades generales. Registro tipo 2

(…)

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
4	16	10	25	A	Número de identificación del cotizante	Obligatorio. Lo suministra el aportante. El operador de información validará que este campo este compuesto por letras de la A a la Z y los caracteres numéricos del cero (0) al nueve (9): Sólo es permitido el número de identificación alfanumérico para los siguientes tipos de documentos de identidad: PA. Pasaporte CD. Carne Diplomático Para los siguientes tipos de documento deben ser dígitos numéricos:

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
						TI. Tarjeta de Identidad CC. Cédula de ciudadanía SC. Salvoconducto de permanencia RC. Registro Civil CE. Cédula de extranjería PE Permiso Especial de Permanencia, su longitud debe ser de 15 dígitos
5	2	26	27	N	Tipo cotizante	Obligatorio. Lo suministra el aportante. Los valores válidos son: 1. Dependiente. 2. Servicio doméstico. 3. Independiente. 4. Madre sustituta. 12. Aprendices en etapa lectiva. 16. Independiente agremiado o asociado. 18. Funcionarios públicos sin tope máximo en el IBC. 19. Aprendices en etapa productiva. 20. Estudiantes (Régimen especial- Ley 789/2002). 21. Estudiantes de posgrado en salud y residentes 22. Profesor de establecimiento particular. 23. Estudiantes aporte solo riesgos laborales 30. Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción 31. Cooperados o precooperativas de trabajo asociado. 32. Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral no sometido a la legislación colombiana. 33. Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional. 34. Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud.

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			35. Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud. 36. Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional. 40. Beneficiario UPC Adicional. 42. Cotizante independiente pago solo salud. 43. Cotizante a pensiones con pago por tercero. 44. Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes. 45. Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes. 47. Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones – Aportes Patronales. 51. Trabajador de tiempo parcial 52. Beneficiario del mecanismo de protección al cesante. 53. Afiliado participe 54. Prepensionado de entidad en liquidación. 55. Afiliado participe-dependiente. 56. Prepensionado con aporte voluntario a salud 57. Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales 58. Estudiantes de prácticas laborales en el sector público 59. Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes 60. Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional. 61. Beneficiario programa de reincorporación 62. Personal del Magisterio 63. Beneficiario de Prestación humanitaria 64. Trabajador penitenciario

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			65. Dependiente vinculado al Piso de Protección Social 66. Independiente vinculado al Piso de Protección Social

(…)

75	16	490	505	A	Número de identificación del cotizante principal	Lo suministra el aportante Solo debe ser reportado cuando se reporte un cotizante 40. El operador de información validará que este campo este compuesto por letras de la A a la Z y los caracteres numéricos del cero (0) al nueve (9): Sólo es permitido el número de identificación alfanumérico para los siguientes tipos de documentos de identidad: PA. Pasaporte CD. Carne Diplomático Para los siguientes tipos de documento deben ser dígitos numéricos: TI. Tarjeta de Identidad CC. Cédula de ciudadanía SC. Salvoconducto de permanencia CE. Cédula de Extranjería PE. Permiso Especial de Permanencia, su longitud debe ser de 15 dígitos.

(…)"

6. En el numeral 2.1.2.3.1 "*Campo 5 - Tipo de cotizante*" del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 2 "*Aportes a Seguridad Social de Activos*", adicionar las aclaraciones de los tipos de cotizante "*65- Dependiente vinculado al piso de protección social*" y "*66- Independiente vinculado al piso de protección social*"; así:
"2.1.2.3.1 Campo 5 -Tipo de cotizante

(…)

65- Dependiente vinculado piso de protección social*: Este tipo de cotizante es utilizado por empleadores para el pago del aporte al Piso de Protección Social de las personas vinculadas*

laboralmente por tiempo parcial y que en virtud de ello reciban un ingreso total mensual inferior a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.

*El pago del aporte al Piso de Protección Social de este tipo de cotizante se debe realizar a través del tipo de planilla "**B. Planilla Piso de Protección Social**" y podrá realizarse en cualquier tiempo durante el mes en el que se desarrolla la actividad, con una tarifa del 15% de su ingreso mensual el cual debe ser inferior a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente. El código de la administradora que debe reportar debe ser 251471 que corresponde a COLPENSIONES como administradora del Piso de Protección Social.*

Para el uso de este tipo de cotizante, el operador de información debe validar que el cotizante se encuentre relacionado en el archivo PUB205PPRO enviado por COLPENSIONES como administradora del mecanismo a este Ministerio y dispuesto de la misma manera en el FTP seguro de cada operador de información.

Este archivo debe ser enviado mensualmente a este Ministerio por parte de COLPENSIONES como administradora del mecanismo, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO de este Ministerio, a más tardar el día diez (10) de cada mes con la estructura que se encuentra publicada en el portal de SISPRO, en la sección de anexos técnicos (PUB205PPRO).

*"**66 - Independiente vinculado piso de protección social:** Este tipo de cotizante es utilizado para el pago del aporte al Piso de Protección Social de los contratistas de prestación de servicios que reciban una contraprestación total mensual inferior a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente y por las personas que no tengan una vinculación laboral o no hayan suscrito un contrato de prestación de servicios, incluidos los productores del sector agropecuario y que no tengan capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización al Sistema Integral de Seguridad Social y cuyo ingreso total mensual sea inferior a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente de acuerdo con lo establecido en el Capítulo 14 "PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL" del Decreto 1833 de 2016 adicionado por el Decreto 1174 de 2020.*

*El pago del aporte al Piso de Protección Social de este tipo de cotizante se debe realizar a través del tipo de planilla "**B. Planilla Piso de Protección Social**" y podrá realizarse en cualquier tiempo durante el mes en el que se desarrolla la actividad, con una tarifa del 15% del ingreso mensual, el cual debe ser inferior a un (1) Salario Mínimo Legal Mensual Vigente. El código de la administradora que debe reportar debe ser 251471 que corresponde a COLPENSIONES como administradora del Piso de Protección Social.*

Para el uso de este tipo de cotizante, el operador de información debe validar que el cotizante se encuentre relacionado en el archivo PUB205PPRO enviado por COLPENSIONES como administradora del mecanismo a este Ministerio y dispuesto de la misma manera en el FTP seguro de cada operador de información.

Este archivo debe ser enviado mensualmente a este Ministerio por parte de COLPENSIONES como administrador del mecanismo, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO de este Ministerio, a más tardar el día diez (10) de cada mes con la estructura que se encuentra publicada en el portal de SISPRO, en la sección de anexos técnicos (PUB205PPRO).

7. En el numeral 2.1.2.3.8 "*Campo 16 – Retiro – RET"* del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 2 "*Aportes a Seguridad Social de Activos*" modificar las aclaraciones para este campo así:

"2.1.2.3.8 Campo 16 – Retiro – RET

Este campo puede tener los siguientes valores:

X *Cuando se usa este valor, se indica que el aportante retira al cotizante de todos los sistemas para los cuales está liquidando los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.*

P *Cuando se usa este valor, se indica que el aportante retira al cotizante únicamente del Sistema General de Pensiones y solo en el archivo de salida para pensiones se marca esta novedad de retiro con una* ***P****. En los archivos de salida del resto de sistemas se deja en blanco esta novedad.*

R *Este valor solo puede ser utilizado cuando el tipo de cotizante sea "16 - Independiente agremiado o asociado", "57- Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales", "59- Independiente con contrato de prestación de servicios superior a un mes" o "64 – Trabajador Penitenciario". Cuando se usa este valor, se indica que el cotizante se retira únicamente del Sistema General de Riesgos Laborales y solo en el archivo de salida para el Sistema General de Riesgos Laborales se marca esta novedad de retiro con una* ***R****. En los archivos de salida del resto de sistemas se deja en blanco esta novedad.*

C *Este valor solo puede ser utilizado cuando el tipo de cotizante sea "3- Independiente", "4- Madre Sustituta", "16 - Independiente agremiado o asociado", "34 - Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud", "35- Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud", "53- Afiliado participe", "57- Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales" o "59 Independiente con contrato de prestación de servicios superior a un mes". Cuando se usa este valor, se indica que el cotizante se retira únicamente del Sistema de Subsidio Familiar y solo en el archivo de salida para ese Sistema se marca esta novedad de retiro con una* ***C****. En los archivos de salida del resto de sistemas se deja en blanco esta novedad.*

Cuando no hay novedad de retiro este campo se deja en blanco."

8. En el numeral 2.1.2.3.14 "*Campo 46 - Tarifa de aportes al Sistema General de Pensiones"* del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 2 "*Aportes a Seguridad Social de Activos*", modificar las aclaraciones para este campo así:

"2.1.2.3.14 Campo 46 - Tarifa de aportes al Sistema General de Pensiones

Los valores válidos son los legalmente vigentes para el período que se está pagando. Sólo se permite 0, si el tipo de cotizante no es obligado a cotizar a pensión.

Cuando el cotizante aporte al Sistema General de Pensiones, el operador de información debe validar que el cotizante no se encuentre relacionado en el archivo "INFORMACIÓN DE

PERSONAS PENSIONADAS" dispuesto por este Ministerio mensualmente en el FTP seguro de cada operador de información con el tipo de pensión "20- Devolución de Saldos" o "21 – Indemnización sustitutiva" En caso, de encontrarse incluido en dicho archivo", la tarifa a reportar debe ser cero, y el operador de información informará al aportante, que ese cotizante se encuentra en el archivo de "INFORMACIÓN DE PERSONAS PENSIONADAS", debiendo reportar el subtipo de cotizante "5 - Cotizante a quien se le ha reconocido indemnización sustitutiva o devolución de saldos", de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 del Decreto 1730 de 2001.

Al tipo de cotizante que no le aplique el subtipo de cotizante "5 - Cotizante a quien se le ha reconocido indemnización sustitutiva o devolución de saldos", se le informará que no debe aportar a pensión de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 del Decreto 1730 de 2001".

9. En el Capítulo No. 3. "*ARCHIVOS DE SALIDA GENERADOS POR LOS OPERADORES DE INFORMACIÓN A LAS ADMINISTRADORAS*" del Anexo Técnico 2 "*Aportes a Seguridad Social de Activos*", adicionar el numeral 8 "*DEFINICIÓN DE LOS ARCHIVOS DE SALIDA PAA PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL",* así:

"(…)

8. DEFINICIÓN DE LOS ARCHIVOS DE SALIDA PARA PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL

Este archivo solamente debe ser enviado a COLPENSIONES como administradora del mecanismo del Piso de Protección Social cuando los aportantes utilicen el tipo de planilla "B. Planilla Piso de Protección Social" para el pago del aporte de los tipos de cotizantes "65 - Dependiente vinculado al Piso de Protección Social" y "66- Independiente vinculado al Piso de Protección Social" y debe contener la siguiente información:

8.1. Registro de salida tipo 1. Encabezado

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
1	5	1	5	N	Número del registro	Debe ser 00000
2	1	6	6	N	Tipo de registro	Debe ser 1
3	2	7	8	N	Código de formato.	Debe ser 02
4	16	9	24	A	Número de identificación (NIT) de la administradora	Debe ser el número del NIT de la administradora
5	1	25	25	N	Dígito de verificación del NIT.	Debe ser el dígito de verificación del NIT de la administradora
6	200	26	225	A	Nombre o razón social del aportante.	El registrado en el campo 4 del registro tipo 1 del archivo tipo 2.
7	2	226	227	A	Tipo documento del aportante.	El registrado en el campo 5 del registro tipo 1 del archivo tipo 2.

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
8	16	228	243	A	Número de identificación del aportante.	El registrado en el campo 6 del registro tipo 1 del archivo tipo 2.
9	1	244	244	N	Dígito de verificación aportante.	El registrado en el campo 7 del registro tipo 1 del archivo tipo 2.
10	2	245	246	A	Tipo de aportante.	El registrado en el campo 21 del registro tipo 1 del archivo tipo 2.
11	40	247	286	A	Dirección correspondencia.	El registrado en el campo 11 del archivo tipo 1.
12	3	287	289	A	Código ciudad o municipio.	El registrado en el campo 12 del archivo tipo 1.
13	2	290	291	A	Código departamento.	El registrado en el campo 13 del archivo tipo 1.
14	10	292	301	N	Teléfono.	El registrado en el campo 15 del archivo tipo 1.
15	10	302	311	N	Fax.	El registrado en el campo 16 del archivo tipo 1.
16	60	312	371	A	Correo electrónico.	El registrado en el campo 17 del archivo tipo 1.
17	7	372	378	A	Período de pago: (aaaa-mm).	El registrado en el campo 15 del registro tipo 1 del archivo tipo 2.
18	1	379	379	A	Tipo de planilla	El registrado en el campo 8 del registro tipo 1 del archivo tipo 2.
19	10	380	389	A	Fecha de pago (aaaa-mm-dd)	El registrado en el campo 18 del registro tipo 1 del archivo tipo 2.
20	10	390	399	A	Número de radicación o de la planilla integrada de liquidación de aportes.	El registrado en el campo 17 del registro tipo 1 del archivo tipo 2.
21	5	400	404	N	Número total de empleados.	El registrado en el campo 19 del registro tipo 1 del archivo tipo 2.
22	2	405	406	N	Código del operador.	Es el código del operador de información por donde se realizó el pago de la planilla.
23	1	407	407	N	Modalidad de la planilla.	El registrado en el campo 2 del registro tipo 1 del archivo tipo 2.
24	8	408	415	N	Número de registros de salida tipo 2.	El contenido de este campo lo debe calcular el operador de información y corresponde a la cantidad de registros del registro salida tipo 2 liquidación detallada incluidos en este archivo.
25	1	416	416	A	Clase de aportante	El registrado en el campo 7 del archivo tipo 1
26	1	417	417	N	Naturaleza jurídica	El registrado en el campo 8 del archivo tipo 1
27	1	418	418	A	Tipo persona	El registrado en el campo 9 del archivo tipo 1

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
28	10	419	428	A	Fecha actualización archivo tipo 1. Formato (AAAA-MM-DD).	Obligatorio. Debe ser diligenciado por el operador de información
TOTAL		428				

8.2. Registro de salida tipo 2. Liquidación detallada

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
1	5	1	5	N	Secuencia.	Debe iniciar en 00001 y ser secuencial para el resto de registros.
2	1	6	6	N	Tipo de registro.	Debe ser 2 para este caso
3	2	7	8	A	Tipo identificación del cotizante.	El registrado en el campo 3 del registro tipo 2 del archivo tipo 2.
4	16	9	24	A	No. de identificación del cotizante.	El registrado en el campo 4 del registro tipo 2 del archivo tipo 2.
5	2	25	26	N	Tipo de cotizante.	El registrado en el campo 5 del registro tipo 2 del archivo tipo 2.
6	2	27	28	A	Código del departamento de la ubicación laboral.	El registrado en el campo 9 del registro tipo 2 del archivo tipo 2.
7	3	29	31	A	Código del municipio de la ubicación laboral.	El registrado en el campo 10 del registro tipo 2 del archivo tipo 2.
8	20	32	51	A	Primer apellido.	El registrado en el campo 11 del registro tipo 2 del archivo tipo 2.
9	30	52	81	A	Segundo apellido.	El registrado en el campo 12 del registro tipo 2 del archivo tipo 2.
10	20	82	101	A	Primer nombre.	El registrado en el campo 13 del registro tipo 2 del archivo tipo 2.
11	30	102	131	A	Segundo nombre.	El registrado en el campo 14 del registro tipo 2 del archivo tipo 2.
12	9	132	140	N	Salario básico.	El registrado en el campo 40 del registro tipo 2 del archivo tipo 2.

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
13	*9*	*141*	*149*	*N*	*Ingreso Mensual – Piso de Protección Social*	*El registrado en el campo 42 del registro tipo 2 del archivo tipo 2.*
14	*7*	*150*	*156*	*N*	*Tarifa.*	*El registrado en el campo 46 del registro tipo 2 del archivo tipo 2.*
15	*9*	*157*	*165*	*N*	*Aporte*	*El registrado en el campo 47 del registro tipo 2 del archivo tipo 2.*
TOTALES		*165*				

8.3. Registro de salida tipo 3. Totales

RENGLÓN 31. APORTES						
CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
1	*5*	*1*	*5*	*N*	*Registro de total de aportes del período declarado.*	*Debe ser 00031*
2	*1*	*6*	*6*	*N*	*Tipo de registro*	*Debe ser 3*
3	*13*	*7*	*19*	*N*	*Total Ingreso Mensual – Piso de Protección Social*	*Sumatoria del campo 12 del registro salida tipo 2 -liquidación detallada para la administradora de Piso de Protección Social*
4	*13*	*20*	*32*	*N*	*Total Aporte*	*Sumatoria del campo 14 del registro salida tipo 2 -liquidación detallada para la administradora de Piso de Protección Social*
TOTAL		*32*				

10. En el numeral 4 "*RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE APORTANTE"* del Capítulo 4 "*VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS"* del Anexo Técnico 2 *"Aportes a Seguridad Social de Activos*" modificar la tabla "*8- Tipo de cotizante*" y la tabla "*9. R04 – Regla de validación – Tipo de cotizante vs tipo de aportante*" en el sentido de adicionar los tipos de cotizantes "*65- Dependiente vinculado piso de protección social*" y "*66- Independiente vinculado piso de protección social*"; así:

"4. RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE APORTANTE

(…)

Tabla 8. Tipo de cotizante

Código o No.	Tipos de cotizantes
01	Dependiente
02	Servicio doméstico
03	Independiente
04	Madre sustituta
12	Aprendices en etapa lectiva
16	Independiente agremiado o asociado
18	Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC
19	Aprendices en etapa productiva
20	Estudiantes (Régimen especial Ley 789 de 2002)
21	Estudiante de posgrado en salud y residente
22	Profesor de establecimiento particular
23	Estudiantes aporte solo Sistema de Riesgos Laborales
30	Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción
31	Cooperados o precooperativas de trabajo asociado
32	Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral
33	Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional
34	Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud
35	Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud
36	Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional.
40	Beneficiario UPC adicional
42	Cotizante independiente pago solo salud.
43	Cotizante a pensiones con pago por tercero.
44	Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes
45	Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes
47	Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del sistema general de participaciones – Aportes patronales
51	Trabajador de tiempo parcial
52	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante
53	Afiliado partícipe
54	Prepensionado de entidad en liquidación
55	Afiliado partícipe dependiente
56	Prepensionado con aporte voluntario a salud
57	Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales
58	Estudiantes de prácticas laborales en el sector público
59	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
60	Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional

Código o No.	Tipos de cotizantes
61	Beneficiario programa de reincorporación
62	Personal del magisterio
63	Beneficiario de prestación humanitaria
64	Trabajador penitenciario
65	Dependiente vinculado al Piso de Protección Social
66	Independiente vinculado al Piso de Protección Social

Tabla 9. R04 – Regla de validación – Tipo de cotizante vs tipo de aportante

TIPOS DE COTIZANTES	CÓDIGO o No.	TIPO DE APORTANTE											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Dependiente	1	X	X	X	X	X	X		X	X			
Servicio doméstico	2		X										
Independiente	3		X										
Madre sustituta	4		X					X					
Aprendices en etapa lectiva.	12	X		X		X	X						
Independiente agremiado o asociado	16				X								
Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC	18	X		X									
Aprendices en etapa productiva	19	X		X		X	X						
Estudiantes (Régimen Especial Ley 789 de 2002)	20	X		X			X						
Estudiante de posgrado en salud y residente	21	X		X			X						
Profesor de establecimiento particular	22	X											
Estudiante aporte solo al Sistema de Riesgos Laborales	23	X		X		X	X			X			
Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción	30			X									
Cooperados o precooperativas de trabajo asociado	31					X							
Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral	32						X						

Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	*33*		*X*										
Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud.	*34*								*X*				
Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud	*35*								*X*				
Concejal municipal o distrital o edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	*36*								*X*				
Beneficiario UPC adicional	*40*	*X*	*X*	*X*	*X*	*X*	*X*	*X*	*X*	*X*			
Cotizante independiente pago sólo salud	*42*		*X*										
Cotizante a pensiones con pago por tercero	*43*		*X*										
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes	*44*	*X*											
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes	*45*	*X*											
Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones – Aportes patronales	*47*	*X*											
Trabajador de tiempo parcial	*51*	*X*	*X*	*X*		*X*	*X*						
Beneficiario del mecanismo de protección al cesante	*52*	*X*											
Afiliado participe	*53*									*X*			
Prepensionado de entidad en liquidación.	*54*	*X*											
Afiliado participe – dependiente	*55*									*X*			
Prepensionado con aporte voluntario a salud	*56*		*X*										
Independiente voluntario al Sistema General de Riesgos Laborales	*57*		*X*		*X*								

Estudiantes de prácticas laborales en el sector público	*58*	***X***		***X***									
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	*59*	***X***	***X***	***X***	***X***	***X***	***X***			***X***			
Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	*60*								***X***				
Beneficiario programa de reincorporación	*61*										***X***		
Personal del Magisterio	*62*											***X***	
Beneficiario de Prestación humanitaria	*63*												***X***
Trabajador penitenciario	*64*	***X***											
Dependiente vinculado al Piso de Protección Social	*65*	***X***	***X***		***X***	***X***	***X***			***X***			
Independiente vinculado al Piso de Protección Social	*66*	***X***	***X***		***X***	***X***	***X***			***X***			

Resultado: *Cuando en la información de una planilla reportada por un aportante se presente que el cruce entre tipo de cotizante y tipo de aportante No sea "X", el archivo no pasa la malla de validación y el operador de información le debe informar al aportante el error presentado."*

11. En el numeral 5 "*RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS CLASE DE APORTANTE*" del Capítulo 4 "*VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS*" del Anexo Técnico 2 "*Aportes a Seguridad Social de Activos*" modificar la tabla "10- *R05 – Regla de validación – tipo de cotizante vs clase de aportante* " en el sentido de adicionar los tipos de cotizantes "*65- Dependiente vinculado al Piso de Protección Social*" y "*66- Independiente vinculado al Piso de Protección Social*"; así:

"***5. RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS CLASE DE APORTANTE***

(...)

Tabla 10. R05 – Regla de validación – tipo de cotizante vs clase de aportante

TIPO DE COTIZANTE	***CÓDIGO O No.***	***CLASE DE APORTANTE***				
		A	***B***	***C***	***D***	***I***
Dependiente	*1*	***X***	***X***	***X***	***X***	***X***
Servicio doméstico	*2*					***X***
Independiente	*3*					***X***
Madre sustituta	*4*	***X***	***X***			***X***
Aprendices en etapa lectiva	*12*	***X***	***X***	***X***	***X***	
Independiente agremiado o asociado	*16*	***X***	***X***			
Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC	*18*	***X***	***X***			

TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO O No.	CLASE DE APORTANTE				
		A	B	C	D	I
Aprendices en etapa productiva	19	X	X	X	X	
Estudiantes (Régimen Especial Ley 789 de 2002)	20	X	X	X	X	
Estudiante de posgrado en salud y residente	21	X	X	X	X	
Profesor de establecimiento particular	22	X	X	X	X	
Estudiantes aporte solo Sistema de Riesgos Laborales	23	X	X	X	X	
Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción	30	X	X			
Cooperados o precooperativas de trabajo asociado	31	X	X			
Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral	32	X	X			
Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	33					X
Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud	34		X			
Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud	35		X			
Concejal municipal o distrital o edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	36		X			
Beneficiario UPC adicional	40	X	X	X	X	X
Cotizante independiente pago solo salud	42					X
Cotizante a pensiones con pago por tercero	43					X
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes	44	X	X			
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes	45	X	X			
Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones – Aportes patronales	47	X	X			
Trabajador de tiempo parcial.	51	X	X	X	X	X
Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante	52	X	X			
Afiliado partícipe	53	X	X			
Prepensionado de entidad en liquidación.	54	X	X			
Afiliado partícipe – dependiente	55	X	X			
Prepensionado con aporte voluntario a salud	56					X
Independiente voluntario al Sistema General de Riesgos Laborales	57	X	X			X
Estudiantes de prácticas laborales en el sector público	58	X	X			
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	59	X	X	X	X	X
Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	60		X			
Beneficiario programa de reincorporación	61	X	X			
Personal del Magisterio	62	X				
Beneficiario de Prestación humanitaria	63	X	X			
Trabajador penitenciario	64	X	X	X		X
Dependiente vinculado al piso de protección social	65	X	X			X
Independiente vinculado al piso de protección social	66	X	X			X

Resultado: Cuando en la información de una planilla reportada por un aportante se presente que el cruce entre tipo de cotizante y clase de aportante No sea "X", el archivo no pasa la malla de validación y el operador de información le debe informar al aportante el error presentado.

11. En el numeral 6 "*RELACIÓN TIPO DE PLANILLA VS TIPO DE APORTANTE*"" del Capítulo 4 "*VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS*" del Anexo Técnico 2 "*Aportes a Seguridad Social de Activos*" modificar la tabla "*11- Tipos de planilla*" y la tabla "*12. R06- Regla de validación – tipo de planilla vs tipo de aportante*", en el sentido de adicionar la validación para el tipo de planilla *"B. Planilla Piso de Protección Social"*, así:

"***6. RELACIÓN TIPO DE PLANILLA VS TIPO DE APORTANTE***

(…)

Tabla 11. Tipos de planillas

Tipo de planilla	
E	*Planillas empleados*
Y	*Planillas Independientes empresas*
A	*Planilla cotizantes con novedad de ingreso*
I	*Planilla independientes*
S	*Planilla servicio domestico*
M	*Planilla de mora*
N	*Planilla de correcciones*
H	*Planilla madre sustituta*
T	*Planilla empleados entidad beneficiaria del sistema general de participaciones*
F	*Planilla pago de aporte faltante, de una entidad beneficiaria del SGP*
J	*Planilla para pago de seguridad social en cumplimiento de sentencia judicial*
X	*Planilla para el pago de empresas en proceso de liquidación, reestructuración o en procesos concursales*
U	*Planilla de uso exclusivo de la UGPP para pago por terceros*
K	*Planilla Estudiantes*
O	*Planilla Obligaciones determinadas por la UGPP*
Q	*Planilla Acuerdos de pago realizados por la UGPP*
B	*Planilla Piso de Protección Social*

Tabla 12. R06- Regla de validación – tipo de planilla vs tipo de aportante

TIPOS DE PLANILLA		***TIPO DE APORTANTE***											
		1	***2***	***3***	***4***	***5***	***6***	***7***	***8***	***9***	***10***	***11***	***12***
Planillas empleados	***E***	***X***	***X***	***X***	***X***	***X***	***X***		***X***	***X***		***X***	
Planillas independientes empresas	***Y***	***X***	***X***	***X***	***X***	***X***	***X***		***X***	***X***	***X***		***X***
Planilla cotizantes con novedad de ingreso	***A***	***X***	***X***	***X***	***X***	***X***	***X***		***X***	***X***	***X***	***X***	
Planilla independientes	***I***		***X***										

TIPOS DE PLANILLA		TIPO DE APORTANTE											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planilla empleados de independientes	***S***		X										
Planilla de mora	***M***	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Planilla de correcciones	***N***	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Planilla empleados entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones	***T***	X											
Planilla pago de aporte faltante, de una entidad beneficiaria del SGP	***F***	X											
Planilla para pago de seguridad social en cumplimiento de sentencia judicial	***J***	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Planilla para el pago de empresas en proceso de liquidación, reestructuración o en procesos concursales	***X***	X		X	X	X							
Planilla de uso exclusivo de la UGPP para pago por terceros	***U***	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Planilla estudiantes	***K***	X		X		X	X			X			
Planilla madre sustituta	***H***		X										
Planilla obligaciones determinadas por la UGPP	***O***	X	X	X	X	X	X		X	X			
Planilla acuerdos de pago realizados por la UGPP	***Q***	X	X	X	X	X	X		X	X			
Planilla Piso de Protección Social	***B***	X	X		X	X	X			X			

Resultado: Cuando en la información de una planilla reportada por un aportante se presente que el cruce entre tipo de planilla y tipo de aportante no sea "X", el archivo no pasa la malla de validación y el operador de información le debe informar al aportante el error presentado.

12. En el numeral 7 "*RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE PLANILLA*" del Capítulo 4 "*VALIDACIÓN COHERENCIA DE DATOS*" del Anexo Técnico 2 *"Aportes a Seguridad Social de Activos*, adicionar en la tabla "*13. R07 – Regla de validación – Tipo de cotizante vs tipo de planilla*" la validación para el tipo de planilla *"B. Planilla Piso de Protección Social" y para los tipos de cotizante* "*65- Dependiente vinculado al piso de protección social*" y "*66- Independiente vinculado al piso de protección social*"; así:

"*7. RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE PLANILLA*

(…)

Tabla 13. R07 – Regla de validación – Tipo de cotizante vs tipo de planilla

TIPOS DE COTIZANTE	CÓDIGO o No.	TIPOS DE PLANILLA															
		A	E	F	H	I	J	K	M	N	S	T	U	X	Y	O	Q	B
Dependiente	1	X	X				X		X	X			X	X		X	X	
Servicio doméstico	2	X					X		X	X	X		X			X	X	

Independiente	3					X			X	X			X			X	X	
Madre sustituta	4				X				X	X			X			X	X	
Aprendices en etapa lectiva	12	X	X						X	X			X			X	X	
Independiente agremiado o asociado	16								X	X			X		X	X	X	
Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC	18	X	X				X		X	X			X	X		X	X	
Aprendices en etapa productiva	19	X	X				X		X	X			X			X	X	
Estudiantes (Régimen Especial Ley 789 de 2002)	20	X	X				X		X	X			X	X		X	X	
Estudiante de posgrado en salud y residente	21	X	X				X		X	X			X			X	X	
Profesor de establecimiento particular	22	X	X				X		X	X			X	X		X	X	
Estudiantes aporte solo Sistema de Riesgos Laborales	23							X		X			X			X	X	
Dependiente entidades o Universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción	30	X	X				X		X	X			X	X		X	X	
Cooperados o precooperativas de trabajo asociado	31	X	X				X		X	X			X	X		X	X	
Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral	32	X	X				X		X	X			X			X	X	

Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	33					X				X			X			X	X	
Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud.	34								X	X			X		X	X	X	
Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud	35								X	X			X		X	X	X	
Concejal municipal o distrital o edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	36									X			X		X	X	X	
Beneficiario UPC adicional	40		X			X			X	X	X		X		X	X	X	
Cotizante independiente pago sólo salud	42					X			X	X			X			X	X	
Cotizante a pensiones con pago por tercero.	43					X			X	X			X			X	X	
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes	44								X	X			X			X	X	
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes	45								X	X			X			X	X	

Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del sistema general de participaciones – Aportes patronales	47			X						X		X						
Trabajador de tiempo parcial.	51	X	X				X		X	X			X	X		X	X	
Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante	52									X			X		X	X	X	
Afiliado partícipe	53								X	X			X		X	X	X	
Prepensionado de entidad en liquidación.	54	X	X						X	X			X			X	X	
Afiliado partícipe – dependiente	55	X	X				X		X	X			X			X	X	
Prepensionado con aporte voluntario a salud	56					X				X								
Independiente voluntario al Sistema General de Riesgos Laborales	57					X				X					X	X	X	
Estudiantes de prácticas laborales en el sector público	58	X						X		X								
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	59					X				X					X	X	X	
Edil de Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	60									X			X		X	X	X	

Beneficiario programa de reincorporación	61									X					X			
Personal del magisterio	62	X	X				X			X								
Beneficiario prestación humanitaria	63									X					X			
Trabajador penitenciario	64									X					X			
Dependiente vinculado al piso de protección social	*65*																	X
Independiente vinculado al piso de protección social	*66*																	X

Resultado: Cuando en la información de una planilla reportada por un aportante se presente que el cruce entre tipo de cotizante y tipo de planilla No sea "X", el archivo no pasa la malla de validación y el operador de información le debe informar al aportante el error presentado".

13. En el numeral 8 "*RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS SUBTIPO DE COTIZANTE*" del Capítulo 4 "*VALIDACIÓN COHERENCIA DE DATOS*" del Anexo Técnico 2 *"Aportes a Seguridad Social de Activos*, adicionar en la tabla "*15. R08- Regla de validación – tipo de cotizante vs subtipo de cotizante*" la validación para *los tipos de cotizante* "*65- Dependiente vinculado al Piso de Protección Social*" y "*66- Independiente vinculado al Piso de Protección Social*"; así:

"8. RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS SUBTIPO DE COTIZANTE

(…)

Tabla 15. R08- Regla de validación – tipo de cotizante vs subtipo de cotizante

TIPOS DE COTIZANTE	***CÓDIGO o No.***	***SUBTIPOS DE COTIZANTES***										
		0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***	***6***	***9***	***10***	***11***	***12***
Dependiente	*1*	***X***	***X***		***X***	***X***	***X***	***X***	***X***		***X***	***X***
Servicio doméstico	*2*	***X***	***X***		***X***	***X***	***X***					
Independiente	*3*	***X***		***X***	***X***	***X***	***X***	***X***		***X***		
Madre sustituta	*4*	***X***										
Aprendices en etapa lectiva	*12*	***X***										
Independiente agremiado o asociado	*16*	***X***		***X***	***X***	***X***	***X***		***X***			
Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC	*18*	***X***	***X***		***X***	***X***	***X***		***X***			
Aprendices en etapa productiva	*19*	***X***										

TIPOS DE COTIZANTE	CÓDIGO o No.	SUBTIPOS DE COTIZANTES										
		0	1	2	3	4	5	6	9	10	11	12
Estudiantes (Régimen Especial Ley 789 de 2002)	20	X										
Estudiante de posgrado en salud y residente	21	X										
Profesor de establecimiento particular	22	X	X		X	X	X	X	X			
Estudiantes aporte solo riesgos laborales	23	X										
Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción	30	X	X		X	X	X	X	X			
Cooperados o precooperativas de trabajo asociado	31	X	X		X	X	X		X			
Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral	32	X	X		X	X	X		X			
Beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	33	X										
Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud.	34	X		X	X	X	X	X				
Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud	35	X		X	X	X	X	X				
Concejal municipal o distrital o Edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional.	36	X										
Beneficiario UPC adicional	40	X										
Cotizante independiente pago solo salud	42	X										
Cotizante a pensiones con pago por tercero.	43	X										
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes	44	X	X		X	X	X					
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes	45	X										
Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones – Aportes patronales	47	X	X		X	X	X		X			
Trabajador de tiempo parcial.	51	X	X		X	X	X					

TIPOS DE COTIZANTE	CÓDIGO o No.	SUBTIPOS DE COTIZANTES										
		0	1	2	3	4	5	6	9	10	11	12
Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante	*52*	X			X	X	X					
Afiliado partícipe	*53*	X		X	X	X	X	X	X			
Prepensionado SU 897/12	*54*	X										
Afiliado partícipe - dependiente	*55*	X	X		X	X	X		X			
Prepensionado con aporte voluntario a salud	*56*	X										
Independiente voluntario al Sistema General de Riesgos Laborales	*57*	X		X	X	X	X	X			X	X
Estudiantes de prácticas laborales en el sector público	*58*	X										
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	*59*	X		X	X	X	X	X	X			
Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	*60*	X										
Beneficiario programa de reincorporación	*61*	X										
Personal del magisterio	*62*	X										
Beneficiario prestación humanitaria	*63*	X										
Trabajador penitenciario	*64*	X										
Dependiente vinculado al piso de protección social	*65*	X										
Independiente vinculado al piso de protección social	*66*	X										

14. En el numeral 9 "*RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE NOVEDAD QUE PUEDE PRESENTAR*" del Capítulo 4 "*VALIDACIÓN COHERENCIA DE DATOS*" del Anexo Técnico 2 *"Aportes a Seguridad Social de Activos*, adicionar en la tabla "*16. R09- Regla de validación – tipo de cotizante vs tipo de novedad que puede presentar*" la validación para *los tipos de cotizante* "*65- Dependiente vinculado al piso de protección social*", y "*66- Independiente vinculado al piso de protección social*"; y modificar la validación para el tipo de cotizante "*21 - Estudiante de posgrado en salud y residente*"; así:

"9. RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE NOVEDAD QUE PUEDE PRESENTAR

(…)

Tabla 16. R09- Regla de validación – tipo de cotizante vs tipo de novedad que puede presentar

TIPOS DE COTIZANTE	CÓD. O No.	NOVEDADES															
		ING	RET	SLN (X)	SLN (C)	IGE	LMA	VAC – LR	TAE	VSP	VST	IRL	AVP	VCT	TDE	TAP	TDP
Dependiente	1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Servicio doméstico	2	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Independiente	3	X	X			X	X		X	X	X		X		X	X	X
Madre sustituta	4	X	X			X	X		X	X					X	X	X
Aprendices en etapa lectiva	12	X	X			X	X		X	X					X		
Independiente agremiado o asociado	16	X	X			X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC	18	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aprendices en etapa productiva	19	X	X			X	X		X	X		X		X	X		
Estudiantes (Régimen Especial Ley 789 de 2002)	20	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Estudiante de posgrado en salud y residente	21	X	X			X	X	X	X	X		X		X	X		
Profesor de establecimiento particular	22	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estudiantes aporte solo riesgos laborales	23	X	X							X		X		X			
Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción	30	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X
Cooperados o precooperativa de trabajo asociado	31	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral	32	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Beneficiario del Fondo de	33	X	X			X	X		X	X					X		

TIPOS DE COTIZANTE	CÓD. O No.	NOVEDADES														
		ING	RET	SLN (X)	SLN (C)	IGE	LMA	VAC – LR	TAE	VSP	VST	IRL	AVP	VCT	TDE	TAP	TDP
Solidaridad Pensional																	
Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud.	34	X	X							X	X	X	X			X	X
Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud	35	X	X			X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Concejal municipal o distrital o edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	36	X	X			X	X		X	X	X	X			X		
Beneficiario UPC adicional	40	X	X														
Cotizante independiente pago sólo salud	42	X	X			X	X		X	X					X		
Cotizante a pensiones con pago por tercero	43	X	X			X	X		X	X	X		X		X	X	X
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes	44	X	X	X		X	X		X			X		X	X	X	X
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes	45	X	X	X		X						X					

TIPOS DE COTIZANTE	CÓD. O No.	NOVEDADES															
		ING	RET	SLN (X)	SLN (C)	IGE	LMA	VAC – LR	TAE	VSP	VST	IRL	AVP	VCT	TDE	TAP	TDP
Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones – Aportes patronales	47	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Trabajador de tiempo parcial	51	X	X	X				X				X		X		X	X
Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante	52	X	X														
Afiliado partícipe	53	X	X			X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prepensionado de entidad en liquidación	54	X	X							X	X					X	X
Afiliado Partícipe – Dependiente	55	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prepensionado con aporte voluntario a salud	56	X	X			X	X		X	X					X		
Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales	57	X	X			X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estudiantes de prácticas laborales en el sector público	58	X	X			X	X		X	X		X		X	X	X	X
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	59	X	X			X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	60	X	X			X	X		X	X		X			X		
Beneficiario programa de reincorporación	61	X	X													X	X
Personal del magisterio	62	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X					

TIPOS DE COTIZANTE	CÓD. O No.	NOVEDADES															
		ING	RET	SLN (X)	SLN (C)	IGE	LMA	VAC – LR	TAE	VSP	VST	IRL	AVP	VCT	TDE	TAP	TDP
Beneficiario de prestación humanitaria	63	X	X							X							
Trabajador penitenciario	64	X	X							X	X	X		X			
Dependiente vinculado al piso de protección social	65																
Independiente vinculado al piso de protección social	66																

15. En el numeral 10 "*RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE SUBSISTEMA AL QUE APORTA*" del Capítulo 4 "*VALIDACIÓN COHERENCIA DE DATOS*" del Anexo Técnico 2 *"Aportes a Seguridad Social de Activos*, adicionar en la tabla "*17. R10- Regla de validación – tipo de cotizante vs subsistema al que aporta*" la validación para *los tipos de cotizante* "*65- Dependiente vinculado al piso de protección social*" y "*66- Independiente vinculado al piso de protección social*"; así:

"10. RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE SUBSISTEMA AL QUE APORTA

(…)

Tabla 17. R10- Regla de validación – tipo de cotizante vs subsistema al que aporta

TIPOS DE COTIZANTE	CÓDIGO O No.	SUBSISTEMA							
		SAL	PEN	ARL	CCF	SEN	ICBF	ESAP	MIN
Dependiente	01	X	X	X	X	O	X	C	C
Servicio doméstico	02	X	X	X	X				
Independiente	03	X	X		O				
Madre sustituta	04	X	O		O				
Aprendices en etapa lectiva	12	X							
Independiente agremiado o asociado	16	X	X	O	O				
Funcionarios públicos sin tope máximo de IBC	18	X	X	X	X	X	X	C	C
Aprendices en etapa productiva	19	X		X					
Estudiantes (Régimen Especial Ley 789 de 2002)	20	X	X	X	O	O	O	C	C
Estudiante de posgrado en salud y residente	21	X		X					
Profesor de establecimiento particular	22	X	X	X	X	X	X		

TIPOS DE COTIZANTE	CÓDIGO O No.	SUBSISTEMA							
		SAL	PEN	ARL	CCF	SEN	ICBF	ESAP	MIN
Estudiantes aportes solo riesgos laborales	23			X					
Dependiente entidades o universidades públicas de los regímenes Especial y de Excepción	30	X	X	X	X	X	X	C	C
Cooperados o precooperativas de trabajo asociado	31	X	X	X	C	C	C		
Cotizante miembro de la carrera diplomática o consular de un país extranjero o funcionario de organismo multilateral	32	O	O	O	O	C	C		
Beneficiario del fondo de solidaridad pensional	33	X	X	O					
Concejal o edil de Junta Administradora Local del Distrito Capital de Bogotá amparado por póliza de salud	34		X	O	O				
Concejal municipal o distrital no amparado con póliza de salud	35	X	X	X	O				
Concejal municipal o distrital o edil de Junta Administradora Local no amparado con póliza de salud beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	36	X	X	X	O				
Beneficiario UPC adicional	40	X							
Cotizante independiente pago solo salud	42	X							
Cotizante a pensiones con pago por tercero	43	X	X						
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración mayor o igual a un mes	44	X	X	X					
Cotizante dependiente de empleo de emergencia con duración menor a un mes	45	X		X					
Trabajador dependiente de entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones – Aportes patronales	47	X	X	X	X	X	X		
Trabajador de tiempo parcial	51		X	X	X				
Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesante	52	X	X						
Afiliado partícipe	53	X	X	X	O				
Prepensionado de entidad en liquidación	54		X						
Afiliado partícipe – dependiente	55	X	X	X	X	X	X		
Prepensionado con aporte voluntario a salud	56	X							
Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales	57	X	X	X	O				

TIPOS DE COTIZANTE	CÓDIGO O No.	SUBSISTEMA							
		SAL	PEN	ARL	CCF	SEN	ICBF	ESAP	MIN
Estudiantes de prácticas laborales en el sector público	58	X	X	X					
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	59	X	X	X	O				
Edil Junta Administradora Local no beneficiario del Fondo de Solidaridad Pensional	60	X	O	X	O				
Beneficiario programa de reincorporación	61		X						
Personal del magisterio	62		O		X	X	X	X	X
Beneficiario de prestación humanitaria	63	X							
Trabajador penitenciario	64			X					
Dependiente vinculado al piso de protección social*	*65*		X						
Independiente vinculado al piso de protección social*	*66*		X						

**El aporte de estos tipos de cotizantes a pensiones corresponde al Piso de Protección Social*

Resultado: *Cuando en la información de una planilla reportada por un aportante se presente que el cruce entre tipo de cotizante y el subsistema al que aporta no sea "X, o C", el archivo no pasa la malla de validación y el operador de información le debe informar al aportante el error presentado".*

16. En el numeral 13 "*NORMATIVIDAD PARA EL CÁLCULO DE LOS INTERESES DE MORA DE ACUERDO CON LA CLASE DE APORTANTE*" del Capítulo 4 "*VALIDACIÓN COHERENCIA DE DATOS*" del Anexo Técnico 2 *"Aportes a Seguridad Social de Activos"*, modificar las aclaraciones, así:

"13. NORMATIVIDAD PARA EL CÁLCULO DE LOS INTERESES DE MORA DE ACUERDO CON LA CLASE APORTANTE

a) El pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales de periodos comprendidos entre febrero de 1995 y septiembre de 1999 deberá ser efectuado en el mes siguiente a aquel que es objeto de las cotizaciones en los siguientes plazos:

Ultimo dígito NIT o documento de identidad	*Fecha de pago (día del mes)*
1, 2, 3, 4, 5	*3, 4, 5, 6, 7*
6, 7, 8, 9, 0	*6, 7, 8, 9, 10*

b) Para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales de periodos comprendidos entre octubre de 1999 y mayo de 2007, se tomarán los plazos establecidos en la normatividad vigente en dichos periodos.

c) *Para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales de periodos comprendidos entre el mes de junio de 2007 y el 5 de marzo de 2017, se tomarán los plazos establecidos en los artículos 3.2.2.1, 3.2.2.2 y 3.2.2.3 del Decreto 780 de 2016.*

Aportantes de 200 o más cotizantes.

Dos últimos dígitos del NIT o documento de identificación	***Día hábil de vencimiento***
00 al 10	*1°*
11 al 23	*2°*
24 al 36	*3°*
37 al 49	*4°*
50 al 62	*5°*
63 al 75	*6°*
76 al 88	*7°*
89 al 99	*8°*

Aportantes de menos de 200 cotizantes.

Dos últimos dígitos del NIT o documento de identificación	***Día hábil de vencimiento***
00 al 08	*1°*
09 al 16	*2°*
17 al 24	*3°*
25 al 32	*4°*
33 al 40	*5°*
41 al 48	*6°*
49 al 56	*7°*
57 al 64	*8°*
65 al 72	*9°*
73 al 79	*10°*
80 al 86	*11°*
87 al 93	*12°*
94 al 99	*13°*

Trabajadores independientes.

Dos últimos dígitos del NIT o documento de identificación	***Día hábil de vencimiento***
00 al 07	*1°*
08 al 14	*2°*
15 al 21	*3°*
29 al 35	*5°*
36 al 42	*6°*
43 al 49	*7°*
50 al 56	*8°*
57 al 63	*9°*
64 al 69	*10°*
70 al 75	*11°*
76 al 81	*12°*

d) *Para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales desde el 6 de marzo de 2017, se tomarán los plazos establecidos en los artículos 3.2.2.1, 3.2.2.2 y 3.2.2.3 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.*

e) *Cuando el aportante esté diligenciando una planilla "O - Planilla Obligaciones determinadas por la UGPP", se realizarán los descuentos de los intereses de mora de que tratan los parágrafos 7°, 8° y 9° del artículo 118 y 6º y 11º del artículo 119 de la Ley 2010 de 2019 y el artículo 3 del Decreto Legislativo 688 de 2020, dependiendo de:*

   i. *Si el Indicador UGPP, reportado por el aportante, tiene valor de 2, se exonerará en el 80% del pago del valor de los intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensión, siempre y cuando la fecha de pago sea menor o igual a 30 de junio de 2021.*

   ii. *Si el indicador UGPP, reportado por el aportante, tiene valor de 3, se exonerará en el 80% del pago de intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensión, por el término que dure la liquidación.*

   iii. *Si el Indicador UGPP, reportado por el aportante, tiene valor de 4, se exonerará en el 80% del pago del valor intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensión, siempre y cuando la fecha de pago sea menor o igual a 30 de noviembre de 2020.*

   iv. *Si el indicador UGPP, reportado por el aportante, tiene valor de 5, se exonerará en el 80% del pago de intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensión, por el término que dure la liquidación.*

   v. *Si el Indicador UGPP, reportado por el aportante, tiene valor de 6, se exonerará en el 70% del pago de intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensión, siempre y cuando la fecha de pago sea menor o igual a 30 de noviembre de 2020.*

   vi. *Si el Indicador UGPP, reportado por el aportante, tiene valor de 7, se exonerará en el 70% del pago del valor intereses de mora para los subsistemas diferentes a pensión, por el término que dure la liquidación.*

f) *Cuando el aportante requiera pagar solamente intereses de mora al Sistema General de Seguridad Social en Salud lo deberá hacer a través del botón de pagos de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES; para el caso de las administradoras de los otros subsistemas, se deberán realizar ante cada una de ellas en los mecanismos establecidos para el efecto.*

g) *A partir del 12 de abril de 2020, fecha en la que se publicó el Decreto Ley 538 de 2020 y hasta el mes siguiente calendario a la terminación de la declaración de la Emergencia Sanitaria por la pandemia derivada del Coronavirus COVID19, no se liquidarán intereses de mora al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales por las cotizaciones que se paguen en forma extemporánea a partir de esa fecha, de los trabajadores independientes que correspondan al período de cotización de marzo de 2020 y hasta el mes siguiente calendario a la terminación de la declaración de la Emergencia Sanitaria, para el caso de los trabajadores dependientes y de los pensionados, al periodo de cotización de salud, de abril de 2020 y hasta el mes siguiente calendario a la terminación de la declaración de la Emergencia Sanitaria".*

h) *Cuando el aportante utilice y pague el tipo de planilla "O - Planilla Obligaciones determinadas por la UGPP", hasta el 30 de noviembre de 2020 y el tipo de indicador UGPP corresponda a 1, 2, 3, 4, 5, 6, o 7 la tasa de interés de mora que se liquidará, será liquidada diariamente a una tasa de interés diario que sea equivalente a la tasa de interés bancario corriente para la modalidad de créditos de consumo y ordinario, certificado por la Superintendencia Financiera de Colombia para el pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, SENA, ICBF y Subsidio Familiar de acuerdo con lo establecido en el artículo 1º del Decreto Legislativo 688 de 2020.*

i) *Cuando el aportante utilice y pague el tipo de planilla "O - Planilla Obligaciones determinadas por la UGPP" hasta el 30 de noviembre de 2020, y el tipo de indicador UGPP corresponda a 1, 2, 3, 4, 5, 6, o 7 y se encuentre reportado con el indicador "1- SI tiene reducción de tasa interés del 50%" en el campo "10 - Indicador actividades económicas de acuerdo con lo previsto en el inciso 2 del artículo 1 del Decreto Legislativo 688 de 2020" del archivo PUB205RTRI dispuesto por la UGPP mensualmente, la tasa de interés de mora hasta esa fecha , será liquidada diariamente a una tasa de interés diario que sea equivalente al cincuenta por ciento (50%) de la tasa de interés bancario corriente para la modalidad de créditos de consumo y ordinario, certificado por la Superintendencia Financiera de Colombia para el pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, SENA, ICBF y Subsidio Familiar de acuerdo con lo establecido en el inciso segundo del artículo 1º del Decreto Legislativo 688 de 2020".*

j) *Cuando el aportante utilice el tipo de planilla "O – Planilla obligaciones determinadas por la UGPP", y se encuentre reportado en el archivo PUB205RTRI con el indicador "9 - Facilidades de pago" el operador de información le deberá liquidar los intereses de mora desde la fecha en que se causó la mora hasta la fecha de pago a la tasa de interés bancario corriente para la modalidad de créditos de consumo y ordinario, certificado por la Superintendencia Financiera de Colombia para el pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, SENA, ICBF y Subsidio Familiar de acuerdo con lo establecido en el artículo 1º del Decreto Legislativo 688 de 2020.*

k) *Cuando el aportante utilice el tipo de planilla "O – Planilla obligaciones determinadas por la UGPP", y se encuentre reportado en el archivo PUB205RTRI con el indicador "9 - Facilidades de pago" y se encuentre reportado con el indicador "1- SI tiene reducción de tasa interés del 50%" en el campo "10 - Indicador actividades económicas de acuerdo con lo previsto en el inciso 2 del artículo 1 del Decreto Legislativo 688 de 2020" del archivo PUB205RTRI dispuesto por la UGPP mensualmente, el operador de información le deberá liquidar los intereses de mora desde la fecha en que se causó la mora hasta la fecha de pago a una tasa de interés diario que sea equivalente al cincuenta por ciento (50%) de la tasa de interés bancario corriente para la modalidad de créditos de consumo y ordinario, certificado por la Superintendencia Financiera de Colombia para el pago de los aportes a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, SENA, ICBF y Subsidio Familiar de acuerdo con lo establecido en el inciso segundo del artículo 1º del Decreto Legislativo 688 de 2020".*

l) *Cuando el aportante utilice el tipo de planilla "B – Planilla Piso de Protección Social" el operador de información le permitirá el pago de los aportes en cualquier tiempo durante el mes en el que se desarrolla la actividad y no le liquidará intereses de mora de acuerdo con lo establecido en el Capítulo 14 "PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL" del Decreto 1833 de 2016 adicionado por el Decreto 1174 de 2020".*

17. Adiciónese el "*Capítulo 5. "plazo de implementación de actualizaciones"* así:

"CAPITULO No. 5.
PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN DE ACTUALIZACIONES

5.1. *La validación de la longitud del tipo de documento "PE - Permiso Especial de Permanencia" establecida en el campo "3 – Número de Identificación del aportante" del numeral 1.1 "Estructura de datos archivo tipo 1" del Capítulo 1 "Archivos de entrada", deberá ser implementada por los operadores de información para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021.*

5.2. *Las modificaciones a las aclaraciones de los tipos de aportantes "1 – Empleador" y "2 – Independiente" establecidas en el numeral 1.2.4 "Campo 30. Tipo de aportante" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021, para los periodos de cotización de febrero de 2021 en adelante.*

5.3. *La adición del tipo de planilla "B. Planilla Piso de Protección Social" establecida en el campo "8 - Tipo de planilla" del numeral 2.1.1.1 "Estructura registro tipo 1 del archivo tipo 2. Encabezado" y en el numeral 2.1.1.2.2 "Campo 8. Tipo de planilla" del Capítulo 1 "Archivos de entrada", deberá ser implementada por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021, para los periodos de cotización de febrero de 2021 en adelante.*

5.4. *Las modificaciones a las validaciones de los campos "9 –Número de la planilla asociada a esta planilla", "10 - Fecha de pago Planilla asociada a esta planilla" y "20 - Valor total de la nómina" establecidas en el numeral 2.1.1.1 "Estructura registro tipo 1 del archivo tipo 2. Encabezado" del Capítulo 1 "Archivos de entrada", deberán ser implementada por los operadores de información para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021.*

5.5. *Las modificaciones a las aclaraciones del tipo de planilla "O – Planilla Obligaciones determinadas por la UGPP" establecidas en el numeral 2.1.1.2.2 "Campo 8. Tipo de planilla" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" y en el numeral 13 "NORMATIVIDAD PARA EL CÁLCULO DE LOS INTERESES DE MORA DE ACUERDO CON LA CLASE DE APORTANTE" del Capítulo 4 "VALIDACIÓN COHERENCIA DE DATOS", deberán ser implementada por los operadores de información a partir de la publicación del presente acto administrativo.*

5.6. *La validación de la longitud del tipo de documento "PE - Permiso Especial de Permanencia" establecidas en los campos "4 - Número de identificación del cotizante" y "75 - Número de identificación del cotizante principal" del numeral 2.1.2.1 "Descripción detallada de las variables de novedades generales. Registro tipo 2" del Capítulo 1 "Archivos de entrada", deberá ser implementada por los operadores de información para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021.*

5.7. *La adición de los tipos de cotizantes "65 - Dependiente vinculado al piso de protección social" y "66 - Independiente vinculado al piso de protección social" establecida en el campo "5 - Tipo cotizante" del numeral 2.1.2.1 "Descripción detallada de las variables de novedades generales. Registro tipo 2" del Capítulo 1 "Archivos de entrada", y en el numeral 2.1.2.3.1 "Campo 5 - Tipo*

de cotizante" del Capítulo 1 "Archivos de entrada", deberá ser implementada por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021, para los periodos de cotización de febrero de 2021 en adelante.

5.8. *Las modificaciones a las aclaraciones del numeral 2.1.2.3.8 "Campo 16 – Retiro – RET" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos" deberán ser implementada por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021.*

5.9. *Las modificaciones a las aclaraciones del numeral 2.1.2.3.14 "Campo 46 - Tarifa de aportes al Sistema General de Pensiones" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" deberán ser implementada por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021.*

5.10. *La adición del numeral 8 "DEFINICIÓN DE LOS ARCHIVOS DE SALIDA PARA PISO DE PROTECCIÓN SOCIAL" al Capítulo No. 3. "Archivos de salida generados por los operadores de información a las administradoras" deberá ser implementada por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021, para los periodos de cotización de febrero de 2021 en adelante.*

5.11. *La modificación de las tablas "8- Tipo de cotizante" y "9. R04 – Regla de validación – Tipo de cotizante vs tipo de aportante" establecidas en el numeral 4 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE APORTANTE" del Capítulo 4 "VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS" deberán ser implementada por los operadores de información para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021, para los periodos de cotización de febrero de 2021 en adelante.*

5.12. *La modificación de la tabla "10- Tipo de cotizante" establecida en el numeral 5 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS CLASE DE APORTANTE" del Capítulo 4 "VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS" deberá ser implementada por los operadores de información para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021, para los periodos de cotización de febrero de 2021 en adelante.*

5.13. *La modificación de las tablas "11- Tipos de planilla" y "12. R06- Regla de validación – tipo de planilla vs tipo de aportante", establecidas en el numeral 6 "RELACIÓN TIPO DE PLANILLA VS TIPO DE APORTANTE"" del Capítulo 4 "VALIDACIÓN COHERENCIA DATOS" deberá ser implementada por los operadores de información para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021, para los periodos de cotización de febrero de 2021 en adelante.*

5.14. *La modificación de la tabla "13. R07 – Regla de validación – Tipo de cotizante vs tipo de planilla" establecida en el numeral 7 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE PLANILLA" del Capítulo 4 "VALIDACIÓN COHERENCIA DE DATOS" deberá ser implementada por los operadores de información para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021, para los periodos de cotización de febrero de 2021 en adelante.*

5.15. *La modificación de la tabla "15. R08- Regla de validación – tipo de cotizante vs subtipo de cotizante" establecida en el numeral 8 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS SUBTIPO DE COTIZANTE" del Capítulo 4 "VALIDACIÓN COHERENCIA DE DATOS" deberá ser implementada*

por los operadores de información para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021, para los periodos de cotización de febrero de 2021 en adelante.

5.16. *La modificación de la tabla "16. R09- Regla de validación – tipo de cotizante vs tipo de novedad que puede presentar" establecida en el numeral 9 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE NOVEDAD QUE PUEDE PRESENTAR" del Capítulo 4 "VALIDACIÓN COHERENCIA DE DATOS" deberá ser implementada por los operadores de información para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021, para los periodos de cotización de febrero de 2021 en adelante.*

5.17. *La modificación de la tabla "17. R10- Regla de validación – tipo de cotizante vs subsistema al que aporta" establecida en el numeral 10 "RELACIÓN TIPO DE COTIZANTE VS TIPO DE SUBSISTEMA AL QUE APORTA" del Capítulo 4 "VALIDACIÓN COHERENCIA DE DATOS" deberá ser implementada por los operadores de información para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021, para los periodos de cotización de febrero de 2021 en adelante.*

5.18. *Las modificaciones del numeral 13 "NORMATIVIDAD PARA EL CÁLCULO DE LOS INTERESES DE MORA DE ACUERDO CON LA CLASE DE APORTANTE" del Capítulo 4 "VALIDACIÓN COHERENCIA DE DATOS" respecto al tipo de planilla "B – Planilla Piso de Protección Social" deberá ser implementada por los operadores de información para los pagos que realicen los aportantes a partir del 1 de febrero de 2021, para los periodos de cotización de febrero de 2021 en adelante.*

5.19. *En el numeral 2.1.2.1 "Descripción detallada de las variables de novedades generales. Registro tipo 2" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" del Anexo Técnico 2 "Aportes a Seguridad Social de Activos" se suprimirá el tipo de cotizante "51 – Trabajador de Tiempo Parcial" a partir del periodo de cotización al Sistema General de pensiones del mes de febrero de 2021".*

Artículo 4. Modifíquese el Anexo Técnico 3 *"Aportes a Seguridad Social de Pensionados"*, de la Resolución 2388 de 2016, así:

1. En el numeral 1.2.4 "*Campo 27 - Tipo de pagador de pensiones*" del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 3 "*Aportes a Seguridad Social de Pensionados*" modificar la aclaración para el tipo de pagador de pensiones "*04- Pensiones de entidades de los regímenes especial y de excepción"*; así:

   "04- Pensiones de entidades de los regímenes Especial y de Excepción: *Debe ser utilizado por las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción que tienen su propio régimen de seguridad social en salud. Este tipo de pagador de pensiones puede ser utilizado para pagar el aporte de solidaridad en salud con la tarifa del valor que corresponda o para pagar los aportes al Fondo de Solidaridad Pensional o a las cajas de compensación familiar de sus pensionados, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1643 de 2013.*

   El operador de información deberá validar que se trate de entidades de los regímenes Especial y de Excepción de acuerdo con lo previsto en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, las cuales se encuentran relacionadas en el FTP de cada operador de Información en el archivo Excel "Entidades del Régimen Especial y de Excepción"

2. En el numeral 2.1.1. "*Estructura registro tipo 1 del archivo tipo 2. Encabezado*" del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 3 "*Aportes a Seguridad Social de Pensionados"* modificar las validaciones y origen de los datos del campo "*18 – Tipo de planilla pensionado*"; así:

"(…)

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
18	*1*	*285*	*285*	*A*	*Tipo de planilla pensionado*	*Obligatorio* *P. Planilla pago normal pagadores de pensiones* *R. Planilla pago retroactivo* *L. Planilla pago reliquidación periodos anteriores a enero de 2020* *C. Planilla pago aportes a pensión a cargo de entidades territoriales por un tercero* *V. Planilla pago reliquidación enero de 2020 en adelante*

(…)"

3. En el numeral 2.1.2.2 "*Campo 18 - Tipo de planilla pensionado*" del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 3 "*Aportes a Seguridad Social de Pensionados*" modificar la aclaración para el tipo de planilla "L - *Planilla pago reliquidación" y se adiciona la aclaración para el tipo de Planilla "V - Planilla pago reliquidación enero de 2020 en adelante"*; así:

"L. Planilla pago reliquidación periodos anteriores a 2020: *Es utilizada por los pagadores de pensiones para realizar el pago de mayores aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, resultante de la reliquidación de la mesada pensional de periodos anteriores a enero de 2020. Sólo se reportará el valor del ajuste de la mesada pensional y del aporte a realizar en cada uno de los subsistemas, los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud deben ser enviados a la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES con el código MIN 001; excepto para los pensionados por el Sistema General de Pensiones pertenecientes al Régimen Especial de salud, para quienes el aporte se debe enviar a éste de acuerdo con lo establecido en la Ley 1443 de 2011 y la Circular 012 de 2013.*

(…)

Cuando el aportante requiera utilizar más de una planilla, podrá hacerlo.

(...)

V - Planilla pago reliquidación enero de 2020 en adelante: *Es utilizada por los pagadores de pensiones para realizar el pago de mayores aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, resultantes de la reliquidación de la mesada pensional de enero de 2020 en adelante. Cuando se utilice este tipo de planilla los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud deben ser enviados a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, con el código MIN001; excepto para los pensionados por el Sistema General de Pensiones pertenecientes al Régimen Especial de Salud, para quienes el aporte se debe enviar a éste de acuerdo con lo establecido en la Ley 1443 de 2011 y la Circular 012 de 2013.*

Cuando el pagador de pensiones utilice este tipo de planilla, puede modificar los campos: días, valor de la mesada pensional, IBC, valor total de la mesada pensional o tarifa de aportes a salud; caso en el cual, deberá reportar la información en dos tipos de registros, así:

a) *En el registro "tipo A" el pagador de pensiones, deberá reportar la información que reportó en la planilla inicial.*
b) *En el registro "tipo C" el pagador de pensiones, reportará el valor final que corresponda para cada campo. El operador de información deberá aplicar las validaciones de los topes mínimos y máximos que corresponda en el campo Ingreso Base de Cotización según el tipo de pensión y tipo de pensionado.*
c) *En el campo "32 - Código EPS o EOC a la cual pertenece el afiliado" del registro "tipo A" y del registro "tipo C", deberá reportar el código MIN001, excepto para los pensionados por el Sistema General de Pensiones pertenecientes al Régimen Especial de salud, para quienes el aporte se debe enviar a éste de acuerdo con lo establecido en la Ley 1443 de 2011 y la Circular 012 de 2013; y en el campo "30 – Código de la Administradora de Pensiones a la cual pertenece el pensionado cotizante" en el registro "tipo A" y en el registro "tipo C", deberá reportar cuando aplique, el mismo código de la administradora.*
d) *El valor de la cotización debe ser la diferencia entre los valores reportados en los campos "41 – Cotización obligatoria a pensiones", "45- aportes a Fondo de Solidaridad Pensional, Subcuenta de Solidaridad","46- Aportes a Fondo de Solidaridad Pensional, Subcuenta de Subsistencia", "47- Aportes a Fondo de Solidaridad Pensional, Subcuenta de Subsistencia", "49 – Cotización obligatoria a salud", "52 – Valor aporte CCF", del Registro Tipo 2 del Archivo Tipo 2, de la línea C menos la Línea A, y debe ser liquidada por los operadores de información.*
e) *Se deben reportar dos grupos de registros para un cotizante por cada prestación así:*

    i. *En una planilla de reliquidación se debe validar que aparezcan, para cada pensionado, primero el grupo de registros A e inmediatamente después los registros C.*
    ii. *Se debe validar que la suma de días en los registros A sea igual o mayor que "0" y menor o igual a "30".*
    iii. *Se debe validar que la suma de días en los registros C sea mayor que "0" y menor o igual a "30".*
    iv. *Ambos grupos de registros los debe suministrar el operador de información a las respectivas administradoras, a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES y al Ministerio de Salud y Protección Social.*
    v. *La sumatoria del IBC y de los días reportados en los registros C debe ser mayor o igual a la sumatoria del IBC de los registros A.*

El pagador de pensiones deberá diligenciar una planilla de este tipo por cada período que esté corrigiendo, en la cual deberá incluir todos los sistemas a los cuales está obligado a aportar el pensionado.

Para el uso de esta planilla, el operador de información deberá validar que los topes mínimos y máximos de los pagos efectuados correspondan a los vigentes para la fecha del período que se está liquidando y pagando, así como también la tarifa vigente para el periodo que está reportando y deberá realizar todas las validaciones establecidas en el Anexo Técnico 3.

Cuando se utilice este tipo de planilla será permitido reportar únicamente novedades de ingreso o retiro.

Cuando por razones operativas, el aportante que utiliza la planilla de reliquidación requiera utilizar más de una planilla, podrá hacerlo.

Cuando los valores determinados en las sentencias por concepto de reliquidación y/o retroactivos pensionales sean diferentes a los liquidados a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA, el pagador de pensiones podrá realizar excepcionalmente estos pagos para el Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del botón de pagos de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, de acuerdo con los valores establecidos en las sentencias, diligenciando la información que establezca la ADRES. Para el Sistema General de Pensiones y el Fondo de Solidaridad Pensional deberá realizar estos pagos directamente ante las administradoras en los mecanismos establecidos por cada una de ellas".

4. En el numeral 2.2.1 "*Descripción detallada de las variables de novedades generales. Registro tipo 2"* del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 3 "*Aportes a Seguridad Social de Pensionados*" modificar las validaciones y origen de los datos de los campos *"45 - Aportes a Fondo de solidaridad pensional -Subcuenta de solidaridad"*, "*46 - Aportes a Fondo de Solidaridad Pensional -Subcuenta de Subsistencia" y* "*63 - Valor total de la mesada pensional"*; así:

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
45	10	355	364	N	Aportes a Fondo de Solidaridad Pensional - Subcuenta de Solidaridad	Es un campo obligatorio para el tipo de pensión 4, 7, 11 y 14 cuando el campo "*63 – valor total de la mesada pensional*" sea igual o mayor a 4 SMLMV. Cuando el tipo de pensión sea 12, 20 o 21 y el pensionado aporte opcionalmente a pensiones se le debe liquidar Aportes a Fondo de Solidaridad Pensional -Subcuenta de solidaridad, cuando el valor reportado en el campo "*63 – valor total de la mesada pensional*" sea mayor a 4 SMLMV

CAMPO	LONG	POSICIÓN		TIPO	DESCRIPCIÓN	VALIDACIONES Y ORIGEN DE LOS DATOS
		Inicial	Final			
						En los otros tipos de pensión no aplica.
46	10	365	374	N	Aportes a Fondo de Solidaridad Pensional - Subcuenta de Subsistencia	Es un campo obligatorio para el tipo de pensión 4, 7, 11 y 14 cuando el campo "*63 – valor total de la mesada pensional*" sea igual o mayor a 4 SMLMV. Cuando el tipo de pensión sea 12, 20 o 21 y el pensionado aporte opcionalmente a pensiones se le debe liquidar Aportes a Fondo de Solidaridad Pensional -Subcuenta de Subsistencia, cuando el valor reportado en el campo "*63 – valor total de la mesada pensional*" sea mayor a 4 SMLMV En los otros tipos de pensión no aplica.

(…)

63	*9*	*511*	*519*	*N*	*Valor total de la mesada pensional*	*Obligatorio. Para todos los tipos pensión* *Lo suministra el pagador de pensiones.*

(…)"

5. En el numeral 2.2.2.2 "*Campo 9 - Tipo de pensión"* del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 3 "*Aportes a Seguridad Social de Pensionados*" modificar las aclaraciones para el tipo de pensión "*16 - Por convenio internacional*"; así:

"16 - Por convenio internacional: *Es concedida en virtud de convenios internacionales suscritos por el Gobierno, debe aportar al Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con la tarifa vigente para pensionados. El valor del Ingreso Base de Cotización puede ser inferior a un 1 SMMLV y el tope máximo hasta 25 veces el SMMLV.*

Este tipo de pensión también puede ser utilizado por pensionados extranjeros residentes en Colombia con convenios internacionales de seguridad social, caso en el cual, es permitido que los datos de tipo y número de identificación del pagador de pensiones sean los mismos que los del tipo y número de identificación del pensionado. En este caso, el pensionado debe estar reportado en el archivo "PENSIONADOS EXTRANJEROS RESIDENTES EN COLOMBIA CON CONVENIOS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL (PUB205PEXT)" dispuesto por este Ministerio en el FTP seguro de cada operador de información y el tipo de planilla a utilizar será "P. Planilla pago normal pagadores de pensiones.

El mencionado archivo debe ser actualizado y remitido por el Ministerio del Trabajo a este Ministerio a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO, cada vez que se produzca alguna modificación. El envío debe realizarse con la estructura que se encuentra publicada en el portal de SISPRO, en la sección de anexos técnicos (PUB205PEXT)".

Los pensionados que devenguen una mesada superior a diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes y hasta veinte (20) contribuirán con el 1% con destino a la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional y los que devenguen más de veinte (20) salarios mínimos contribuirán con el 2%."

6. En el numeral 2.2.2.4 "*Campo 17 - Tipo de pensionado"* del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 3 "*Aportes a Seguridad Social de Pensionados*" modificar las aclaraciones de los tipos de pensionados "*07- Pensionado de los regímenes Especial y de Excepción, con tope máximo de pensión de 25 SMLMV*" y "*08- Pensionado de los regímenes Especial y de Excepción, sin tope máximo de pensión de 25 SMLMV*"; así:

"(…)

07- Pensionado de los regímenes Especial y de Excepción, con tope máximo de pensión de 25 SMLMV: *Este tipo de pensionado puede ser utilizado para pagar el aporte de solidaridad en salud teniendo en cuenta el límite del IBC en 25 SMLMV, los aportes al Fondo de Solidaridad Pensional y caja de compensación familiar, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1643 de 2013. Los aportes de solidaridad en salud se deben direccionar al código de la administradora MIN002.*

08- Pensionado de los regímenes Especial y de Excepción, sin tope máximo de pensión de 25 SMLMV: *Este tipo de pensionado puede ser utilizado para pagar el aporte de solidaridad en salud sin que aplique el tope máximo de 25 SMLMV, los aportes a Fondo de Solidaridad Pensional y a caja de compensación familiar, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1643 de 2013... Los aportes de solidaridad en salud se deben direccionar al código de la administradora MIN002."*

7. En el numeral 2.2.2.19 "*Campo 45 - Aportes a Fondo de solidaridad pensional - Subcuenta de solidaridad"* del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 3 "*Aportes a Seguridad Social de Pensionados*" modificar las aclaraciones de este campo; así:

"2.2.2.19 Campo 45 - Aportes a Fondo de Solidaridad Pensional -Subcuenta de Solidaridad

Cuando el valor reportado en el campo "63 – Valor total de la mesada pensional" del registro tipo 2 del archivo tipo 2, sea igual o superior a cuatro (4) SMMLV, el operador de información liquidará el aporte sobre el valor de la mesada pensional reportada en el campo "58 – valor de la mesada pensional" definido en el registro tipo 2 del archivo tipo 2 por el factor correspondiente (0.5%) a la

Subcuenta de Solidaridad de dicho Fondo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 27 de la Ley 100 de 1993 o la norma que lo modifique o sustituya.

El valor incluido en este campo debe cumplir las reglas de redondeo o aproximación para las cotizaciones, de acuerdo con las normas vigentes.

Cuando la información del valor de la mesada pensional de los tipos de pensión 4, 7, 11, 14, 12, 20 o 21 sea reportada en varias líneas de la misma planilla, el operador de información deberá sumar el valor de la mesada pensional reportado en todas las líneas para ese pensionado y que corresponda al mismo tipo de pensión, con el fin de validar la obligatoriedad de aportes a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad Pensional.

Aquellos afiliados al Sistema General de Pensiones con más de una fuente de ingresos y la suma de estos sea igual o superior a cuatro (4) SMMLV, deberán efectuar el aporte adicional con destino a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad Pensional, mediante el código FSP001 – Fondo de Solidaridad Pensional."

8. En el numeral 2.2.2.20 "*Campo 46 - Aportes a Fondo de solidaridad pensional - Subcuenta de Subsistencia"* del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 3 "*Aportes a Seguridad Social de Pensionados*" modificar las aclaraciones de este campo; así:

"2.2.2.20 Campo 46 - Aportes a Fondo de Solidaridad Pensional -Subcuenta de Subsistencia

Cuando el valor reportado en el campo "63 – Valor total de la mesada pensional" del registro tipo 2 del archivo tipo 2, sea igual o superior a cuatro (4) SMMLV, el operador de información liquidará el aporte sobre el valor de la mesada pensional reportada en el campo "58 – valor de la mesada Pensional" definido en el registro tipo 2 del archivo tipo 2 por el factor correspondiente (0.5%) a la Subcuenta de Subsistencia de dicho Fondo.

Adicionalmente, los pensionados deberán aportar a la Subcuenta de Subsistencia de acuerdo con los siguientes rangos.

VALOR TOTAL MESADA PENSIONAL EN SMLMV	***FACTOR***
Igual 16 hasta 17	*0.2%*
Mayor a 17 hasta 18	*0.4%*
Mayor a 18 hasta 19	*0.6%*
Mayor a 19 hasta 20	*0.8%*
Mayor a 20	*1%*

El valor incluido en este campo debe cumplir las reglas de redondeo o aproximación para las cotizaciones, de acuerdo con las normas vigentes.

Cuando la información del valor de la mesada pensional de los tipos de pensión 4, 7, 11, 14, 12, 20 o 21 sea reportada en varias líneas de la misma planilla, el operador de información deberá sumar el valor de la mesada pensional reportado en todas las líneas para ese pensionado y que

corresponda al mismo tipo de pensión, con el fin de validar la obligatoriedad de aportes a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad Pensional.

Aquellos afiliados al Sistema General de Pensiones con más de una fuente de ingresos y la suma de estos sea igual o superior a cuatro (4) SMMLV, deberán efectuar el aporte adicional con destino a la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, mediante el código FSP001 – Fondo de Solidaridad Pensional."

9. En el numeral 2.2.2.21 "*Campo 47 -Aportes a Fondo de solidaridad pensional - Subcuenta de subsistencia"* del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 3 "*Aportes a Seguridad Social de Pensionados*" modificar las aclaraciones de este campo; así:

***"*2.2.2.21 Campo 47 -Aportes a Fondo de solidaridad pensional -Subcuenta de subsistencia**

Este campo es obligatorio para mesadas superiores a 10 SMLMV. Cuando el valor reportado en el campo "63 – Valor total de la mesada pensional" del registro tipo 2 del archivo tipo 2, sea superior a 10 SMLMV, el operador de información deberá multiplicar el valor del campo "58 – Valor de mesada pensional" del registro tipo 2, por el factor correspondiente al valor total de la mesada pensional y liquidar el aporte a la Subcuenta de Subsistencia de dicho Fondo. En este caso, el aporte se debe efectuar a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad Pensional, mediante el código FSP001 – Fondo de Solidaridad Pensional. El valor incluido en este campo debe cumplir las reglas de redondeo o aproximación para las cotizaciones, de acuerdo con las normas vigentes.

Cuando el campo 10 –Pensión compartida del registro tipo 2 del archivo tipo 2 se marque en "S" y el valor reportado en el campo "63 – Valor total de la mesada pensional" del registro tipo 2 del archivo tipo 2, sea superior a 10 SMLMV, el operador de información deberá multiplicar el valor del campo "58 – Valor de mesada pensional" del registro tipo 2, por el factor correspondiente al valor total de la mesada pensional y liquidar el aporte a la Subcuenta de Subsistencia de dicho Fondo. En este caso, el aporte se debe efectuar a la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, mediante el código FSP001 – Fondo de Solidaridad Pensional. El valor incluido en este campo debe cumplir las reglas de redondeo o aproximación para las cotizaciones, de acuerdo con las normas vigentes.

Para los tipos de pensión "2- Sobrevivencia vitalicia por riesgo común", "3- Sobrevivencia temporal por riesgo común", "4- Sobrevivencia temporal por riesgo común, cónyuge o compañera(o) menor de 30 años sin hijos", "5- Sobrevivencia vitalicia por riesgo laboral", "6- Sobrevivencia temporal por riesgo laboral" y "7- Sobrevivencia temporal por riesgo laboral, cónyuge o compañera(o) menor de 30 años sin hijos", el operador de información deberá validar la información reportada en el campo "63 – Valor total de la mesada pensional" del registro tipo 2 del archivo tipo 2, en caso, de que sea superior a diez (10) SMMLV, el operador de información liquidará este aporte con el factor correspondiente por el valor del campo "58 – Valor de mesada pensional" del registro tipo 2 del archivo tipo 2"

Cuando el administrador o pagador de pensiones reporte en una misma planilla varias pensiones para un mismo beneficiario, y la sumatoria de los valores reportados en el campo "63 – Valor total

de la mesada pensional" del registro tipo 2 del archivo tipo 2, sea superior a 10 SMLMV y hasta 20 SMLMV, el aporte a Fondo de solidaridad pensional -Subcuenta de subsistencia, se liquidará multiplicando para cada pensión el valor del campo "58 – Valor de mesada pensional" del registro tipo 2, por el 1%; cuando la sumatoria del campo "63 – Valor total de la mesada pensional" sea superior a 20 SMLMV, el aporte a Fondo de solidaridad pensional -Subcuenta de subsistencia, se liquidara multiplicando para cada pensión el valor del campo "58 – Valor de mesada pensional" del registro tipo 2, por el 2%".

10. En el numeral 2.2.2.22 "*Campo 48 - Tarifa de aportes a Salud*" del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 3 "*Aportes a Seguridad Social de Pensionados*" modificar las aclaraciones de este campo; así:

"2.2.2.22 Campo 48 - Tarifa de aportes a salud

Los valores válidos son los legalmente vigentes para el período que se está pagando. A partir del periodo de enero de 2020 para el aporte a salud, la tarifa a reportar se determinará según lo establecido en el parágrafo 5 del artículo 204 de la Ley 100 de 1993. Para los tipos de pensión 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20 y 21, el operador de información deberá validar la información reportada en el campo "63 – Valor total de la mesada pensional" del registro tipo 2 del archivo tipo 2 con el fin de seleccionar la tarifa a aplicar de acuerdo con lo establecido en el citado artículo".

11. En el numeral 2.2.2.28 "*Campo 63 - Valor total de mesada pensional"* del Capítulo 1 "*Archivos de entrada*" del Anexo Técnico 3 "*Aportes a Seguridad Social de Pensionados*" modificar las aclaraciones de este campo; así:

"2.2.2.28 Campo 63 – Valor total de mesada pensional

Corresponde a la sumatoria de los valores de las mesadas compartidas, a la sumatoria de las mesadas devengadas en Colombia y en el otro país pensionante o a la sumatoria total del valor que le corresponda a cada uno de los beneficiarios de la pensión de sobrevivencia o sustitución. Este valor será teniendo en cuenta por los operadores de información para seleccionar la tarifa a aplicar al Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 5 del artículo 204 de la Ley 100 de 1993 y para la tarifa a aplicar al Fondo de Solidaridad pensional – Subcuenta de Subsistencia según lo previsto en el artículo 27 de la Ley 100 de 1993, para los tipos de pensión 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16 y 20. Cuando el tipo de pensión 1-Vejez, 8 – Invalidez riesgo común, 10 – jubilación, 13 convencional, 16 convenio internacional y 20 – sentencia judicial no sea compartida, el pagador de pensiones deberá reportar en este campo el mismo valor reportado en el campo "58- valor de mesada pensional".

Para los tipos de pensión 9, 12, 15 y 21 el pagador de pensiones deberá reportar en este campo el mismo valor reportado en el campo "58- valor de mesada pensional".

12. Adicionar el "*Capítulo 5. Plazo de implementación de actualizaciones*" al Anexo Técnico 3 "*Aportes a Seguridad Social de Pensionados*", así:

"CAPITULO No. 5.
PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN DE ACTUALIZACIONES

5.1 Las modificaciones a las aclaraciones para el tipo de pagador de pensiones "04- Pensiones de entidades de los regímenes especial y de excepción" establecidas el numeral 1.2.4 "Campo 27 - Tipo de pagador de pensiones" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.

5.2 La adición del tipo de planilla "V - Planilla pago reliquidación enero de 2020 en adelante" establecida en el campo "18 - Tipo de planilla pensionado del numeral 2.1.1. "Estructura registro tipo 1 del archivo tipo 2. Encabezado" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" y en el numeral 2.1.2.2 "Campo 18 - Tipo de planilla pensionado" del Capítulo 1 "Archivos de entrada", deberá ser implementada por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021, para los periodos de cotización de enero de 2020 en adelante.

5.3 Las modificaciones a las aclaraciones del tipo de planilla "L. Planilla pago reliquidación periodos anteriores a 2020" establecidas en el numeral 2.1.2.2 "Campo 18 - Tipo de planilla pensionado" del Capítulo 1 "Archivos de entrada", deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021, para los periodos de cotización de anteriores enero de 2020.

5.4 Las modificaciones a las validaciones de los campos "45 – Aportes a Fondo de solidaridad pensional -Subcuenta de solidaridad", "46 - Aportes a Fondo de Solidaridad Pensional -Subcuenta de Subsistencia" y "63 - Valor total de la mesada pensional" establecidas en el numeral 2.2.1 "Descripción detallada de las variables de novedades generales. Registro tipo 2" del Capítulo 1 "Archivos de entrada", deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.

5.5 Las modificaciones a las aclaraciones del numeral 2.2.2.2 "Campo 9 - Tipo de pensión" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.

5.6 Las modificaciones a las aclaraciones de los tipos de pensionados "07- Pensionado de los regímenes especial y de excepción, con tope máximo de pensión de 25 SMLMV" y "08- Pensionado de los regímenes especial y de excepción, sin tope máximo de pensión de 25 SMLMV" establecidas en el numeral 2.2.2.4 "Campo 17 - Tipo de pensionado" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.

5.7 Las modificaciones a las aclaraciones del numeral 2.2.2.13 "Campo 39 - Ingreso Base de Cotización" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" deberán ser implementadas por todos los actores

del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.

5.8 *Las modificaciones a las aclaraciones del numeral 2.2.2.19 "Campo 45 - Aportes a Fondo de solidaridad pensional -Subcuenta de solidaridad" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.*

5.9 *Las modificaciones a las aclaraciones del numeral 2.2.2.20 "Campo 46 - Aportes a Fondo de solidaridad pensional -Subcuenta de Subsistencia" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.*

5.10 *Las modificaciones a las aclaraciones del numeral 2.2.2.21 "Campo 47 -Aportes a Fondo de solidaridad pensional -Subcuenta de subsistencia" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.*

5.11 *Las modificaciones a las aclaraciones del numeral 2.2.2.22 "Campo 48 - Tarifa de aportes a Salud" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.*

5.12 *Las modificaciones a las aclaraciones del numeral 2.2.2.27 "Campo 58 – Valor de mesada pensional" al Capítulo 1 "Archivos de entrada" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.*

5.13 *Las modificaciones a las aclaraciones del numeral 2.2.2.28 "Campo 63 - Valor total de mesada pensional" del Capítulo 1 "Archivos de entrada" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.*

5.14 *Las modificaciones al numeral 1.2 "Registro de Salida tipo 2. Liquidación detallada" del Capítulo 3 "ARCHIVOS DE SALIDA GENERADOS POR LOS OPERADORES DE INFORMACIÓN A LAS ADMINISTRADORAS" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.*

5.15 *Las modificaciones al numeral 2.2 "Registro de Salida tipo 2. Liquidación detallada" del Capítulo 3 "ARCHIVOS DE SALIDA GENERADOS POR LOS OPERADORES DE INFORMACIÓN A LAS ADMINISTRADORAS" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.*

5.16 *Las modificaciones al numeral 3.2 "Registro de Salida tipo 2. Liquidación detallada" del Capítulo 3 "ARCHIVOS DE SALIDA GENERADOS POR LOS OPERADORES DE INFORMACIÓN A LAS ADMINISTRADORAS" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de*

Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.

5.17 Las modificaciones al numeral 4.2 "Registro de Salida tipo 2. Liquidación detallada" del Capítulo 3 "ARCHIVOS DE SALIDA GENERADOS POR LOS OPERADORES DE INFORMACIÓN A LAS ADMINISTRADORAS" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.

5.18 Las modificaciones al numeral 7 "VALOR DE LA MESADA PENSIONAL DE LOS PENSIONADOS" del Capítulo 4 "Validación de coherencia de Datos" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.

5.19 Las modificaciones al numeral 9 "TARIFA DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LOS PENSIONADOS" deberán ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021".

Artículo 5. Modificar el Anexo Técnico 4 *"Estructura de los archivos de salida con destino a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES"* de la Resolución 2388 de 2016, así:

En el numeral 3.2.1 "*Estructura de datos del registro de salida tipo 1. Encabezado planilla*" del Anexo Técnico 4 "*Estructura de los archivos de salida con destino a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES*" adicionar el campo "36 – Código DANE de la actividad económica", así:

Campo	Long	Posición		Tipo	Descripción	Validaciones y origen de los datos
		Inicial	Final			
36	*4*	*476*	*479*	N	Código DANE de la actividad económica.	Para activos es el tomado en el campo 14 del archivo tipo 1 del Anexo Técnico 2. Para pagadores de pensiones es el tomado en el campo 14 del archivo tipo 1 del Anexo Técnico 3.

2. Adicionar el numeral 5 *"plazo de implementación de actualizaciones"* al Anexo Técnico 4 "*Estructura de los archivos de salida con destino a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES*", así:

"5. PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN DE ACTUALIZACIONES

5.1 Las modificaciones a las validaciones de los campos "44- Correcciones" y "57 - Valor total de la mesada pensional" establecidas en el numeral 3.3.1 "Estructura de datos del registro de salida tipo 2. Liquidación detallada Planilla", deberán ser implementadas por todos los

actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que realicen los pagadores de pensiones a partir del 1 de abril de 2021.

5.2 La adición del campo "36 -Código DANE de la actividad económica" establecida en el numeral 3.2.1 "Estructura de datos del registro de salida tipo 1. Encabezado planilla" deberá ser implementadas por todos los actores del Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales para los pagos que se realicen a partir del 1 de febrero de 2021".

Artículo 6. Modificar el Anexo Técnico 5 *"Definición de los archivos de salida con destino al Ministerio de Salud y Protección Social"*, de la Resolución 2388 de 2016, así:

1. En el numeral 2.13 "*Registro de salida tipo 13. Datos Adicionales*" modificar las aclaraciones para este campo, así:

"2.13 Registro de salida tipo 13. Datos adicionales

Este registro se generará cuando los aportantes hayan utilizado los tipos de planillas "O - Planilla Obligaciones determinadas por la UGPP" o "Q – Acuerdos de pago realizados por la UGPP (…)".

2. Adicionar el numeral 4 "*plazo de implementación de actualizaciones"* al Anexo Técnico 5 "*Definición de los archivos de salida con destino al Ministerio de Salud y Protección Social*", así:

"4. PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN DE ACTUALIZACIONES

4.1. *Las modificaciones a las aclaraciones del numeral 2.13 "Registro de salida tipo 13. Datos Adicionales" deberá ser implementada por los Operadores de Información a partir de la publicación del presente acto administrativo.*

4.2. *Las modificaciones a las validaciones de los campos "33 – Correcciones" y "106 - Valor total de la mesada pensional" 2.2.1 "Estructura de datos del registro de salida tipo 2. Liquidación detallada Planilla", deberán ser implementadas los Operadores de Información a partir del 1 de abril de 2021".*

Artículo 7. La presente resolución rige a partir de su publicación, modifica los artículos 2 y 4 y los anexos técnicos 2, 3, 4 y 5 de la Resolución 2388 de 2016, modificada por las Resoluciones 5858 de 2016, 980, 1608 y 3016 de 2017, 3559, 5306 de 2018, 736, 1740, 2514 de 2019, 454, 686, 1438 y 1844 de 2020 y deroga el artículo 6 de la Resolución 454 de 2020, modificado por el artículo 3 de la Resolución 1438 de 2020.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.2. Resolución 2481 de 2020

Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por los artículos 154 y 25 de las Leyes 100 de 1993 y 1438 de 2011, respectivamente, los numerales 32 y 33 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, modificado y adicionado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012 y en desarrollo de los literales c) e i) del artículo 5, k) del artículo 6 y el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que según lo consagrado en los artículos 2, 48 y 49 de la Constitución Política, son fines esenciales del Estado, entre otros, garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a todos los residentes en el territorio colombiano.

Que de acuerdo con el artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, modificado y adicionado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012, es competencia de este Ministerio actualizar el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y definir y revisar como mínimo una vez al año el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de dicho plan, a cuyo cumplimiento instó la Corte Constitucional en la orden décimo octava de la Sentencia T - 760 de 2008.

Que por su parte, la Ley 1438 de 2011 en el artículo 25 establece que el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años, atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del citado plan.

Que dicha actualización se ha realizado en dos vigencias consecutivas, a saber, 2018 y 2019, según las Resoluciones 5269 de 2017 y 5857 de 2018, respectivamente.

Que la Ley Estatutaria de Salud (1751 de 2015), en el artículo 5 asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, disponiendo al tenor de los literales c) e i) que para ello deberá "*Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad*

y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales" y *"Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población*".

Que en el artículo 6 *ibídem* se contemplan los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, de los que hacen parte según el literal k) el de eficiencia, a cuyo tenor "*El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población*".

Que, conforme con el artículo 15 de la normativa estatutaria en cuestión, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), debe garantizar el derecho fundamental a la salud mediante la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud, que como tal incluya su promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de las secuelas.

Que en consonancia con los mandatos de la ley estatutaria en salud, el SGSSS garantiza a todas las personas residentes en Colombia, la totalidad de servicios y tecnologías de salud autorizados en el país por la autoridad competente, para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, con excepción de aquellos explícitamente excluidos de financiación con recursos públicos asignados a la salud en aplicación del procedimiento establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

Que la financiación de dichos servicios y tecnologías de salud está organizada a través de dos mecanismos de protección que coexisten articuladamente, para facilitar la materialización del derecho a la salud, los cuales, se encuentran bajo la responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud – EPS y de las Entidades Obligadas a Compensar – EOC, Por una parte, se tiene el aseguramiento como mecanismo de protección colectiva, que, mancomunando los riesgos derivados de las necesidades en salud de las personas, utiliza instrumentos para inferir y reconocer una prima y un presupuesto de manera ex ante; tal es el caso de la Unidad de Pago por Capitación – UPC y los presupuestos máximos. Por otra parte, se cuenta con un mecanismo de protección individual, a través del cual, se financia el acceso a servicios y tecnologías que aún no hacen parte de la protección colectiva, los cuales, son financiados con recursos dispuestos por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Que en razón de lo anterior, resulta fundamental para los actores y agentes que intervienen en el SGSSS, actualizar integralmente los servicios y tecnologías de salud, cuya financiación se efectúa con recursos de la UPC.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

TITULO I
GENERALIDADES

Artículo 1. Objeto y ámbito de aplicación. La presente resolución tiene por objeto actualizar integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, que deberán ser garantizados por las EPS, o por las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al SGSSS, en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

Las disposiciones contenidas en esta resolución aplican a todos los actores y agentes que intervienen en el SGSSS.

Artículo 2. Estructura y naturaleza de los servicios y tecnologías de salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se encuentran contenidos en el presente acto administrativo y están estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las EPS o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a dichos servicios y tecnologías bajo las condiciones previstas en esta resolución.

Artículo 3. Principios generales para la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC. Sin perjuicio de los principios contenidos en la Ley Estatutaria de Salud (1751 de 2015), para la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se tendrán en cuenta los siguientes principios:

1. **Integralidad**. Todos los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, deben incluir lo necesario para su realización, de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.
2. **Territorialidad.** Todos los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, están cubiertos para ser realizados dentro del territorio nacional.
3. **Complementariedad**. Las acciones en salud a que hace referencia el artículo 2 de este acto administrativo, deben financiarse de manera articulada con los recursos de presupuestos máximos, del mecanismo de protección individual o con los provenientes de programas del SGSSS, correspondientes a otras fuentes, así como con las fuentes de financiación de sectores distintos al de la salud, según corresponda.
4. **Transparencia**. Los agentes y actores del SGSSS que participen en la aplicación, seguimiento y evaluación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, deben actuar de manera íntegra y ética, reportando con calidad y oportunidad la información correspondiente, de acuerdo con la normatividad vigente y en especial, con

lo dispuesto en la Ley 1712 de 2014 sobre transparencia y derecho al acceso a la información, dando a conocer a los usuarios los contenidos de la mencionada financiación, conforme con lo previsto en el presente acto administrativo.

5. **Competencia**. En la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, el profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita un afiliado al SGSSS, en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la autonomía profesional con autorregulación y soportado en la evidencia científica.
6. **Corresponsabilidad**. El usuario es responsable de seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud tratante y demás miembros del equipo de salud. La corresponsabilidad implica el autocuidado del usuario, el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, así como propender por un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos de la UPC que financian los servicios y tecnologías de salud, todo ello para coadyuvar en la obtención de resultados favorables para el mantenimiento y recuperación de su salud.
   De cualquier manera, la inobservancia de las recomendaciones del tratamiento prescrito no será condicionante del acceso posterior a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC.
7. **Calidad**. La provisión de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC a los afiliados al SGSSS, se debe realizar cumpliendo los estándares de calidad, de conformidad con la normatividad vigente, relativa al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y demás normas relacionadas.
8. **Universalidad.** Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.
9. **Eficiencia.** El SGSSS debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías de salud, disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

Parágrafo. Los principios enunciados en el presente artículo se entienden como complementarios a los definidos para el Sistema de Seguridad Social Integral - SSSI, para el SGSSS y a los contenidos en la Constitución Política y la Ley Estatutaria de Salud (1751 de 2015).

Artículo 4. Referentes de la actualización. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, requieren haber surtido los procesos de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES), análisis de grupos terapéuticos o del mercado, o análisis de tecnologías derivadas de recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC), adoptadas por este Ministerio, así como otros análisis que se consideren necesarios y la toma de decisión por parte de la autoridad competente.

Parágrafo. La mención de tecnologías en Guías de Práctica Clínica (GPC), Guías de Atención Integral (GAI), Normas Técnicas, protocolos, lineamientos técnicos u operativos, no implica su financiación con recursos de la UPC.

Artículo 5. Anexos. La presente resolución contiene tres (3) anexos que hacen parte integral de la misma, cuya aplicación es de carácter obligatorio, así: Anexo 1 *"Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC"*; Anexo 2 *"Listado de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC"* y Anexo 3 *"Listado de procedimientos de laboratorio clínico financiados con recursos de la UPC".*

Artículo 6. Descripción de servicios y procedimientos financiados con recursos de la UPC. Los servicios y procedimientos contenidos en el presente acto administrativo, de conformidad con las normas vigentes, se describen en términos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y se consideran financiadas con recursos de la UPC todas las tecnologías en salud (servicios y procedimientos), contenidos en el articulado; así como en los Anexos Nos. 2 y 3 del presente acto administrativo.

Parágrafo 1. Para el Anexo 2 *"Listado de Procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC"*, se consideran incluidas en esta financiación, todas las subcategorías que conforman cada una de las categorías contenidas en el mismo, salvo aquellas referidas como no financiadas en la nota aclaratoria y las que corresponden a un ámbito diferente al de salud.

Parágrafo 2. Para el Anexo 3 *"Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico financiados con recursos de la UPC",* se describen en términos de subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

Artículo 7. Terminología. Para facilitar la aplicación del presente acto administrativo y conforme con los lineamientos de la interoperabilidad y estandarización de datos, se toman como referencia los siguientes estándares de terminología para identificar los servicios y tecnologías de salud, sin que estos definan la financiación con recursos de la UPC, así:

1. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), de acuerdo con lo dispuesto por la normativa vigente.
2. El Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC), de la Organización Mundial de la Salud – OMS, para medicamentos.
3. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10, de la OMS, y sus respectivas modificaciones y actualizaciones.

Parágrafo 1. Los servicios y tecnologías de salud descritos con otra nomenclatura como *"programas"*, *"clínicas"* o *"paquetes"* y *"conjuntos de atención"*, entre otros, deben ser discriminados por procedimientos, de acuerdo con la codificación de la CUPS; para

medicamentos, de acuerdo con el Código Único de Medicamentos (CUM), o según la normatividad vigente.

Parágrafo 2. El código ATC se utiliza para la identificación y normalización del principio activo en la formulación de estudios de uso o seguimiento a la prestación, sin que su coincidencia con el registro sanitario se constituya en un criterio de financiación con recursos de la UPC.

Artículo 8. Glosario. Para facilitar la aplicación y dar claridad al presente acto administrativo, se toman como referencia los siguientes términos, sin que estos definan la financiación o ampliación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, así:

1. **Actividad de salud:** conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento o servicio de salud, en las cuales, se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos para abordar o tratar una condición de salud o realizar un diagnóstico clínico.
2. **Aparato ortopédico:** es un dispositivo médico, fabricado específicamente, siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.
3. **Atención ambulatoria:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud a una persona, sin que su permanencia en la infraestructura donde se realiza la atención, requiera más de 24 horas continuas. La atención ambulatoria incluye la provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con el grupo de servicios de consulta externa, con el grupo de servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, y con el servicio de cirugía ambulatoria. De acuerdo con el cumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación definidas en la norma vigente, se podrán prestar a través de las modalidades intramural, extramural y telemedicina, según el tipo de servicio.
4. **Atención con internación:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud a una persona, que requiere su permanencia por más de 24 horas continuas en la infraestructura donde se realiza la atención. La atención con internación incluye la provisión de servicios y tecnologías de salud relacionados con los servicios del grupo de internación y las modalidades de prestación de servicios intramural, extramural y telemedicina, definidos en la norma de habilitación vigente. Para la utilización de estos servicios debe existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.
5. **Atención de urgencias:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud, frente a las alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa y con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de una

persona y que requieren de atención inmediata, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas, presentes o futuras.

6. **Atención domiciliaria:** conjunto de procesos a través de los cuales se materializa la prestación de servicios de salud a una persona en su domicilio o residencia, correspondiendo a una modalidad de prestación de servicios de salud extramural.
7. **Atención en salud:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades, mediante las cuales, se materializan la provisión de prestación de servicios de salud y tecnologías de la salud a una persona, familia, comunidad o población.
8. **Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento**: procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente, sin efectos funcionales u orgánicos.
9. **Cirugía plástica reparadora o funcional:** procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.
10. **Combinación de dosis fijas (CDF):** medicamento que contiene dos o más principios activos en concentraciones específicas.
11. **Complicación:** alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.
12. **Concentración:** cantidad de principio activo, contenido en una forma farmacéutica, medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).
13. **Consulta médica:** es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, de acuerdo con la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.
14. **Consulta odontológica:** valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia, según la temporalidad; general o especializada, de acuerdo con la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.
15. **Consulta psicológica:** es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología, que consta de: anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.

16. **Consulta por otro profesional de salud:** valoración y orientación realizada por un profesional de salud (diferente al médico, odontólogo o psicólogo), autorizado por las normas de talento humano para ejercer su profesión. Consta de: anamnesis, evaluación general del estado de salud, incluyendo en caso de ser necesario, la aplicación de pruebas, así como la definición de un plan de manejo. La consulta puede ser programada o de urgencia, de acuerdo con la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o extramural, conforme con el sitio de realización.
17. **Cuidados paliativos:** son los cuidados pertinentes para la atención en salud del paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.
18. **Dispensación:** es la entrega de uno o más medicamentos y dispositivos médicos a un paciente y la información sobre su uso adecuado, realizada por el Químico Farmacéutico o el Tecnólogo en Regencia de Farmacia. Cuando la dirección técnica de la droguería, o del establecimiento autorizado para la comercialización al detal de medicamentos, esté a cargo de personas que no ostenten título de Químico Farmacéutico o Tecnólogo en Regencia de Farmacia, la información que se debe ofrecer al paciente, versará únicamente sobre los siguientes aspectos: condiciones de almacenamiento; forma de reconstitución de medicamentos, cuya administración sea la vía oral; medición de la dosis; cuidados que se deben tener en la administración del medicamento; y la importancia de la adherencia a la terapia.
19. **Dispositivo médico para uso humano:** cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:
    - **a.** Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
    - **b.** Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
    - **c.** Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
    - **d.** Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
    - **e.** Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
    - **f.** Productos para desinfección o esterilización de dispositivos médicos.
20. **Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida:** es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de

vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un profesional en medicina.

21. **Enfermo en fase terminal:** aquel que tiene una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal, próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima o para la cual, los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.
22. **Establecimiento farmacéutico.** es el establecimiento dedicado a la producción, almacenamiento, distribución, comercialización, dispensación, control o aseguramiento de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos o de las materias primas necesarias para su elaboración y demás productos autorizados por ley para su comercialización en dicho establecimiento.
23. **Estereoisómero:** es una molécula que puede presentarse en diferentes posiciones espaciales, teniendo la misma fórmula química.
24. **Forma farmacéutica:** preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.
25. **Interconsulta:** es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.
26. **Hospitalización parcial:** es el servicio que presta atención a pacientes en internación parcial, diurna, nocturna, fin de semana y otras, que no impliquen estancia completa.
27. **Intervención en salud:** conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.
28. **Margen terapéutico:** intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual, existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.
29. **Material de curación:** dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.
30. **Medicamento:** es aquél preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto estos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.
31. **Medicinas y terapias alternativas**: son aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano, con el objeto de promover, prevenir,

tratar, rehabilitar la salud y cuidados paliativos de la población, desde un enfoque holístico.

32. **Metabolito activo:** sustancia producida en el organismo por la biotransformación de un principio activo y que tiene propiedades farmacológicas. El metabolito activo puede ser sintetizado a escala industrial y comercializado de tal forma como medicamento.
33. **Mezcla racémica:** es un compuesto que tiene igual proporción de cada enantiómero simple, entendido como un tipo particular de estereoisómeros, que dependiendo de la disposición espacial de los átomos, se denominan “S” o “R” y según hacia donde rota el plano de la luz polarizada, se denominan “dextro” (d), si es hacia la derecha o “levo” (l), si es hacia la izquierda.
34. **Modalidades para la prestación de servicios de salud:** La modalidad es la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares. Las modalidades de prestación para los servicios de salud son: intramural, extramural y telemedicina.
35. **Órtesis:** dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.
36. **Principio activo:** cualquier compuesto o mezcla de compuestos, destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.
37. **Procedimiento:** acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.
38. **Prótesis:** dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.
39. **Psicoterapia:** de acuerdo con la definición de la OMS, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través, de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.
40. **Referencia y contrarreferencia:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios, definida por la entidad responsable del pago.

40.1. **Referencia:** es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.

40.2. **Contrarreferencia:** es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente, la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

41. **Subgrupo de referencia:** agrupación de medicamentos basada en características específicas compartidas, tales como la codificación internacional ATC a nivel de principio activo, estructura química, efecto farmacológico o terapéutico y que tienen la misma indicación. Las agrupaciones son la expresión de financiación con recursos de la UPC y en ningún momento pretenden establecer criterios de intercambiabilidad terapéutica.

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

43. **Telemedicina:** es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.

Parágrafo. Algunas de las definiciones contenidas en el glosario corresponden a las consagradas en otras normas vigentes que rigen para el SGSSS.

TÍTULO II
CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD

Artículo 9. Garantía de acceso a los servicios y tecnologías de salud. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar a los afiliados al SGSSS, el acceso efectivo y oportuno a los servicios y tecnologías de salud, para la garantía y protección al derecho fundamental a la salud. De conformidad con la Ley 1751 de 2015, en caso de atención de urgencias y según lo dispuesto en el artículo 23 de este acto administrativo, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizarla en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, con servicios de urgencia habilitados en el territorio nacional.

Artículo 10. Puerta de entrada al sistema. El acceso primario a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se hará en forma directa, a través del servicio de urgencias o por los servicios de consulta externa médica u odontológica general. Podrán acceder en forma directa a los servicios de consulta especializada de pediatría, obstetricia o medicina familiar, según corresponda y sin requerir remisión por parte del médico general, las

personas menores de 18 años de edad y las pacientes obstétricas durante todo el embarazo y puerperio, cuando la oferta disponible así lo permita.

Artículo 11. Adscripción a una IPS. Toda persona después de la afiliación a una EPS o a la entidad que haga sus veces, deberá adscribirse según su elección, para la atención ambulatoria en alguna de las IPS de la red de prestadores conformada por la EPS o la entidad que haga sus veces, para que de esta manera, se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y recuperación de la salud. El afiliado podrá solicitar cambio de adscripción a la IPS cuando lo requiera y la EPS o la entidad que haga sus veces, deberá darle trámite y atender su solicitud dentro de su red de prestadores.

Parágrafo. En el momento de la adscripción, las personas deberán suministrar la información necesaria sobre su estado de salud y los riesgos a que están expuestas, con el objeto de que la IPS y la EPS o la entidad que en este último caso haga sus veces, puedan organizar programas y acciones que garanticen su mejor atención. Tales datos estarán sujetos a la confidencialidad establecida para la historia clínica y no podrán ser utilizados para selección de riesgo por parte de la EPS o de la entidad que haga sus veces.

Artículo 12. Acceso a servicios especializados de salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país, incluida la medicina familiar.

Para acceder a los servicios especializados de salud, es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema en el artículo 10 de este acto administrativo, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Si el caso amerita interconsulta al especialista, el usuario debe continuar siendo atendido por el profesional general, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.

Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados, puede acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Artículo 13. Telemedicina. Se financia con recursos de la UPC la provisión de los servicios y tecnologías de salud contenidos en el presente acto administrativo, prestados en el país bajo

la modalidad de telemedicina, con el propósito de facilitar el acceso, oportunidad y resolutividad en la prestación de dichos servicios, cuya provisión deberá dar cumplimiento a los parámetros para la práctica de la telemedicina, establecidos en la Resolución 2654 de 2019, de este Ministerio, o la norma que la modifique o sustituya.

Artículo 14. Garantía de servicios en el municipio de residencia. Para permitir el acceso efectivo a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a por lo menos los servicios de salud señalados en el artículo 10 del presente acto administrativo, como puerta de entrada al SGSSS, así como a los procedimientos que pueden ser ejecutados en servicios de baja complejidad por personal no especializado, de acuerdo con la oferta disponible, las normas de calidad vigentes y las relacionadas con integración vertical.

TÍTULO III
COBERTURA DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC

Artículo 15. Servicios y tecnologías de salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, deberán ser garantizados por las EPS o las entidades que hagan sus veces, con cargo a los recursos que reciben para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas, sin que trámites de carácter administrativo se conviertan en barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud.

CAPÍTULO I
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Artículo 16. Cobertura de promoción y prevención. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán identificar los riesgos en salud de su población de afiliados para que, de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y los lineamientos de política pública vigentes, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las EPS o las entidades que hagan sus veces, podrán usar la información generada durante la adscripción a una IPS, según lo establecido en el artículo 11 del presente acto administrativo, así como estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico, financiadas con recursos de la UPC o mediante la aplicación de instrumentos que identifiquen el tipo de riesgo en salud y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales.

Artículo 17. Promoción de la salud. En los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC se incluye toda actividad de información, educación, y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y

adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para el control de enfermedades crónicas no transmisibles, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 18. Protección específica y detección temprana. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todas las tecnologías en salud y servicios contenidos en el presente acto administrativo para la protección específica y detección temprana, según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género, para tales efectos, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 19. Prevención de la enfermedad. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC para la prevención de la enfermedad, incluyen las tecnologías en salud y servicios contenidos en el presente acto administrativo. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deben apoyar la vigilancia de su cumplimiento, a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 20. Condón masculino. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen el condón masculino de látex para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) y la planificación familiar. Su financiación está sujeta a prescripción en consulta de planificación familiar o consejería, de conformidad con las normas que reglamentan la materia.

Artículo 21. Aplicación de vacunas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la aplicación de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), así como aquellos contenidos en el presente acto administrativo para casos especiales. Es responsabilidad de las EPS o de las entidades que hagan sus veces, garantizar el acceso y la administración de los biológicos del PAI, suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas aplicables.

CAPÍTULO II
RECUPERACIÓN DE LA SALUD

Artículo 22. Acciones para la recuperación de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contemplados en el presente acto administrativo para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad o género, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 23. Atención de urgencias. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no se cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 24. Atención ambulatoria. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, según lo dispuesto en el presente acto administrativo, serán prestados ambulatoriamente, cuando el profesional tratante lo considere pertinente, de conformidad con las normas de calidad vigentes y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Artículo 25. Atención con internación. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la atención en salud en los servicios del grupo de internación, cuando sea prescrita por el profesional de la salud tratante, en los servicios habilitados para tal fin, según la normatividad vigente.

Parágrafo 1. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la internación en habitación compartida, salvo que por criterio del profesional tratante esté indicado el aislamiento.

Parágrafo 2. Para la prestación o utilización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al período de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante. La cobertura de internación en salud mental corresponde a lo señalado en el capítulo y artículos que la describen en el presente acto administrativo.

Parágrafo 3. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de cuidados básicos, de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante.

Parágrafo 4. No se financia la atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, o intermedios de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de salud tratante, ni pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos. Para este caso se financia la estancia hasta por 24 horas, siendo la EPS del donante la responsable de esta financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 5. No será financiada con cargo a los recursos de la UPC la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 26. Atención domiciliaria. La atención en la modalidad extramural domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está financiada con recursos de la UPC, en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas vigentes. Esta financiación está dada sólo para el ámbito de la salud.

Parágrafo. En sustitución de la hospitalización institucional, conforme con la recomendación médica, las EPS o las entidades que hagan sus veces, a través de las IPS, serán responsables de garantizar las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención, según lo dispuesto en las normas vigentes.

Artículo 27. Atención integral del proceso de gestación, parto y puerperio. Para la atención integral de la gestación, parto y puerperio, la financiación con recursos de la UPC incluye todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, en la atención ambulatoria o la atención con internación, por la especialidad médica que sea necesaria; articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 28. Medicina y terapias alternativas y complementarias. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

CAPÍTULO III
PROCEDIMIENTOS

Artículo 29. Analgesia, anestesia y sedación. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la analgesia, anestesia y sedación, y los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversores de anestesia y sedación que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, así no se encuentren explícitamente descritos en el Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos la UPC*", cuando se requieran para la realización o utilización de las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, incluida la atención del parto.

Artículo 30. Combinaciones de tecnologías en salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios

contenidos en el presente acto administrativo, cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.

Parágrafo. Si dentro de la combinación de tecnologías en salud y servicios se requieren tecnologías o servicios que no se encuentren financiados con recursos de la UPC, las EPS o las entidades que hagan sus veces, garantizarán las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, con recursos de la UPC. Aquellas no financiadas con recursos de la UPC, se garantizarán con los recursos correspondientes bajo el principio de complementariedad.

Artículo 31. Trasplantes. Para la realización de los trasplantes financiados con recursos de la UPC, se incluyen los servicios y las tecnologías en salud, necesarias y contenidas en el presente acto administrativo. La prestación comprende:

1. Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células del donante, identificado como efectivo.
2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la EPS o de la entidad que haga sus veces, responsable del receptor.
3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Preparación del paciente y atención o control pos trasplante.
6. Tecnologías en salud y los servicios necesarios durante el trasplante.
7. Los medicamentos se financian conforme a lo dispuesto en el presente acto administrativo.

Parágrafo 1. Los estudios realizados en donantes no efectivos, no se financian con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. Entiéndase como una actividad inherente a los estudios previos y obtención del órgano, la búsqueda del donante.

Parágrafo 3. Los trasplantes de órganos diferentes a los contenidos en el presente acto administrativo, no se financian con recursos de la UPC.

Artículo 32. Injertos. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los injertos necesarios para los procedimientos contenidos en el presente acto administrativo, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos u homólogos. La financiación con recursos de la UPC, también incluye los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

Artículo 33. Suministro de sangre total o hemocomponentes. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los productos de banco de sangre listados en el presente acto administrativo, de conformidad con las normas que regulan la materia.

Parágrafo. Cuando el usuario requiera cualquiera de las tecnologías en salud y los servicios correspondientes al banco de sangre, las IPS y las EPS o quienes hagan las veces de estas últimas, no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de hemocomponentes, como contraprestación a una atención en salud.

Artículo 34. Atención en salud oral. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud oral y los servicios contenidos en el presente acto administrativo.

Parágrafo 1. Cuando se trate de procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general o sedación asistida, de acuerdo con el criterio del profesional tratante, esta se encuentra financiada con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las obturaciones, independientemente del número de superficies a obturar que sean necesarias a criterio del profesional tratante; así como los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.

Artículo 35. Prótesis dentales. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las prótesis dentales mucosoportadas totales, de acuerdo con la indicación clínica determinada por el odontólogo tratante.

Parágrafo. La financiación con recursos de la UPC, será:

a. En el Régimen Contributivo para los cotizantes y sus beneficiarios con un ingreso base de cotización igual o inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.
b. En el Régimen Subsidiado la cobertura es para todos los afiliados.

Artículo 36. Tratamientos reconstructivos. Los tratamientos reconstructivos definidos en el Anexo 2 *"Listado de Procedimientos en Salud financiados con recursos de la UPC",* que hace parte integral de este acto administrativo, se financian con recursos de la UPC, en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

Artículo 37. Reintervenciones. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la realización de una segunda intervención que esté relacionada con la primera, conforme con la prescripción del profesional tratante, sin trámites adicionales, en las siguientes condiciones:

1. Que el procedimiento inicial o primario haga parte de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, y
2. Que la segunda intervención esté incluida en los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC.

CAPÍTULO IV
MEDICAMENTOS

Artículo 38. Medicamentos. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los medicamentos de acuerdo con las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico, en los casos en que se encuentre descrito en el Anexo 1 *"Listado de medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación",* que hace parte integral de este acto administrativo. Para la financiación deben coincidir todas estas condiciones, según como se encuentren descritas en el listado.

Los medicamentos contenidos en el Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*", al igual que otros que también se consideren financiados con dichos recursos de la UPC, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 129 de la presente resolución, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por las EPS o las entidades que hagan sus veces. Para efectos de facilitar la aplicación de este acto administrativo y a título de ejemplo, se presenta en el Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*", la clasificación de formas farmacéuticas, vía de administración, estado y forma de liberación del principio activo, con el objeto de ser tenidas en cuenta en la aplicación del listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC.

Parágrafo 1. Los medicamentos descritos en el Anexo 1 *"Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC*", que hace parte integral de este acto administrativo, se consideran financiados con recursos de la UPC, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, incluyendo la unión a otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por órganos blanco o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas, sin modificar la indicación autorizada, salvo especificaciones descritas en este acto administrativo.

En cuanto a estereoisómeros de principios activos que se encuentran incluidos como mezcla racémica en el listado de medicamentos del Anexo 1 *"Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC*", que hace parte integral de este acto administrativo, se consideran financiados con recursos de la UPC, siempre y cuando compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen, sin que sea necesario que coincidan en la misma sal o éster en caso de tenerlos. Esta financiación aplica sólo en el sentido de mezcla racémica (financiada explícitamente), a estereoisómero y no inversamente.

Parágrafo 2. En los casos en que la descripción del medicamento del Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*", que hace parte integral del presente acto administrativo, contenga una sal o un éster determinados, la financiación con recursos de la UPC es específica para dicha composición y no para otras sales o ésteres del medicamento que existan en el mercado.

Parágrafo 3. Son financiados con recursos de la UPC los medicamentos que contienen el metabolito activo de un principio activo o precursor descrito en el Anexo 1 *"Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC*", indistintamente de la forma farmacéutica, siempre y cuando tengan la misma indicación. Si el precursor tiene una aclaración de uso en el anexo 1, aplicará también para el metabolito activo. Esta financiación aplica sólo en el sentido de precursor (financiado explícitamente), a metabolito activo y no inversamente.

Artículo 39. Prescripción. La prescripción se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos), autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que cumplan las condiciones descritas en este acto administrativo.

Parágrafo. En el caso de los medicamentos anticonvulsivantes, anticoagulantes orales y otros de estrecho margen terapéutico definidos de forma periódica por el INVIMA, no deberá cambiarse el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración, con el monitoreo clínico y paraclínico necesarios.

Artículo 40. Indicaciones autorizadas. La financiación de medicamentos con recursos de la UPC, aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo en aquellos casos en que el Anexo 1 *"Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC*", describa usos específicos que limiten su financiación.

Parágrafo 1. Cuando en la columna de aclaración del Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC",* no se indique un uso específico, se consideran financiadas con recursos de la UPC todas las indicaciones autorizadas por el INVIMA en el registro sanitario para todos los medicamentos de un mismo principio activo y forma farmacéutica, así como las preparaciones derivadas del ajuste y adecuación de concentraciones o de la adecuación de los mismos en preparaciones extemporáneas o formulaciones magistrales, independientemente del nombre comercial del medicamento.

Parágrafo 2. Las indicaciones aprobadas por el INVIMA para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran financiadas con recursos de la UPC y armonizadas en su financiación, en cuanto a que, si en un solo registro sanitario se define una indicación

específica, la misma se considerará financiada con recursos de la UPC para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.

Parágrafo 3. Cuando un medicamento financiado con recursos de la UPC tenga un uso incluido en la lista UNIRS, dicho uso no se considera financiado con recursos de la UPC, independientemente de que el principio activo no tenga aclaración de uso en el listado de medicamentos del anexo 1 "*Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*".

Artículo 41. Combinaciones de dosis fijas (CDF). Con el ánimo de simplificar los esquemas de medicación y mejorar la adherencia de los pacientes a ciertos tratamientos farmacológicos, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los medicamentos en combinaciones de dosis fijas de la siguiente forma:

1. Cuando todos los principios activos que hacen parte del medicamento en CDF, se encuentren contenidos en el listado de medicamentos del Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*", que hace parte integral del presente acto administrativo, manteniendo su misma forma farmacéutica y,

2. Cuando el costo del tratamiento con el medicamento combinado sea igual o menor a la sumatoria del costo de cada uno de los medicamentos, si se utiliza como monofármaco por separado.

El cumplimiento de estas dos condiciones de forma simultánea es obligatorio para considerar la CDF, financiada con recursos de la UPC.

Parágrafo 1. Será el médico tratante quien en su autonomía profesional, evalúe la relación riesgo/beneficio y pertinencia para cada paciente, en hacer uso de estas CDF, frente a utilizar los medicamentos con cada principio activo por separado.

Parágrafo 2. Será la IPS en donde se realice la prescripción, quien teniendo en cuenta sus procesos de adquisición y tarifas de negociación, establezca la comparación entre los diferentes costos de tratamiento, sin dejar de lado las normas que regulan la materia, tales como las relacionadas con precios máximos de venta para medicamentos incluidos en el régimen de control directo de precios.

Artículo 42. Presentaciones comerciales y equivalencias. La financiación de los medicamentos con recursos de la UPC es independiente de la forma de comercialización, empaque, envase o presentación comercial del medicamento (jeringa prellenada, cartucho, entre otras).

Artículo 43. Registro sanitario. El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un producto no establece por sí mismo la financiación de los medicamentos con recursos de la UPC, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

Artículo 44. Almacenamiento y distribución. Las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro de medicamentos, no determinan ni limitan la financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen el suministro del oxígeno gas, independientemente de las formas de almacenamiento, producción, transporte, dispensación o aplicación, tales como: bala, concentrador o recarga, entre otras, bajo el principio de integralidad.

Artículo 45. Administración de medicamentos. Para el acceso efectivo a los medicamentos financiados con recursos de la UPC, está incluida toda forma de administración de los mismos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante.

Parágrafo. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen todo equipo o dispositivo médico para toda forma de administración, como infusión, parenteral o enteral, controlada o regulada, entre otras, de medicamentos financiados con recursos de la UPC, por ejemplo, las bombas de insulina, jeringas pre llenadas, cartuchos o plumas precargadas, de acuerdo con la prescripción médica, ejemplos que no son taxativos, sino enunciativos.

Artículo 46. Fórmulas magistrales. Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos financiados con recursos de la UPC, se consideran igualmente financiadas con recursos de la UPC y deberán ser garantizadas por las EPS o por las entidades que hagan sus veces.

Artículo 47. Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso a los medicamentos financiados con recursos de la UPC, de forma ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional de la salud tratante y las normas vigentes.

Artículo 48. Medicamentos de programas especiales. Es responsabilidad de las EPS o de las entidades que hagan sus veces, garantizar el acceso y la administración de los medicamentos de programas especiales, previstos en el articulado y descritos en el Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*", en la sección B - Medicamentos para programas especiales en salud pública-, que hace parte integral del presente acto administrativo y que son suministrados por el Ministerio de Salud y Protección

Social, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

Artículo 49. Radiofármacos. Estos medicamentos se consideran financiados con recursos de la UPC, cuando son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear, contenidos en dicha financiación, tanto en diagnóstico, como en tratamiento y no requieren estar descritos explícitamente en el listado de medicamentos.

Artículo 50. Medios de contraste. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, garantizarán los medios de contraste correspondientes a los descritos explícitamente en el anexo 1 *"Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC",* que hace parte integral del presente acto administrativo.

Artículo 51. Medios diagnósticos. Los medicamentos diferentes a medios de contraste que se encuentren descritos en el Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*", que hace parte integral del presente acto administrativo, también serán financiados con recursos de la UPC cuando sean usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos, financiados con recursos de la UPC.

Parágrafo. Cuando un procedimiento financiado con recursos de la UPC, según los contenidos del presente acto administrativo en los anexos 2 y 3, requiera para su realización un medicamento que actúe como estímulo *in vivo* o *in vitro*, siempre y cuando sea necesario e insustituible, se considera inherente al procedimiento descrito y financiado con recursos de la UPC, sin que para ello se requiera estar descrito en el Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*".

Artículo 52. Soluciones y diluyentes. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las soluciones de uso médico, aunque no estén descritas en el Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*", que hace parte integral del presente acto administrativo, por considerarse insustituibles para la realización de algún procedimiento financiado con recursos de la UPC, en los siguientes casos:

SOLUCIÓN	PROCEDIMIENTO
Cardiopléjica	Perfusión intracardiaca
Conservantes de órganos	Perfusión y lavado de órganos en trasplantes
Viscoelástica	Oftalmológicos
Liquido embólico	Embolizaciones
Líquidos de gran volumen	Procedimientos que requieren líquidos para el arrastre, lavado o irrigación de las diferentes cavidades y estructuras del organismo (vejiga, peritoneo, articulaciones, entre otras)

Igualmente, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los diluyentes necesarios, sin importar el volumen para reconstitución de medicamentos y preparados de nutrición parenteral.

Artículo 53. Actividades y procesos propios del servicio farmacéutico. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, son responsables de garantizar que el manejo, conservación, dispensación, distribución de medicamentos o cualquier otro proceso definido por la normatividad vigente para el servicio farmacéutico, que implique servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se realice bajo las condiciones y criterios definidos por la normatividad vigente, y que su funcionamiento se ajuste a la habilitación, autorización y vigilancia por la autoridad competente para tal fin.

Parágrafo. Cuando un establecimiento farmacéutico, entidad o persona (entiéndase incluidos bajo esta denominación a los operadores logísticos de tecnologías en salud y a los gestores farmacéuticos), realice cualquier actividad o proceso propio del servicio farmacéutico, deberá cumplir en lo pertinente las disposiciones del Capítulo 10 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, o la norma que lo modifique o sustituya.

Artículo 54. Sustancias y medicamentos para nutrición. La financiación de sustancias nutricionales con recursos de la UPC, es la siguiente:

1. Aminoácidos esenciales y no esenciales, con o sin electrolitos, utilizados para alimentación enteral o parenteral (incluyendo medicamentos que contengan dipéptidos que se fraccionan de manera endógena).

2. Medicamentos parenterales en cualquier concentración, descritos en el Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*", del presente acto administrativo, utilizados para los preparados de alimentación parenteral.

Las nutriciones parenterales que se presentan comercialmente como sistemas multicompartimentales, también se consideran financiadas con recursos de la UPC, sin importar que contengan otros principios activos, diferentes a los descritos en el Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*", del presente acto administrativo, siempre y cuando compartan la misma indicación de las nutriciones parenterales preparadas, a partir de los medicamentos financiados con recursos de la UPC.

3. La fórmula láctea se encuentra cubierta exclusivamente para las personas menores de 12 meses de edad, que son hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA, según posología del médico o nutricionista tratante.

4. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según la guía de la OMS (uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliaria de los alimentos consumidos por lactantes y niños), para personas menores entre seis (6) y veinticuatro (24) meses de edad.

Parágrafo. No se financia con cargo a la UPC las nutriciones enterales u otros productos como suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos para nutrición, edulcorantes o sustitutos de la sal o intensificadores de sabor y cualquier otro diferente a lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 55. Subgrupos de referencia. Cuando en el articulado o en el listado de medicamentos definidos como servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se refieren a un subgrupo de referencia, según la clasificación internacional ATC, se deben considerar financiados con recursos de la UPC, todos los medicamentos que contengan los principios activos pertenecientes a dicho subgrupo, según la precitada clasificación ATC, en las concentraciones, formas farmacéuticas y usos que se definen para ellos en el Anexo 1 *"Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC*", del presente acto administrativo.

Artículo 56. Buenas Prácticas de Prescripción. Durante el proceso de prescripción de medicamentos y siguiendo los parámetros de las Buenas Prácticas de Prescripción, emanadas de la OMS, para la selección de la terapia farmacológica a instaurar, se deberá tener en cuenta, en lo posible y según criterio del médico tratante, el perfil farmacológico, la eficacia y seguridad como un balance riesgo/beneficio, su conveniencia, según las características del paciente, las recomendaciones realizadas en documentos emitidos por este Ministerio, como Guías de Práctica Clínica (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); protocolos; informes de formulación, uso y posicionamiento o cualquier otro documento definido para la atención en salud de una patología en particular, y la eficiencia de dicho tratamiento farmacológico, entendida como el mejor uso de los recursos, bajo el principio de autorregulación, sin que lo anterior se establezca como una restricción a la autonomía profesional. Para Combinaciones a Dosis Fijas, deberán aplicarse las mismas recomendaciones en su prescripción, frente a los monofármacos por separado, en caso de estar disponibles.

Los diferentes actores del sistema de salud y de forma coordinada, podrán definir, organizar, implementar y monitorear todos los mecanismos y herramientas de gestión de riesgo que se consideren necesarias para apoyar las buenas prácticas de prescripción, adicionales a las que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. También deberán desarrollar estrategias de mejoramiento, cuando así se requiera.

Artículo 57. Concordancia entre la cantidad prescrita de medicamento y la cantidad dispensada. La cantidad de medicamento dispensado, deberá corresponder con la cantidad de medicamento prescrito, en cumplimiento de lo señalado en los artículos 2.5.3.10.18 y 2.5.3.10.19 del Decreto 780 de 2016, sobre obligaciones y prohibiciones del dispensador, respectivamente, o las normas que los modifiquen o susttuyan.

CAPÍTULO V

DISPOSITIVOS MÉDICOS

Artículo 58. Dispositivos médicos. En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deben garantizar todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo.

Artículo 59. Lentes externos. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los lentes correctores externos en vidrio o plástico (incluye policarbonato), en las siguientes condiciones:

1. **En el Régimen Contributivo**:
Se financia con recursos de la UPC, una (1) vez cada año en las personas de doce (12) años de edad o menos y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años de edad, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye la adaptación del lente formulado a la montura. El valor de la montura es asumido por el usuario.

2. **En el Régimen Subsidiado**:

a. Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años de edad, se financian con recursos de la UPC, una vez al año, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

b. Para las personas mayores de 21 y menores de 60 años de edad, se financian con recursos de la UPC los lentes externos, una vez cada cinco años, por prescripción médica o por optometría, para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye la adaptación del lente formulado a la montura. El valor de la montura es asumido por el usuario.

Parágrafo. No se financian filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto, ni líquidos para lentes.

Artículo 60. Ayudas técnicas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las siguientes ayudas técnicas:

1. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas), para los procedimientos quirúrgicos, financiados con recursos de la UPC.

2. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis), para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
3. Prótesis de otros tipos (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros), para los procedimientos financiados con recursos de la UPC.
4. Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética).

Parágrafo 1. Están financiados con recursos de la UPC, las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales, se darán en calidad de préstamo, en los casos en que aplique (incluye entrenamiento de uso), con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

Parágrafo 2. No se financian con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos.

CAPÍTULO VI
SALUD MENTAL

Artículo 61. Atención de urgencias en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la atención de urgencias en servicios debidamente habilitados, del paciente con trastorno o enfermedad mental, incluyendo la observación en urgencias.

Artículo 62. Psicoterapia ambulatoria para la población general. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la atención ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja; independientemente de la etiología o la fase en que se encuentre la enfermedad, así:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.

Parágrafo 1. No se financia con cargo a la UPC el tratamiento de psicoanálisis para ningún grupo poblacional.

Parágrafo 2. La financiación con recursos de la UPC para las prestaciones en salud, especiales, en materia de salud mental para personas menores de 18 años de edad, se encuentra descrita en el título IV del presente acto administrativo.

Artículo 63. Psicoterapia ambulatoria para mujeres víctimas de violencia. Con cargo a los recursos de la UPC, se financia la psicoterapia ambulatoria para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 62 de este acto administrativo, así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.

Artículo 64. Atención con internación en salud mental para la población en general. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, durante la fase aguda de su enfermedad, o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad.

En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización, podrá extenderse hasta 90 días continuos o discontinuos por año calendario; de acuerdo con el concepto del equipo profesional de la salud tratante, siempre y cuando estas atenciones se enmarquen en el ámbito de la salud y no correspondan a estancias por condiciones de abandono social.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC, para la internación, será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará de manera preferente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tiene límites para su financiación con recursos de la UPC.
Parágrafo 2. Para el caso de internación por salud mental, la atención mediante hospitalización total o parcial, comprende además de los servicios básicos, la psicoterapia y atención médica especializada, así como las demás terapias y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC, de acuerdo con la prescripción del profesional tratante. Lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en la financiación con recursos de la UPC, para el ámbito ambulatorio.

Parágrafo 3. La financiación con recursos de la UPC para las prestaciones especiales en salud mental para personas menores de 18 años de edad, se encuentra descrita en el título IV del presente acto administrativo.

Parágrafo 4. No será financiada con cargo a los recursos de la UPC, la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 65. Atención con internación en salud mental para mujeres víctimas de violencia. Con cargo a los recursos de la UPC, se financia la atención con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, en sustitución de lo dispuesto en el artículo 64 de este acto administrativo, así:

En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización, podrá extenderse hasta 180 días continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC, para la internación, será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará de manera preferente en hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. No será financiada con cargo a los recursos de la UPC, la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

CAPÍTULO VII
ATENCIÓN PALIATIVA

Artículo 66. Atención paliativa. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los cuidados paliativos en la atención ambulatoria, la atención con internación o la atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, o aquella que la modifique o sustituya, con las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 25 del presente acto administrativo.

TÍTULO IV

COBERTURA PREFERENTE Y DIFERENCIAL, AGRUPADA POR CICLOS VITALES PARA PERSONAS MENORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD

Artículo 67. Promoción y prevención. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán identificar los riesgos de salud de su población afiliada, menor de dieciocho (18) años de edad, para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y los lineamientos de política pública vigentes, puedan establecer acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para tal fin, las EPS o las entidades que hagan sus veces, podrán usar la información generada durante la adscripción a una IPS, según lo establecido en el artículo 11 del presente acto administrativo. Igualmente, podrán utilizar estrategias de tamizaje con las tecnologías de diagnóstico financiadas con recursos de la UPC, o aplicación de instrumentos que identifiquen el tipo de riesgo en salud y uso de bases de datos, atendiendo la normatividad vigente relacionada con el uso de datos personales.

Artículo 68. Promoción de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados infantes y adolescentes, destinada al fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 69. Protección específica y detección temprana. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen todas las actividades, tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, para la protección específica y detección temprana, según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas menores de dieciocho (18) años de edad, para tales efectos, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 70. Prevención de la enfermedad. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las acciones, tecnologías en salud y los servicios incluidos en el presente acto administrativo, para prevención de la enfermedad en población infantil y adolescentes. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deben apoyar en la vigilancia, a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 71. Atención para la recuperación de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, requeridas en la atención ambulatoria, atención con internación, o atención domiciliaria de cualquier contingencia de salud que se presente, según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigentes, necesarias para la recuperación de la salud de las personas menores de dieciocho (18) años de edad, además de las previstas para la población en general.

Artículo 72. Restablecimiento de la salud a la población menor de dieciocho (18) años de edad, cuyos derechos han sido vulnerados. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, requeridos para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas; de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1438 de 2011. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán diseñar e implementar programas para garantizar la atención integral en cada caso.

CAPÍTULO I
ATENCIÓN A PERSONAS DESDE LA ETAPA PRENATAL A MENORES DE SEIS (6) AÑOS DE EDAD

Artículo 73. Atención prenatal. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, que se requieran para cualquier atención en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, durante el proceso de gestación, parto y puerperio, en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Ello incluye las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación y parto, o que signifiquen un riesgo para la viabilidad del producto o la supervivencia y salud del recién nacido, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 74. Atenciones de detección temprana. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las atenciones para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud, causados por eventos no detectados oportunamente, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 75. Atenciones de protección específica. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las atenciones preventivas en salud bucal y la aplicación del biológico, según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en concordancia con las normas técnicas vigentes, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad

periodontal. Igualmente, financia la topicación con barniz de flúor, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 76. Atención de la morbilidad neonatal. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo para el recién nacido, desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud, incluyendo lo necesario para su realización, de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio y según el criterio del médico tratante. Incluyen las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, establecidas en las normas técnicas de protección específica para la atención del parto (adaptación neonatal y complicaciones del recién nacido), y la atención del recién nacido, de acuerdo con lo definido por la normatividad vigente, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 77. Atención a hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA. Los hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, tienen derecho a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en este acto administrativo, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aunque el diagnóstico de infección por VIH/SIDA, sea presuntivo y no haya sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA, vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 78. Complementos nutricionales. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen en este ciclo vital lo siguiente:

1. Fórmula láctea para niños lactantes hasta los doce (12) meses de edad, que sean hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, según el criterio del médico o nutricionista tratante.
2. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía de la OMS (uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliaria de los alimentos consumidos por lactantes y niños), para personas menores de edad, entre seis (6) y veinticuatro (24) meses.

Artículo 79. Atención de urgencias. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, a que refiere el presente acto administrativo, contienen las tecnologías y servicios necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 80. Atención para la recuperación de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en la atención ambulatoria, atención con internación o atención domiciliaria de cualquier contingencia de salud que se presente, según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), de acuerdo con los lineamientos de política pública vigentes, necesarias para la recuperación de la salud de las personas, desde la etapa prenatal a menores de seis (6) años de edad, además de las previstas para la población en general.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría y medicina familiar, financiados con recursos de la UPC, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general; sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Artículo 81. Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, y todas las tecnologías en salud y los servicios incluidos en el presente acto administrativo, para la atención de personas menores de seis (6) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual, presuntiva o confirmada.

Artículo 82. Atención a personas menores de seis (6) años de edad con trastornos alimentarios. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios de que trata el presente acto administrativo, para la atención de personas menores de seis (6) años de edad, con trastornos alimentarios.

Artículo 83. Atención a personas menores con discapacidad. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la atención en salud, evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, realizadas por profesionales de la salud; así como todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, para las personas con discapacidad física, sensorial o cognitiva, desde la etapa prenatal hasta menores de seis (6) años de edad.

Parágrafo. Será el profesional tratante, quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad y motivo de intervención.

Artículo 84. Implante coclear. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen en este ciclo vital para las personas menores de tres (3) años de edad, con sordera prelocutiva o postlocutiva profunda bilateral, el implante coclear, la sustitución

parcial o total de la prótesis coclear, y la rehabilitación post implante. Esta financiación no incluye el suministro o entrega periódica de baterías.

Artículo 85. Lentes externos y monturas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los lentes externos, una (1) vez cada año, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, sin filtros ni películas.

En el Régimen Subsidiado, la financiación con recursos de la UPC, incluye además la montura, hasta por un valor equivalente al 10 % del salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo. La financiación con recursos de la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto, ni líquidos para lentes.

Artículo 86. Atención en cáncer. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la atención del cáncer en las personas desde la etapa prenatal a menores de seis (6) años, lo que contempla todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados, de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, para atender los casos de niños y niñas con cáncer, o con diagnostico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010, modificada por la Ley 2026 de 2020, o aquella que la modifique o sustituya.

Artículo 87. Atención paliativa. Las personas desde la etapa prenatal, hasta menores de 6 años de edad, tienen derecho a la financiación con recursos de la UPC, de los cuidados paliativos en la atención ambulatoria, atención con internación o atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, o aquella que la modifique o sustituya, con los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, que incluyen todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 25 del presente acto administrativo.

Artículo 88. Atención en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, contemplan todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención en salud mental, incluyendo la internación

total o parcial para las personas menores de seis (6) años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización, podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos, por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación, será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

La atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentre la enfermedad, tiene la siguiente financiación con recursos de la UPC:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales y familiares en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, no incluyen la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 89. Psicoterapia ambulatoria. Para las personas menores de seis (6) años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, serán así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.

Artículo 90. Atención con internación en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la internación de personas menores de seis (6) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, serán así:

En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC, para la internación, será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. No será financiada con cargo a la UPC la internación prolongada, cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

CAPÍTULO II
ATENCIÓN A PERSONAS DE SEIS (6) ANOS A MENORES DE CATORCE (14) AÑOS DE EDAD

Artículo 91. Atenciones de detección temprana. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las atenciones para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo, hasta los diez (10) años de edad, de la agudeza visual, auditiva y de las alteraciones del embarazo, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en la salud, causados por eventos no detectados oportunamente, articulado con los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 92. Atenciones de protección específica. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las atenciones preventivas en salud bucal y la aplicación de biológico, según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y disminuir el embarazo adolescente, los factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 93. Atención de urgencias. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, contemplan los servicios y

las tecnologías en salud necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 94. Atención para la recuperación de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en la atención ambulatoria, atención con internación o atención domiciliaria, de cualquier contingencia de salud que se presente, según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), conforme con los lineamientos de política pública vigentes, necesarios para la recuperación de la salud de las personas desde seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, además de los previstos para la población en general.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia y medicina familiar, financiados con recursos de la UPC, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Artículo 95. Atención del embarazo. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención integral de la gestación, parto y puerperio, atenciones en salud ambulatoria o con internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Asimismo, las niñas embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Se financia con recursos de la UPC el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

Artículo 96. Atención a personas menores con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la atención de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, aún si el diagnóstico de infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 97. Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual, presuntiva o confirmada.

Artículo 98. Atención a personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad con trastornos alimentarios. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para las personas de seis (6) a menores de catorce (14) años de edad, con trastornos alimentarios.

Artículo 99. Atención a personas menores con discapacidad. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, realizadas por profesionales de la salud, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, con discapacidad física, sensorial o cognitiva.

Parágrafo. Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad, motivo de intervención.

Artículo 100. Lentes y monturas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contemplan los lentes externos, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato), o vidrio, sin filtros ni películas, así:

1. Para el Régimen Contributivo, se financian con recursos de la UPC una (1) vez cada año, para las personas de doce (12) años de edad o menos y una vez cada cinco años, para las personas mayores de (12) años de edad.

2. Para los afiliados al Régimen Subsidiado, en este ciclo vital se financian con recursos de la UPC, una (1) vez cada año. La financiación con recursos de la UPC, incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo. La financiación con cargo a la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto, ni líquidos para lentes.

Artículo 101. Atención en cáncer. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención del cáncer de las personas de seis (6) años a menores de 14 años de edad, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; en servicios debidamente habilitados, de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010, modificada por la Ley 2026 de 2020, o aquella que la modifique o sustituya.

Artículo 102. Atención paliativa. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la atención ambulatoria, o atención con internación domiciliaria de los cuidados paliativos del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, de alto impacto en la calidad de vida de las personas, desde los seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, o aquella que la modifique o sustituya, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 25 del presente acto administrativo.

Artículo 103. Atención en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen todas las tecnologías en salud, los servicios y la hospitalización total o parcial para la atención en salud mental, de las personas desde los seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización, podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC, de la internación, será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

La atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentre la enfermedad, tiene la siguiente financiación con recursos de la UPC:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de la salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación, no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación prolongada, cuando no sea por atención al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 104. Psicoterapia ambulatoria. Para las personas de seis (6) años a menores de 14 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, la financiación con recursos de la UPC para la psicoterapia ambulatoria, será así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.

Artículo 105. Atención con internación en salud mental. Para las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la atención con internación en salud mental, así:

En la fase aguda, la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos, por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental, se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad

vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación prolongada cuando no sea por atención al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

CAPÍTULO III
ATENCIÓN A PERSONAS DE CATORCE (14) AÑOS A MENORES DE DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD

Artículo 106. Atenciones de detección temprana. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las atenciones para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud, causados por eventos no detectados oportunamente, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 107. Atenciones de protección específica. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las atenciones preventivas en salud bucal y la aplicación de biológico, según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), y atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, embarazo adolescente y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, financia la topicación con barniz de flúor, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Artículo 108. Atención de urgencias. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, contemplan las tecnologías en salud y los servicios necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión, cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Artículo 109. Atención para la recuperación de la salud. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en la atención ambulatoria, atención con internación o atención domiciliaria, de cualquier contingencia de salud que se presente, según el criterio del profesional tratante, articulado con

el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigentes, necesarias para la recuperación de la salud de las personas desde catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, además de las previstas para la población en general.
Asimismo, dichas personas tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar, financiados con recursos de la UPC, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Artículo 110. Embarazo en adolescentes. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención integral de la gestación, parto y puerperio, las atenciones en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Asimismo, las adolescentes embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Se financia con recursos de la UPC el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

Artículo 111. Atención a personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, con diagnóstico de infección por VIH/SIDA. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, aún si el diagnóstico de la infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 112. Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y servicios para la atención de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual, presuntiva o confirmada.

Artículo 113. Atención a personas de 14 años a menores de 18 años de edad, con trastornos alimentarios. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, con trastornos alimentarios.

Artículo 114. Atención a personas de 14 años a menores de 18 años de edad, con discapacidad. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de la salud a las personas con discapacidad de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad.

Parágrafo. Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

Artículo 115. Lentes y monturas. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen los lentes externos, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato), o vidrio, así:

1. Para el Régimen Contributivo, una (1) vez cada cinco años.
2. Para los afiliados al Régimen Subsidiado, en este ciclo vital, se financia una (1) vez cada año. La financiación incluye la adaptación del lente formulado y la montura, hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo. La financiación con cargo a la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto, ni líquidos para lentes.

Artículo 116. Atención en cáncer. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, contemplan la atención del cáncer en las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, lo que incluye todas las tecnologías en salud y los servicios para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados, de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010, modificada por la Ley 2026 de 2020, o aquella que la modifique o sustituya.

Artículo 117. Atención paliativa. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen la atención ambulatoria, atención con internación o atención domiciliaria de los cuidados paliativos del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible, de alto impacto en la calidad de vida de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, o aquella que la modifique o sustituya, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en esta resolución, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 25 del presente acto administrativo.

Artículo 118. Atención en salud mental. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen las tecnologías en salud y los servicios para la internación total o parcial de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización, podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos, por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación, será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

La atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentre la enfermedad, incluye los siguientes servicios y tecnologías de salud, financiados con recursos de la UPC:

1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.
2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad

vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación, no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Artículo 119. Psicoterapia ambulatoria. Para las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos alimentarios, con consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contemplan la psicoterapia ambulatoria, así:

1. Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.
2. Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competente, durante el año calendario.

Artículo 120. Atención con internación en salud mental. Para las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contemplan la atención con internación, así:

En la fase aguda, la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos, por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Parágrafo 1. A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Parágrafo 2. La financiación con cargo a la UPC no financiará la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.
Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co

TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES

Artículo 121. Traslado de pacientes. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada), en los siguientes casos:

1. Movilización de pacientes con patología de urgencias, desde el sitio de ocurrencia de la misma, hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en ambulancia.
2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remisora. Igualmente, para estos casos, está financiado con recursos de la UPC el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Asimismo, se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria, si el médico así lo prescribe.

Artículo 122. Transporte del paciente ambulatorio. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada con recursos de la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

Parágrafo. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto al de su residencia, para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, o cuando existiendo estos en su municipio de residencia, la EPS o la entidad que haga sus veces, no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces, recibe o no una UPC diferencial.

Artículo 123. Transporte de cadáveres. La financiación con cargo a la UPC, no incluye el transporte o traslado de cadáveres, como tampoco los servicios funerarios.

TÍTULO VI
EVENTOS Y SERVICIOS DE ALTO COSTO

Artículo 124. Alto costo. Sin implicar modificaciones en los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, entiéndase como de alto costo para efectos del no cobro de copago, los siguientes eventos y servicios:

A. Alto Costo Régimen Contributivo:

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea
2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis
3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón
4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central
5. Reemplazos articulares
6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado
7. Manejo del trauma mayor
8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA
9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer
10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas

B. Alto Costo Régimen Subsidiado:

1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea
2. Manejo quirúrgico de enfermedades cardiacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio
3. Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud y servicios de medicina física y rehabilitación que se requieran. Asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral o el canal raquídeo, siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.
4. Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo, incluyendo las tecnologías en salud y servicios de medicina física y rehabilitación que se requieran
5. Atención de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud y servicios para su atención o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario
6. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional, para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisiatría y terapia física
7. Pacientes infectados por VIH/SIDA
8. Pacientes con cáncer
9. Reemplazos articulares
10. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas

12. Manejo del trauma mayor

Artículo 125. Gran quemado. Se entiende como gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

1. Quemaduras de 2º y 3° grado, en más del 20% de la superficie corporal
2. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital
3. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración
4. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas o químicas
5. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes
6. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años de edad, o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo

Artículo 126. Trauma mayor. Se entiende por trauma mayor el caso de paciente con lesión o lesiones graves provocadas por violencia exterior, que para su manejo médico - quirúrgico requiera la realización de procedimientos o intervenciones terapéuticas múltiples y que cualquiera de ellos se efectúe en un servicio de alta complejidad.

TÍTULO VII
CONDICIONES PARA DEFINIR LAS TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC

Artículo 127. Servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC. Sin perjuicio de las aclaraciones de financiación de los servicios y tecnologías de salud del presente acto administrativo, en el contexto de la financiación con recursos de la UPC, deben entenderse como no financiados con dichos recursos, aquellos servicios y tecnologías que cumplan alguna de las siguientes condiciones:

1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
3. Servicios no habilitados en el SGSSS, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones derivadas de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos de la UPC.

6. Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud, o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud, conforme al artículo 9 de la Ley 1751 de 2015.
7. Tecnologías y servicios excluidos explícitamente de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, mediante los correspondientes actos administrativos, en cumplimiento del procedimiento técnico-científico descrito en la Resolución 330 de 2017.

TÍTULO VIII
OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 128. Coberturas especiales para comunidades indígenas. La población indígena afiliada al SGSSS, a través de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), a las cuales, se les ha reconocido una Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena (UPCDI), tendrá la financiación de los servicios y tecnologías de salud, previstos en el presente acto administrativo y en forma adicional, de los servicios diferenciales indígenas, contenidos en el Anexo 2 "*Listado de Procedimientos en Salud financiados con recursos de la UPC",* que hace parte integral del presente acto administrativo. Una vez se defina el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), este será utilizado como uno de los insumos de referencia para determinar los servicios y tecnologías de salud que les serán proporcionados.

Artículo 129. Reconocimiento de servicios y tecnologías de salud no financiados explícitamente con cargo a la UPC. En el evento en que se prescriban servicios y tecnologías de salud que sean alternativos a los financiados explícitamente con recursos de la UPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de los descritos en este acto administrativo, dichos servicios y tecnologías igualmente serán financiados con recursos de la UPC, así no se encuentren explícitamente descritos en los anexos a que refiere el artículo 5 de esta resolución, siempre y cuando, cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificados por el INVIMA, o por la respectiva autoridad competente.

Parágrafo 1. Será la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en donde se realice la prescripción, quien teniendo en cuenta sus procesos de adquisición y tarifas de negociación, establezca la comparación entre los diferentes costos por evento o per cápita, sin dejar de lado las normas que regulan la materia, tales como las relacionadas con precios máximos de venta para medicamentos, incluidos en el Régimen de Control Directo de Precios, entre otras.

Parágrafo 2. La información correspondiente a la financiación con recursos de la UPC, para servicios y tecnologías de salud que no se encuentren incluidos y explícitamente descritos en este acto administrativo, a que hace referencia el presente artículo, se deberá reportar conforme con lo dispuesto en los artículos 7 y 132 de esta resolución, o las normas que los modifiquen o sustituyan, y surtirá los mismos procesos que los servicios y tecnologías de salud, financiados con recursos de la UPC.

Artículo 130. Servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, ordenados por fuera de la red de prestadores de la EPS o de la entidad que haga sus veces. Cuando un paciente solicite la financiación con recursos de la UPC de algún servicio o tecnología de salud financiado con la UPC, prescrito por un profesional de la salud que no haga parte de la red de la EPS o de la entidad que haga sus veces, esta podrá someter el caso a una evaluación médico científica por personal de dicha red, para efectos de establecer la pertinencia del servicio y la viabilidad de la financiación con recursos de la UPC, sin perjuicio de la debida oportunidad y efectividad en la atención.

Artículo 131. Concurrencia de servicios y tecnologías de salud, a cargo de otras fuentes de financiación. Cuando se identifiquen casos de financiación parcial o total, por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral, Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), y en general, con los contenidos financiados con otras fuentes, el servicio o tecnología de salud deberá ser asumido por dichas fuentes de financiación, de conformidad con la normatividad vigente.

TÍTULO IX
DISPOSICIONES FINALES

Artículo 132. Deber de información. Para efectos de la actualización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC o el análisis y cálculos de la UPC, los usuarios, pacientes, profesionales de la salud, EPS o entidades que hagan sus veces, IPS y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), deberán suministrar información veraz, completa, con la estructura, nivel de detalle, calidad y oportunidad que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, requiera.

Parágrafo 1. La descripción establecida para la financiación de procedimientos en salud, excepto los procedimientos en salud de laboratorio clínico, está determinada en términos de categorías de la CUPS, señalada en este acto administrativo y no restringe o limita el nivel de detalle de la información que se solicite por las autoridades competentes.

Parágrafo 2. Para el caso específico de medicamentos, la información deberá ser suministrada de conformidad con la normatividad vigente.

Artículo 133. Vigencia y derogatoria. El presente acto administrativo rige a partir del 1 de enero de 2021 y deroga la Resolución 3512 de 2019 y demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.3. Resolución 2503 de 2020

Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2021 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las que le confiere los numerales 34, 36 y 38 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012 y en desarrollo del artículo 114 de la Ley 1438 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, elevó a derecho fundamental el derecho a la salud, y determinó que es autónomo e irrenunciable. Así mismo, previó un mecanismo de protección colectiva del derecho a la salud, a través del esquema de aseguramiento adoptado en la Ley 100 de1993, mediante la definición de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, que se reconoce a las Entidades Promotoras de Salud – EPS por cada persona afiliada.

Que los artículos 206 y 207 de la Ley 100 de 1993, en armonía con los artículos 227 y 236 del Código Sustantivo del Trabajo, reconocen a los afiliados aportantes al Régimen Contributivo, prestaciones económicas por contingencias derivadas de origen común por enfermedad general y licencias de maternidad y de paternidad, con cargo a recursos diferentes a los que financian el aseguramiento.

Que la Ley 1438 de 2011, previó en los artículos 112 y 114, que corresponde a este Ministerio, a través de la Plataforma PISIS del Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO, administrar, articular y manejar la información que provean las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal de salud, y los demás agentes del Sistema, de forma confiable, oportuna y clara con el objetivo de elaborar los respectivos indicadores en el marco del sistema de monitoreo.

Que la Resolución 3374 de 2000, modificada por la Resolución 1531 de 2014, establece el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, definido como *"(…) el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control (...)"*, que se origina en los prestadores de servicios de salud y que se transfieren a la entidad administradora de planes de beneficios, a quien

compete reportar la información a su vez a este Ministerio, siendo esta fundamental para la definición de la UPC.

Que en el marco de lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, en relación con los gastos de administración de las EPS, para el Régimen Contributivo se destinará del valor de la UPC, máximo el diez por ciento (10%) y para el Régimen Subsidiado, máximo el ocho por ciento (8%).

Que corresponde a este Ministerio definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para el Régimen Contributivo y Subsidiado, así como definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades derivadas de origen común por enfermedad general o en las licencias de maternidad y paternidad, según las normas del Régimen Contributivo, de conformidad con lo previsto en los numerales 34 y 36 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, adicionados por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012; tales decisiones, para el régimen contributivo deben consultar el equilibrio financiero del Sistema de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo.

Que la Unidad de Pago por Capitación - UPC se define con la información remitida a través de varias fuentes, que permiten establecer las necesidades específicas en términos de costos de los servicios y tecnologías de salud garantizados mediante el aseguramiento por afiliación, de acuerdo con los cálculos actuariales, de modo que el valor per cápita fijado a reconocerse por cada afiliado al SGSSS sea suficiente para su atención en salud.

Que la Resolución 3797 de 2014, le asignó códigos a las Entidades Promotoras de Salud - EPS indistintamente del régimen de aseguramiento que administren y a las Cajas de Compensación Familiar - CCF con programas del Régimen Contributivo o Subsidiado, lo que permite su identificación a efectos de reconocer la Unidad de Pago por Capitación - UPC.

Que el Acuerdo 026 de 2011, modificado por la Resolución 6411 de 2016, define un ponderador de la UPC para las EPS del Régimen Contributivo, con el fin de corregir la situación de concentración de riesgo para los grupos etarios mayores de cincuenta (50) años evidenciada en algunas EPS del Sistema, que se aplica anualmente al momento de definir el valor de la UPC, con base en la información disponible de las EPS –C; el cual una vez aplicado arrojó una prima adicional a las Entidades Promotoras de Salud EPS037 y a la EPS048.

Que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, efectuó el análisis de la información reportada y recibida por las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado correspondiente a la vigencia 2019 a través de la plataforma de transporte de información PISIS, con base en la cual se elaboró el documento "*Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación recursos para garantizar la financiación de los servicios y tecnologías de salud en el año 2021*", que arrojó unas conclusiones respecto a la suficiencia de la UPC en los dos regímenes, y determinó los porcentajes diferenciales para algunas zonas en la vigencia 2021.

Que según el estudio, a la información reportada por las EPS, se le aplicó 340 reglas de validación de 8 grupos de calidad, para conformar una base final de servicios prestados con la cual se le realizan los análisis técnico actuariales; adicionalmente, se tuvo en cuenta la información disponible en las diferentes fuentes consultadas y certificadas por las áreas de este Ministerio, considerando: i) los cambios en la estructura demográfica de la población relevante, ii) el perfil epidemiológico nacional, iii) la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del Sistema para la protección integral de las familias, iv) la maternidad y la enfermedad general en las fases de promoción y fomento de la salud, y v) la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad.

Que en desarrollo de la Ley 691 de 2001 y del Decreto 1953 de 2014 continúa en desarrollo la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI, teniendo en cuenta las características socioculturales, demográficas y epidemiológicas de la población afiliada a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, por lo que se requiere un valor adicional a la UPC - Subsidiado que financie sus actividades diferenciales y que se establecerá partiendo de la información disponible y proporcionada por las EPS - I, las IPS - I y de las estructuras propias interculturales que hacen sus veces.

Que el Decreto 1811 de 2017 dispone en el artículo 7, que para la definición del valor adicional de la UPC reconocida, se debe tener en cuenta la información que para el efecto reporte la Asociación Indígena del Cauca - EPSI, como piloto en la identificación de actividades diferenciales en salud para dicha población, en cumplimiento de los acuerdos establecidos entre este Ministerio y el Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC como consta en el Acta 01 del 3 y 4 de noviembre de 2017.

Que el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018, modificado por el artículo 1 de la Resolución 0276 de 2019, dispuso la progresividad en la implementación de las intervenciones allí descritas de las Rutas Integrales de Atención, respecto de las cuales la Dirección de Promoción y Prevención de este Ministerio, realizó los estudios técnicos con el fin de definir los porcentajes de progresividad y el impacto fiscal.

Que la Resolución 4363 de 2012 adoptó el reglamento Interno de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, y dispuso en el artículo 9, la creación de los Grupos Técnicos de Apoyo a la Comisión, con delegados técnicos de la Comisión Asesora de Beneficies, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, que sesionaron en siete (7) fechas, en las que prepararon la información para orientar la definición de la Unidad de Pago por Capitación - UPC de cada régimen.

Que con base en la información y estudios reportados a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en sesión N° 27, desarrollada los días 23 y 30 de noviembre de 2020, se recomendó, entre otras, i) avanzar en la actualización integral de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la

Unidad de Pago por Capitación -UPC e ii) incrementar el valor de la UPC de ambos regímenes; recomendaciones que constituyen el fundamento técnico de las decisiones contenidas en la presente resolución.

Que dada la implementación de la facturación electrónica en el SGSSS, una vez actualizado el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud-RIPS, se exigirá su registro como soporte del cobro de la factura, que se articulará con los lineamientos asociados a la interoperabilidad de los sistemas de información, según el esquema de transición que se adopte y que defina este Ministerio, y que será una de las fuentes de información para los cálculos del estudio de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación- UPC en las siguientes vigencias.

Que las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud en cumplimiento de las obligaciones de orden legal y reglamentarias deberán suministrar información veraz, fidedigna, confiable, actualizada, oportuna y explicable, con el fin de analizar la suficiencia y la actualización de la prima de aseguramiento pagada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS que financia los servicios y tecnologías de salud con recursos de la UPC, y constituir en insumos los estudios que van a soportar las recomendaciones a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud en relación con el incremento de la UPC, la modificación de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo y la actualización a los contenidos de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC.

Que conforme a lo anteriormente expuesto, se procederá a fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2021, se adoptarán los anexos técnicos que contienen el listado de municipios y áreas no municipalizadas por departamentos a los que se les reconocerá prima adicional por zona especial de dispersión geográfica y las intervenciones en progresividad con los porcentajes de implementación gradual, y se fijaran disposiciones relacionadas con la periodicidad en el reporte de información en el Sistema de Salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Título I
Disposiciones aplicables al Régimen Contributivo

Capítulo I
Unidad de Pago por Capitación- Régimen Contributivo

Artículo 1. Fijar el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) para el año 2021, en la suma de NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS VEINTISEIS PESOS CON CERO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE

($938.826,00), que corresponde a un valor diario de DOS MIL SEISCIENTOS SIETE PESOS CON OCHENTA Y CINCO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($2.607,85).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-C correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,9679	2.786.342,40
1-4 Años	0,953	894.700,80
5-14 Años	0,3329	312.534,00
15-18 Años Hombres	0,3173	297.889,20
15-18 Años Mujeres	0,5014	470.728,80
19-44 Años Hombres	0,5646	530.060,40
19-44 Años Mujeres	1,0475	983.419,20
45-49 Años	1,0361	972.716,40
50-54 Años	1,3215	1.240.657,20
55-59 Años	1,6154	1.516.579,20
60-64 Años	2,079	1.951.819,20
65-69 Años	2,5861	2.427.897,60
70-74 Años	3,1033	2.913.458,40
75 años y Mayores	3,8997	3.661.138,80

Artículo 2. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) se le reconocerá una prima adicional para zona especial por dispersión geográfica del 10% en los municipios y áreas no municipalizadas señalados en el Anexo No. 1 de la presente resolución, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS DIEZ PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1.032.710,40) que corresponde a un valor diario de DOS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS CON SESENTA Y CUATRO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($2.868,64).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-C correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,9679	3.064.982,40
1-4 Años	0,9530	984.171,60
5-14 Años	0,3329	343.789,20
15-18 Años Hombres	0,3173	327.679,20
15-18 Años Mujeres	0,5014	517.802,40
19-44 Años Hombres	0,5646	583.066,80
19-44 Años Mujeres	1,0475	1.081.764,00
45-49 Años	1,0361	1.069.992,00
50-54 Años	1,3215	1.364.727,60

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
55-59 Años	1,6154	1.668.240,00
60-64 Años	2,0790	2.147.004,00
65-69 Años	2,5861	2.670.692,40
70-74 Años	3,1033	3.204.810,00
75 años y Mayores	3,8997	4.027.262,40

Artículo 3. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) se le reconocerá una prima adicional del 9.86% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá Distrito Capital, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN TREINTA Y UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1.031.392,80), que corresponde a un valor diario de DOS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS CON NOVENTA Y OCHO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($2.864,98).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo UPC-C de estas ciudades, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,9679	3.061.069,20
1-4 Años	0,9530	982.918,80
5-14 Años	0,3329	343.350,00
15-18 Años Hombres	0,3173	327.261,60
15-18 Años Mujeres	0,5014	517.140,00
19-44 Años Hombres	0,5646	582.325,20
19-44 Años Mujeres	1,0475	1.080.385,20
45-49 Años	1,0361	1.068.627,60
50-54 Años	1,3215	1.362.985,20
55-59 Años	1,6154	1.666.112,40
60-64 Años	2,0790	2.144.264,40
65-69 Años	2,5861	2.667.283,20
70-74 Años	3,1033	3.200.720,40
75 años y Mayores	3,8997	4.022.121,60

Artículo 4. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) para la cobertura del departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se le reconocerá una prima adicional por zona alejada del continente del 37.9%, dando como resultado un valor de la Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1.294.642,80), que corresponde a un valor diario de TRES MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS CON VEINTITRES CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($3.596,23).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo UPC-C de la zona alejada del continente, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,9679	3.842.370,00
1-4 Años	0,9530	1.233.795,60
5-14 Años	0,3329	430.984,80
15-18 Años Hombres	0,3173	410.788,80
15-18 Años Mujeres	0,5014	649.134,00
19-44 Años Hombres	0,5646	730.954,80
19-44 Años Mujeres	1,0475	1.356.138,00
45-49 Años	1,0361	1.341.378,00
50-54 Años	1,3215	1.710.871,20
55-59 Años	1,6154	2.091.366,00
60-64 Años	2,0790	2.691.561,60
65-69 Años	2,5861	3.348.075,60
70-74 Años	3,1033	4.017.664,80
75 años y Mayores	3,8997	5.048.719,20

Artículo 5. El resultado relativo a la concentración de riesgo para los grupos etarios mayores de cincuenta (50) años en las EPS - C, aplicado el Acuerdo 26 de 2011, modificado por la Resolución 6411 de 2016, y teniendo en cuenta la información BDUA con corte a septiembre de 2020, calculando la edad a 31 de diciembre del año de análisis, determina la prima adicional correspondiente al ponderador de concentración de riesgo etario así:

5.1. A la EPS 037 Nueva EPS una prima adicional del 4% dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) anual de NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS CON SESENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($976.377,60), que corresponde a un valor diario de DOS MIL SETECIENTOS DOCE PESOS CON DIECISÉIS CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($2.712,16).

5.2. A la EPS048 Mutual SER una prima adicional del 2% dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) anual de NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TRES PESOS CON SESENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($957.603,60), que corresponde a un valor diario de DOS MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS CON UN CENTAVO MONEDA CORRIENTE ($2.660,01).

Capítulo II
Actividades de promoción y prevención

Artículo 6. Fijar el valor que se reconoce a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención durante el año 2021, en la suma anual de VEINTICUATRO MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($24.152,40), que corresponde a un valor diario de SESENTA Y SIETE PESOS CON NUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($67,09).

Artículo 7. La progresividad en la implementación y el porcentaje mínimo a cumplirse durante el año 2021, de las intervenciones de las que trata el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018, modificado por el artículo 1 de la Resolución 0276 de 2019, se encuentra contemplado en el ajuste del valor de la UPC tanto para el Régimen Contributivo como para el Régimen Subsidiado.

Capítulo III
Traslados de porcentajes de la cotización del Régimen Contributivo, por solidaridad al Régimen Subsidiado

Artículo 8. La cotización obligatoria de los afiliados aportantes del Régimen Contributivo, según lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley 1438 de 2011, seguirá contribuyendo por solidaridad al Régimen Subsidiado.

Parágrafo. De acuerdo con lo señalado en el aparte 2 numeral 1 del artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, los Regímenes Especiales y de Excepción de salud remitirán uno punto cinco puntos (1,5) de la cotización, por solidaridad a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

Capítulo IV
Prestaciones económicas

Artículo 9. Para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común por enfermedad general, incluido el pago de las incapacidades superiores a los quinientos cuarenta (540) días continuos, a los afiliados cotizantes con derecho de las EPS se fija el 0,40% del Ingreso Base de Cotización, valor que incluye lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5 del artículo 3. 2. 1. 10 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

Artículo 10. Las licencias de maternidad y paternidad se pagarán con cargo a los recursos que gestiona la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. Se incluirá en este valor lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la Entidad Promotora de Salud - EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5 del artículo 3.2.1.10 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

Título II
Disposiciones aplicables al Régimen Subsidiado

Capítulo I
Unidad de Pago por Capitación Régimen Subsidiado

Artículo 11. Fijar el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) para el año 2021, en la suma de OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS CON CERO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($872.496,00) que corresponde a un valor diario de DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTITRES PESOS CON SESENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($2.423,60).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-S correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,7654	2.412.799,20
1-4 Años	0,8179	713.613,60
5-14 Años	0,3267	285.044,40
15-18 Años Hombres	0,3847	335.649,60
15-18 Años Mujeres	0,6381	556.740,00
19-44 Años Hombres	0,6415	559.706,40
19-44 Años Mujeres	1,0154	885.931,20
45-49 Años	1,0376	905.302,80
50-54 Años	1,2973	1.131.890,40
55-59 Años	1,5738	1.373.133,60
60-64 Años	1,9465	1.698.314,40
65-69 Años	2,4125	2.104.898,40
70-74 Años	2,9424	2.567.232,00
75 años y Mayores	3,6575	3.191.155,20

Artículo 12. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) se le reconocerá una prima adicional para zonas especiales por dispersión geográfica del 11.47% en los municipios y áreas no municipalizadas señalados en el Anexo No. 1 de la presente resolución, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-S anual de NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON CUARENTA CENTAVOS

MONEDA CORRIENTE ($972,572,40) que corresponde a un valor diario de DOS MIL SETECIENTOS UN PESOS CON CINCUENTA Y NUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($2.701,59).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-S correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,7654	2.689.552,80
1-4 Años	0,8179	795.466,80
5-14 Años	0,3267	317.739,60
15-18 Años Hombres	0,3847	374.148,00
15-18 Años Mujeres	0,6381	620.596,80
19-44 Años Hombres	0,6415	623.905,20
19-44 Años Mujeres	1,0154	987.548,40
45-49 Años	1,0376	1.009.141,20
50-54 Años	1,2973	1.261.717,20
55-59 Años	1,5738	1.530.633,60
60-64 Años	1,9465	1.893.110,40
65-69 Años	2,4125	2.346.332,40
70-74 Años	2,9424	2.861.697,60
75 años y Mayores	3,6575	3.557.185,20

Artículo 13. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) se le reconocerá una prima adicional del 15% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá Distrito Capital, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, lo que corresponde a un valor anual de la UPC-S de UN MILLÓN TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1.003.370,40) que corresponde a un valor diario de DOS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS CON CATORCE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($2.787,14).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC-S de estas ciudades es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,7654	2.774.721,60
1-4 Años	0,8179	820.656,00

5-14 Años	0,3267	327.801,60
15-18 Años Hombres	0,3847	385.995,60
15-18 Años Mujeres	0,6381	640.249,20
19-44 Años Hombres	0,6415	643.662,00
19-44 Años Mujeres	1,0154	1.018.821,60
45-49 Años	1,0376	1.041.098,40
50-54 Años	1,2973	1.301.673,60
55-59 Años	1,5738	1.579.104,00
60-64 Años	1,9465	1.953.061,20
65-69 Años	2,4125	2.420.632,80
70-74 Años	2,9424	2.952.316,80
75 años y Mayores	3,6575	3.669.825,60

Artículo 14. Fijar el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en la suma anual de UN MILLÓN DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1.266.494,40), que corresponde a un valor diario de TRES MIL QUINIENTOS DIECIOCHO PESOS CON CUATRO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($3.518,04).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC-S de la zona alejada del continente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,7654	3.502.364,40
1-4 Años	0,8179	1.035.864,00
5-14 Años	0,3267	413.762,40
15-18 Años Hombres	0,3847	487.220,40
15-18 Años Mujeres	0,6381	808.149,60
19-44 Años Hombres	0,6415	812.455,20
19-44 Años Mujeres	1,0154	1.285.999,20
45-49 Años	1,0376	1.314.115,20
50-54 Años	1,2973	1.643.022,00
55-59 Años	1,5738	1.993.208,40
60-64 Años	1,9465	2.465.229,60
65-69 Años	2,4125	3.055.417,20
70-74 Años	2,9424	3.726.532,80
75 años y Mayores	3,6575	4.632.202,80

Artículo 15. Al valor fijado para la Unidad de Pago por Capitación en el artículo 11 de la presente resolución, se le reconocerá un incremento del 4,81% a las Entidades Promotoras de Salud Indí-

genas - EPSI, dando como resultado la suma anual de NOVECIENTOS CATORCE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($914.464,80), que corresponde a un valor diario de DOS MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS CON DIECIOCHO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($2.540,18).

La estructura de costo por grupo etario de la UPCDI para las EPSI correspondiente, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,7654	2.528.859,60
1-4 Años	0,8179	747.939,60
5-14 Años	0,3267	298.756,80
15-18 Años Hombres	0,3847	351.795,60
15-18 Años Mujeres	0,6381	583.520,40
19-44 Años Hombres	0,6415	586.630,80
19-44 Años Mujeres	1,0154	928.548,00
45-49 Años	1,0376	948.848,40
50-54 Años	1,2973	1.186.336,80
55-59 Años	1,5738	1.439.186,40
60-64 Años	1,9465	1.780.005,60
65-69 Años	2,4125	2.206.144,80
70-74 Años	2,9424	2.690.722,80
75 años y Mayores	3,6575	3.344.655,60

Parágrafo 1. Al valor fijado para la Unidad de Pago por Capitación en el artículo 11 de la presente resolución, se reconocerá un incremento del 12%, para la EPSI03, dando como resultado la suma anual de NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL CIENTO NOVENTA Y CUATRO PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($977.194,80), que corresponde a un valor diario de DOS MIL SETECIENTOS CATORCE PESOS CON CUARENTA Y TRES CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($2.714,43). El mantenimiento del piloto estará sujeto al reporte de información de suficiencia en las condiciones de oportunidad y calidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. En aplicación del artículo 85 del Decreto 1953 de 2014, corresponde a las EPSI, aportar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social para la determinación de una UPC diferencial indígena. Una vez se reciba la información necesaria, este Ministerio la consolidará y calculará la UPC diferencial indígena teniendo en cuenta las actividades diferenciales de los Territorios Indígenas.

Artículo 16. Sobre el valor fijado en el artículo 15 de la presente resolución, se reconocerá una prima adicional para la zona especial por dispersión geográfica del 11.47% en los municipios y áreas no municipalizadas señalados en el Anexo No. 1 de la presente resolución, dando como resultado la suma anual de la UPCDI para girar a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas

- EPSI, de UN MILLÓN DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1.019.354,40) que corresponde a un valor diario de DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y UN PESOS CON CINCUENTA Y CUATRO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($2.831,54).

La estructura de costo por grupo etario de la UPCDI para las EPSI correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,7654	2.818.922,40
1-4 Años	0,8179	833.731,20
5-14 Años	0,3267	333.021,60
15-18 Años Hombres	0,3847	392.144,40
15-18 Años Mujeres	0,6381	650.451,60
19-44 Años Hombres	0,6415	653.914,80
19-44 Años Mujeres	1,0154	1.035.054,00
45-49 Años	1,0376	1.057.683,60
50-54 Años	1,2973	1.322.409,60
55-59 Años	1,5738	1.604.260,80
60-64 Años	1,9465	1.984.172,40
65-69 Años	2,4125	2.459.192,40
70-74 Años	2,9424	2.999.347,20
75 años y Mayores	3,6575	3.728.289,60

Parágrafo 1. Al valor fijado para la Unidad de Pago por Capitación determinado en el parágrafo 1 del artículo 15 de la presente resolución, para la EPSI03, se reconocerá una prima adicional para la zona especial por dispersión geográfica del 11.47% en los municipios y áreas no municipalizadas señalados en el Anexo No. 1 de la presente resolución, dando como resultado la suma anual de UN MILLÓN OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS CON OCHENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1.089.280,80) que corresponde a un valor diario de TRES MIL VEINTICINCO PESOS CON SETENTA Y OCHO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($3.025,78).

Parágrafo 2. En aplicación del artículo 85 del Decreto 1953 de 2014, corresponde a las EPSI, aportar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social para la determinación de una UPC diferencial indígena. Una vez se reciba la información necesaria, este Ministerio consolidará y calculará la UPC diferencial indígena teniendo en cuenta las actividades diferenciales de los Territorios Indígenas.

Artículo 17. Sobre el valor fijado en el artículo 15 de la presente resolución, se reconocerá una prima adicional del 15% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá Distrito Capital, Bucaramanga, Buenaventura Dis-

trito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, lo que corresponde a un valor anual de la UPCDI para girar a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI de UN MILLÓN CINCUENTA Y UN MIL SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS CON SESENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1.051.635,60) que corresponde a un valor diario de DOS MIL NOVECIENTOS VEINTIUN PESOS CON VEINTIUN CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($2.921,21).

La estructura de costo por grupo etario de la UPCDI para las EPSI correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,7654	2.908.191,60
1-4 Años	0,8179	860.133,60
5-14 Años	0,3267	343.569,60
15-18 Años Hombres	0,3847	404.564,40
15-18 Años Mujeres	0,6381	671.047,20
19-44 Años Hombres	0,6415	674.625,60
19-44 Años Mujeres	1,0154	1.067.832,00
45-49 Años	1,0376	1.091.178,00
50-54 Años	1,2973	1.364.288,40
55-59 Años	1,5738	1.655.064,00
60-64 Años	1,9465	2.047.010,40
65-69 Años	2,4125	2.537.071,20
70-74 Años	2,9424	3.094.333,20
75 años y Mayores	3,6575	3.846.358,80

Parágrafo 1. Al valor fijado para la Unidad de Pago por Capitación determinado en el parágrafo 1 del artículo 15 de la presente resolución, para la EPSI03, se reconocerá una prima adicional del 15% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá Distrito Capital, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, dando como resultado la suma anual de UN MILLÓN CIENTO VEINTITRES MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1.123.772,40), que corresponde a un valor diario de TRES MIL CIENTO VEINTIUN PESOS CON CINCUENTA Y NUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($3.121,59).

Parágrafo 2. En aplicación del artículo 85 del Decreto 1953 de 2014, corresponde a las EPSI, aportar la información que requiera el Ministerio de Salud y Protección Social para la determinación de una UPC diferencial indígena. Una vez se reciba la información necesaria, este Ministerio la consolidará y calculará la UPC diferencial indígena teniendo en cuenta las actividades diferenciales de los Territorios Indígenas.

Título III
Reporte de información

Artículo 18. La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, requerirá la información que permita recolectar, procesar, estimar, monitorear y evaluar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, en los instructivos y formatos que deberán contener como mínimo tiempos de reporte y retroalimentación, sin perjuicio de que pueda solicitar información adicional tanto histórica como de la vigencia.

La información sobre los servicios y tecnologías de salud prestados a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, suministrados por los diferentes actores y agentes, deberá estar codificada según las disposiciones que establezca la normativa vigente y aplicable al momento del reporte, así:

- En caso de medicamentos, se atenderá a lo dispuesto en la Resolución 255 de 2007, la Resolución 3311 de 2018 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

- En caso de servicios y procedimientos, se atenderá a lo dispuesto en la norma vigente para el momento de entrega de la información.

Parágrafo. Los cálculos del estudio de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación - UPC y mecanismos de ajuste de riesgo se realizarán con las bases de información que se encuentren disponibles.

Artículo 19. Las direcciones territoriales de salud, las Entidades Promotoras de Salud -EPS, los prestadores de servicios de salud, las Cajas de Compensación Familiar- CCF, las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL y los demás actores y agentes del Sistema, deberán proveer la información solicitada por parte de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, con calidad, oportunidad, de forma confiable y en la estructura que se establezca, atendiendo el nivel de detalle que se requiera, en los instructivos, formatos y conforme con la metodología prevista para el efecto.

Artículo 20. Las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado reportarán la información que requiera la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, para adelantar estudios, en los siguientes términos:

Estudio	Mes de solicitud de información	Mes de reporte de información	Periodicidad del reporte
Solicitud de información a Entidades Promotoras de Salud, para el estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC recursos para garantizar la financiación de servicios y tecnologías de salud año 2022.	Diciembre de 2020	1 al 15 de mayo de 2021	Anual
Solicitud de información a Entidades Promotoras de Salud, para el reconocimiento y el pago de incapacidades de origen común por enfermedad general a los afiliados del régimen contributivo.	Diciembre de 2020	15 al 30 de junio de 2021	Anual

Artículo 21. Las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado deberán reportar la información de los servicios y tecnologías de salud para el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC y la información de las incapacidades de origen común por enfermedad general, incluidas las derivadas del diagnóstico confirmado por coronavirus Covid19, de la vigencia 2021, mes a mes conforme a los cortes y tiempos establecidos en las siguientes fechas:

Periodo de la información reportada		Periodo de recepción del archivo	
Fecha Inicial	**Fecha Final y Fecha de Corte**	**Fecha inicial**	**Fecha final**
2021-01-01	2021-01-31	Febrero 22 de 2021	Febrero 26 de 2021
2021-02-01	2021-02-28	Marzo 24 de 2021	Marzo 31 de 2021
2021-03-01	2021-03-31	Abril 23 de 2021	Abril 30 de 2021

Periodo de la información reportada		Periodo de recepción del archivo	
Fecha Inicial	**Fecha Final y Fecha de Corte**	**Fecha inicial**	**Fecha final**
2021-04-01	2021-04-30	Mayo 24 de 2021	Mayo 31 de 2021
2021-05-01	2021-05-31	Junio 23 de 2021	Junio 30 de 2021
2021-06-01	2021-06-30	Julio 24 de 2021	Julio 31 de 2021
2021-07-01	2021-07-31	Agosto 24 de 2021	Agosto 31 de 2021
2021-08-01	2021-08-31	Septiembre 23 de 2021	Septiembre 30 de 2021
2021-09-01	2021-09-30	Octubre 23 de 2021	Octubre 30 de 2021
2021-10-01	2021-10-31	Noviembre 23 de 2021	Noviembre 30 de 2021
2021-11-01	2021-11-30	Diciembre 24 de 2021	Diciembre 31 de 2021
2021-12-01	2021-12-31	Enero 24 de 2022	Enero 31 de 2022

Una vez recibida la información, se realizarán los procesos de calidad y se retroalimentará a los actores y agentes del SGSSS, sin perjuicio de solicitar en cualquier oportunidad información complementaria para la elaboración de estudios y reportes.

Artículo 22. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud-RIPS ajustado según la implementación de la facturación electrónica y articulado con los lineamientos asociados a la interoperabilidad de los sistemas de información en los términos que el esquema de transición disponga, constituirá una de las fuentes de información para los cálculos del estudio de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación - UPC en las futuras vigencias.

Parágrafo. En la medida que se verifique la calidad de la información suministrada por los diferentes actores y agentes, este Ministerio podrá suprimir reportes de información o simplificar su contenido.

Título IV
Disposiciones finales

Artículo 23. La gestión de la información de las intervenciones de que trata el Anexo No. 2 de la presente resolución, serán monitoreadas por la Dirección de Promoción y Prevención, quien deberá remitir informe sobre las acciones realizadas ante la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, de manera semestral.

Artículo 24. Las EPS e IPS observaran las notas técnicas resultantes de los análisis del perfil epidemiológico de su población, sus necesidades en salud y las frecuencias de uso, para la contratación con su red de prestadores de servicios de salud, en procura de la eficiencia de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación, con los que se financian los beneficios en salud a que tienen derecho sus afiliados.

Artículo 25. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y surte efectos a partir del 1 de enero de 2021.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver anexo:: . https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2503-de-2020.pdf

2.2.4. Resolución 43 de 2021

Por la cual se fija el presupuesto máximo a transferir a cada una de las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar en los cuatro primeros meses de la vigencia 2021

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales y reglamentarias, en especial, las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993; los numerales 2 y 20 del artículo 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011, y el artículo 240 de la Ley 1955 del 2019 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, dispone que *"Los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). El techo o presupuesto máximo anual por EPS se establecerá de acuerdo a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio. (…) las Entidades Promotoras de Salud (EPS) considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores máximos por tecnología o servicio que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y remitirán la información que este requiera. (…) PARÁGRAFO. Las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC."*

Que en el marco de lo previsto en los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015, y 2.6.4.2.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES es la encargada de administrar los recursos del SGSSS.

Que este Ministerio mediante la Resolución 205 de 17 de febrero de 2020 adoptó la metodología para definir el presupuesto máximo a asignar a las entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas a compensar, y estableció otras disposiciones.

Que, en aplicación de la metodología de cálculo adoptada, este Ministerio mediante la Resolución 206 de 2020 fijó el presupuesto máximo a transferir a cada una de las Entidades Promotoras de Salud y a las demás Entidades Obligadas a Compensar para los meses de marzo a diciembre de la vigencia 2020.

Que, en razón a los resultados del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo asignado para la vigencia 2020 y a la recomendación dada por la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, este Ministerio expidió la Resolución 2454 del 21 de diciembre de 2020 mediante la cual adoptó la metodología para la definición del ajuste al presupuesto máximo de las EPS o EOC para la vigencia 2020.

Que, en aplicación de la metodología adoptada en la citada Resolución, este Ministerio mediante la Resolución 2459 de 22 de diciembre de 2020 fijó el ajuste al presupuesto máximo de la vigencia 2020 de algunas entidades promotoras de salud a las cuales se les determinó riesgo de superación de este presupuesto.

Que, la prestación de los servicios de salud financiados con los recursos de presupuestos máximos se realiza hasta el 31 de diciembre de 2020 por lo que, la información de garantía de suministro no estará disponible en su totalidad hasta finales del mes de enero de 2021, lo que implica que este Ministerio no dispondrá de los insumos para el cálculo total de la asignación del presupuesto por cada una de las EPS del régimen subsidiado y contributivo y las demás EOC, siendo necesario definir una asignación para los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2021 que permita a las EPS gestionar la atención de los servicios y tecnologías financiados con cargo al presupuesto máximo.

Que para determinar el presupuesto máximo de que trata la presente resolución, se considera el valor final de los recursos girados por la ADRES provenientes de la Resolución 206 de 2020, el valor de ajuste inicial al presupuesto máximo de la vigencia 2020 contenido en la Resolución 2459 de 2020 y el incremento de la inflación proyectada por el gobierno para el año 2021, que determinan los valores que sustentan el presente acto administrativo.

Que, conforme con lo anteriormente expuesto, a través del presente acto administrativo se fija la asignación del presupuesto máximo a transferir a cada EPS o EOC para los cuatro primeros meses de la vigencia 2021 y se fija el término para su transferencia por parte de la ADRES.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Objeto*. La presente resolución tiene por objeto fijar el presupuesto máximo a transferir a cada una de las entidades promotoras de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC para los meses de enero, febrero, marzo y abril de la vigencia 2021.

Artículo 2. *De la asignación del presupuesto máximo para los meses de enero, febrero, marzo y abril de la vigencia 2021.* La asignación del presupuesto máximo correspondiente a los cuatro (4) primero meses del año 2021, se calculará tomando como base el valor final de los recursos girados por la ADRES en la vigencia de 2020 previstos en la Resolución 206 de 2020 para cada EPS o EOC, incluyendo el valor de ajuste inicial al presupuesto máximo de la vigencia 2020 contenido en la Resolución 2459 de 2020, y considerando el incremento de la inflación proyectada por el gobierno para el año 2021, la cual se ubica en el 2.4%.

El valor resultante se dividirá por diez (10) para obtener el valor mensual, en virtud de que el valor girado por la ADRES para la vigencia 2020 y el ajuste al presupuesto máximo, corresponde a 10 meses. Para definir el valor a transferir de los meses de enero, febrero, marzo y abril, se tomará el valor mensual y se multiplicará por cuatro (4).

Parágrafo 1. Las EPS o EOC que fueron objeto de medida administrativa con pérdida de autorización para operar en municipios o departamentos, se les realizará la asignación del presupuesto para los meses de enero a abril de 2021, en forma proporcional al número de afiliados que disponga con corte a treinta y uno (31) de diciembre de 2020; y a las liquidadas no se les asignará presupuesto alguno.

Parágrafo 2. Para el cálculo del presupuesto máximo a asignar a cada EPS o EOC de la vigencia 2021, este Ministerio, de conformidad con la metodología que adopte para el efecto, tendrá en cuenta la información que los actores del sistema reporten en el módulo de suministro de la herramienta tecnológica MIPRES con fecha de entrega a 31 de diciembre de 2020 y fecha de generación de la información en el mes febrero de 2021. El valor del presupuesto máximo fijado para los meses de enero a abril de 2021 se tendrá en cuenta para efectos de determinar el valor faltante por girar una vez aplicada la respectiva metodología para toda la vigencia 2021.

Parágrafo 3. A los recursos de la asignación de que trata la presente resolución se les aplicarán las disposiciones establecidas en la Resolución 205 de 2020, exceptuando la aplicación de la metodología para la definición de la asignación anual y el término de transferencia.

Artículo 3. *Asignación del presupuesto máximo para los primeros cuatro (4) meses de la vigencia 2021de las EPS y EOC del Régimen Contributivo.* La asignación del presupuesto máximo a las entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas a

compensar del Régimen Contributivo para los cuatro (4) primeros meses de la vigencia 2021, corresponde al valor contenido en la siguiente tabla:

Código EPS	Nombre EPS	Presupuesto Máximo (enero a abril de 2021) Pesos
EPS001	ALIANSALUD EPS	23.623.963.645,00
EPS012	COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	21.307.601.873,00
EPS008	COMPENSAR EPS	80.298.901.728,00
EPS016	COOMEVA	107.713.677.593,00
EPS042	COOSALUD OPERACIÓN DEL REG CONTRIBUTIVO EN GUAINIA	1.161.444.662,00
EAS016	EEPP DE MEDELLIN	1.619.703.821,00
EPS017	FAMISANAR	87.858.925.505,00
EAS027	FERROCARRILES	60.373.947,00
EPS046	FUNDACION SALUD MIA EPS	1.289.133.182,00
EPS044	MEDIMAS EPS	40.751.237.145,00
EPS048	MUTUALSER CONTRIBUTIVO	672.466.296,00
EPS037	NUEVA EPS	401.208.113.318,00
EPS002	SALUD TOTAL	140.572.714.618,00
EPS005	SANITAS	220.106.524.664,00
EPS018	SOS	45.509.549.886,00
EPS010	SURA EPS	257.741.239.627,00
TOTAL		**1.431.495.571.510,00**

Parágrafo. El resultado del presupuesto máximo para las EPS y demás EOC por movilidad se encuentra contenido en el valor asignado al código de la EPS o EOC del Régimen Contributivo.

Artículo 4. ***Asignación del presupuesto máximo de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.*** La asignación del presupuesto máximo a las entidades promotoras de salud del Régimen Subsidiado para los cuatro (4) primeros meses de la vigencia 2021, corresponde al valor contenido en la siguiente tabla:

Código EPS	Nombre EPS	Presupuesto Máximo (enero a abril de 2021) Pesos
EPSI03	AIC EPSI	5.620.812.105,00
ESS076	AMBUQ	2.113.540.066,00
EPSI04	ANAS WAYUU EPSI	522.248.843,00
ESS062	ASMET SALUD EPS SAS	25.353.988.544,00
CCF055	CAJACOPI ATLANTICO	11.616.414.388,00
EPSS34	CAPITAL SALUD	7.522.521.533,00
EPS025	CAPRESOCA EPSS	1.845.978.323,00
CCF102	COMFACHOCO EPSS	37.078.525,00
CCF023	COMFAMILIAR GUAJIRA EPSS	588.304.327,00
CCF024	COMFAMILIAR HUILA EPSS	9.751.198.800,00
CCF027	COMFAMILIAR NARIÑO	100.408.446,00
CCF050	COMFAORIENTE EPS	3.386.386.912,00
CCF033	COMFASUCRE EPSS	422.294.603,00
ESS133	COMPARTA	11.329.704.768,00

Código EPS	Nombre EPS	Presupuesto Máximo (enero a abril de 2021) Pesos
EPS022	CONVIDA	3.137.783.340,00
ESS024	COOSALUD E.S.S.	46.369.010.494,00
EPSI01	DUSAKAWI EPSI	121.444.535,00
ESS091	ECOOPSOS EPSS	1.640.363.327,00
ESS118	EMSSANAR	53.627.783.355,00
EPSI05	MALLAMAS EPSI	2.063.236.354,00
EPSS45	MEDIMAS EPS	15.763.316.908,00
ESS207	MUTUALSER	32.129.107.556,00
EPSS41	NUEVA EPS	9.871.006.110,00
EPSI06	PIJAOS EPSI	773.261.004,00
EPSS40	SAVIA SALUD EPS	20.655.326.501,00
TOTAL		**266.362.519.667,00**

Parágrafo. El resultado del presupuesto máximo para las EPS por movilidad se encuentra contenido en el valor asignado al código de la EPS del Régimen Subsidiado.

Artículo 5. ***Transferencia del presupuesto máximo para los cuatro primeros meses de la vigencia 2021.*** La ADRES transferirá a las EPS y demás EOC los recursos del presupuesto máximo asignados para los meses de febrero, marzo y abril de 2021, en los términos dispuestos en el artículo 14 de la Resolución 205 de 2020, o la norma que la modifique o sustituya.

Parágrafo. La transferencia del presupuesto máximo correspondiente al mes de enero podrá realizarse en los primeros quince (15) días calendario del mes de febrero de 2021.

Artículo 6. ***Vigencia.*** La presente resolución rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.5. Resolución 80 de 2020

Por la cual se adoptan medidas preventivas y transitorias para el control sanitario de pasajeros provenientes de la República Federativa de Brasil por vía aérea de forma directa o por conexiones, a causa de evidencias del nuevo coronavirus, COVID-19

LOS MINISTROS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DE TRANSPORTE

En ejercicio de sus atribuciones, en especial, las conferidas en el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015, parágrafo 1 del artículo 2.8.8.1.4.3, del Decreto 780 de 2016, los numerales 6.1 y 6.2 del artículo 6 del Decreto 087 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de nuestra Constitución Política determina, entre otros aspectos, que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad, y el numeral 2 del artículo 95, del mismo ordenamiento, dispone que las personas deben *"obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias, ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud".*

Que la Ley 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud y dispone en su artículo 5o que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, como uno de los elementos fundamentales del Estado Social de Derecho, así mismo, en su artículo 10°, enuncia como deberes de las personas frente a ese derecho fundamental, los de *"propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad"* y de *"actuar de manera solidaria ante situaciones que pongan en peligro la vida y la salud de las personas".*

Que el artículo 489 de la Ley 9 de 1979 señala que el Ministerio de Salud y Protección Social, o su entidad delegada, serán las autoridades competentes para ejecutar *"acciones de vigilancia epidemiológica y de control de saneamiento de áreas portuarias, naves y vehículos. Todas las entidades que participen en el tráfico internacional y en actividades de las áreas portuarias, deberán dar respaldo y prestar su apoyo al Ministerio de Salud o su entidad delegada para el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones"*, y en su artículo 598 establece que, *"toda persona debe velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes"*.

Que el artículo 2.8.8.1.4.2 del Decreto 780 de 2016 señala que se considera como autoridad sanitaria del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que de acuerdo con el artículo 1° del Reglamento Sanitario Internacional, se considera emergencia de salud pública de importancia internacional un evento extraordinario que i) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y ii) podria exigir una respuesta internacional coordinada.

Que, el 11 de marzo de este año, la OMS declaró que el brote del nuevo coronavirus - COVID-19 es una pandemia, esencialmente por la velocidad en su propagación, por lo que instó a los países a tomar acciones urgentes y decididas para la identificación, confirmación, aislamiento, monitoreo de los posibles casos y el tratamiento de los casos confirmados, así como la divulgación de las medidas preventivas, todo lo cual debe redundar en la mitigación del contagio.

Que mediante la Resolución 2230 del 27 de noviembre de 2020 este Ministerio prorrogó hasta el 28 de febrero del 2021, la emergencia sanitaria declarada mediante la Resolución 385 de 2020 y prorrogada a través de las Resoluciones 844 y 1462 del mismo año.

Que el Gobierno nacional mediante los Decretos 1109 y 1374 ambos de 2020, creo y optimizo, respectivamente, el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible - PRASS, para el monitoreo y seguimiento de casos y contactos de COVID-19 en Colombia,

Que, la toma de decisiones en Salud Pública se debe adaptar al surgimiento de nuevos hechos y evidencias científicas, de forma dinámica y continua.

Que, según la evidencia científica, el coronavirus COVID 19 es un virus de ARN, y las mutaciones surgen naturalmente a medida que el virus se replica. Actualmente han surgido miles de mutaciones, pero es probable que sólo una minoría sea clínica o epidemiológicamente importante y cambie el virus de forma apreciable.

Que científicamente se reconocen virus locales" y variantes genéticas globales del SARS CoV-2, para el caso colombiano según la vigilancia genómica, circulan 29 linajes del virus, siendo el más frecuente el B.1.1.1.1.

Que, en los últimos meses, se han notificado a la OMS tres variantes diferentes del SARS CoV-2 como eventos inusuales de salud pública: VOC 202012/01, linaje B. 1.1.7 en el Reino Unido (RU) e Irlanda del Norte, 501Y.V2, linaje B.1.351, en Sudáfrica y la variante P.1, linaje B.1.1.28 en Brasil.

Que respecto a este último linaje se ha informado de un rápido crecimiento asociado con un número grande de cambios genéticos, en especial en la proteína de la espícula incluyendo tres mutaciones de mayor preocupación, las cuales según la evidencia preliminar se indica que podrían tener un impacto sobre la transmisibilidad y sobre una posible evasión de la respuesta inmune del huésped, por lo que se requiere una caracterización urgente en laboratorio y una mayor vigilancia genómica en todo el mundo.

Que, las autoridades sanitarias de Brasil han indicado que aparentemente esta nueva variante, más prevalente en el estado de Amazonas, pudiese ser la explicación a la más reciente oleada de casos, lo que la haría responsable del incremento en la incidencia de casos por coronavirus Covid-19 y de reinfecciones relacionadas con una posible evasión de la respuesta inmune en ese país.

Que, aunque se han detectado unos pocos casos en otros países estos han correspondido a casos importados no autóctonos, de manera que es Brasil el país con mayor predominancia de la variante, sus efectos clínicos y epidemiológicos.

Que, el ingreso de una nueva cepa a Colombia podría llegar a agravar la situación, dado el incremento de la transmisión en algunas regiones del país, y a que varias ciudades presentan un incremento de ocupación de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Adicionalmente, su detección, al menos por las pruebas de antígeno, podría verse afectada, lo que dificultaría el control epidemiológico basado en la detección de casos y contactos, hasta tanto no se tenga claridad del rendimiento de estas pruebas para esta nueva cepa, todo lo cual requiere el fortalecimiento de la vigilancia genómica liderada por el Instituto Nacional de Salud (INS).

Que por lo anterior Colombia requiere tiempo para analizar el impacto epidemiológico de la nueva variante en la transmisión local y, si es del caso, adaptar su respuesta, por lo que es necesario impartir medidas preventivas y transitorias relacionadas con la contención del virus y su mitigación.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. ***Suspensión del ingreso al territorio colombiano***. Suspéndase el ingreso al territorio colombiano de vuelos procedentes de Brasil, directos y por conexión, a partir de las 00:00 horas del 29 de enero del año 2021. Sólo se admitirá el ingreso al país de personas que arriben a Colombia y cuyo país de origen sea Brasil, cuando se trate de:

1.1. Colombianos y extranjeros que inicien su vuelo desde Brasil o que inicien su vuelo de conexión hacia Colombia, antes de la fecha de entrada en vigencia de la presente resolución.

1.2. Colombianos y extranjeros que, por diferencia de horario, ya hayan sido citados a la terminal aérea antes de la entrada en vigencia de la presente resolución.

1.3. Extranjeros que cuenten con visa de migrante o visa tipo "M"

1.4. Colombianos y extranjeros con residencia permanente en Colombia, autorizados a tomar vuelos humanitarios, si los mismos son permitidos, de acuerdo con la evolución de la situación epidemiológica global y nacional.

1.5 La tripulación de la aeronave y

1.6 Los vuelos de carga y de Estado.

Aquellos pasajeros a los que se permita el ingreso al país, y su punto de ingreso a Colombia no corresponda con el destino final, el traslado se hará con todas las medidas de bioseguridad y condiciones de tránsito o conexión, establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y por la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil. Las medidas de bioseguridad que se requieran serán sufragadas con cargo a los recursos propios del pasajero.

Los pasajeros que lleguen al país en conexión internacional deberán, durante el tiempo de la conexión, permanecer en un área de espera designada para tal fin, de conformidad con los protocolos adoptados per el Ministerio de Salud y Protección Social y por la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil.

Parágrafo 1. La Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, en el marco de sus competencias, podrá negar el ingreso de cualquier extranjero al territorio colombiano, en ejercicio del principio de soberanía del Estado.

Parágrafo 2. Los vuelos humanitarios y de Estado deberán ser coordinados con las autoridades sanitarias, aeronáuticas y migratorias, cuando sea del caso.

Artículo 2. ***Medidas sanitarias preventivas.*** Los pasajeros admitidos a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, provenientes de Brasil, deberán adoptar las medidas sanitarias preventivas de aislamiento y cuarentena de catorce (14) días contados desde la fecha de su ingreso.

La cuarentena o el aislamiento, según corresponda, se llevará cabo en el lugar de residencia que escoja la persona si es colombiano o extranjero con residencia permanente en Colombia, o en un hospedaje, sufragado con sus propios recursos, si es extranjero no residente en Colombia. El lugar escogido no podrá ser modificado durante los catorce (14) días.

Los viajeros provenientes de Brasil, que hayan ingresado al país, de forma directa o por conexión, entre el 18 de enero y las 23.59 horas del 28 de enero de 2021, deberán cumplir con una cuarentena de catorce (14) días, la cual les será informada por el Centro de Contacto Nacional de Rastreo,

Parágrafo. Las tripulaciones deberán cumplir con el protocolo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y por la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil.

Artículo 3. Suspensión de vuelos comerciales de Leticia a cualquier destino nacional. Suspéndase los vuelos comerciales desde Leticia hacia cualquier destino nacional, a partir de las 00:00 horas del 29 de enero del año 2021. Solo se permitirán los vuelos de carga y los vuelos

humanitarios y de Estado, estos últimos deberán ser coordinados con las autoridades sanitarias, aeronáuticas y migratorias, cuando sea del caso.

Parágrafo. Recomendar a las personas que hayan llegado desde Leticia a cualquier otro destino del país, entre el 18 de enero de 2021 y las 23.59 horas del 28 de enero de 2021, realizar cuarentena preventiva por catorce (14) días contados desde la fecha de su arribo y que en caso de presentar síntomas relacionados con coronavirus Covid-19 informar a su EPS o a la línea 192, para la activación de la estrategia PRASS.

Artículo 4. ***Responsabilidades de las aerolíneas.*** Las aerolíneas tendrán la obligación de informar a todos los usuarios, previo a su embarque, las medidas adoptadas en la presente resolución, las recomendaciones sanitarias para evitar el contagio del nuevo coronavirus - COVID-19; y las sanciones administrativas y penales en caso de incumplimiento de las medidas sanitarias, conforme al procedimiento establecido por la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil.

Artículo 5. ***Responsabilidad de los pasajeros.*** Los pasajeros deberán reportar de manera inmediata, a las autoridades sanitarias del lugar en donde se encuentren, si presentan síntomas compatibles con el nuevo coronavirus - COVID-19. Si los síntomas se presentan durante el vuelo, deberán informar de inmediato a la tripulación y atender de forma obligatoria el protocolo adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estos pasajeros igualmente están obligados a responder al llamado de las autoridades sanitarias, de las EAPB, y de las autoridades migratorias; a dar información veraz sobre su situación de salud, contactos estrechos, y a cumplir estrictamente con las indicaciones que estas autoridades les establezcan. De igual manera, son responsables de cumplir con las obligaciones contenidas en la Resolución 1627 de 2020.

Artículo 6. ***Vigilancia del cumplimiento de las medidas preventivas de aislamiento y cuarentena.*** Tratándose de colombianos y extranjeros con residencia permanente en Colombia, se les hará seguimiento estricto de síntomas y al cumplimiento de las medidas preventivas sanitarias establecidas en el presente acto administrativo, a través de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, cuando se trate de extranjeros no residentes en Colombia y nacionales no afiliados al Sistema, la vigilancia y cumplimiento de estas medidas, estará a cargo de las secretarias de salud del lugar del primer desembarque, o del lugar de destino en el territorio colombiano. La Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, reportará a estas entidades la información del pasajero.

Artículo 7. ***Inobservancia de las medidas.*** La violación e inobservancia de las medidas adoptas mediante el presente acto administrativo, dará lugar a la sanción penal prevista en el artículo 368 del Código Penal y a las multas contempladas en el artículo 2.8.8.1.4.21 del Decreto 780 de 2016.

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

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

2.2.6. Resolución 83 de 2021

Por la cual se definen los lineamientos para la incorporación de la información y la interoperabilidad del Sistema de Subsidio Familiar en el SAT respecto a los roles empleador persona jurídica y empleador persona natural

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades, en especial las conferidas en los numeral 23 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, en el inciso tercero del artículo 2.1.2.1 del Decreto 780 de 2016, en desarrollo del artículo 2.1.2.2. del Decreto 780 de 2016 y la Resolución 1126 de 2020, modificada por la Resolución 025 de 2021 y

CONSIDERANDO

Que, por medio del Decreto 2353 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social modificado por los Decretos 2058 de 2018 y 1818 de 2019, se creó el Sistema de Afiliación Transaccional – SAT-, como un conjunto de procesos procedimientos e instrumentos de orden técnico y administrativo, que dispone y administra este Ministerio, para registrar, reportar y consultar, en tiempo real, los datos de la información básica y complementaria de la afiliación y sus novedades en Sistema de Seguridad Social Integral y el Sistema de Subsidio Familiar.

Que mediante la Resolución 1126 de 2020, modificada por la Resolución 025 de 2021, este Ministerio junto con la cartera de Trabajo, definieron las condiciones generales para la operación del Sistema de Subsidio Familiar en el SAT, así como roles y funcionalidades que se deben disponer para sus afiliados y las Cajas de Compensación Familiar.

Que se hace necesario definir los lineamientos para la incorporación de la información y la interoperabilidad del Sistema de Subsidio Familiar en el SAT, respecto a las operaciones relacionadas con los roles empleador persona jurídica y empleador persona natural.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Objeto.* Definir los lineamientos para la incorporación de la información y la interoperabilidad del Sistema de Subsidio Familiar en el SAT respecto a los roles empleador persona jurídica y empleador persona natural, atendiendo lo dispuesto en el Anexo Técnico No. 1 "*Incorporación de información de afiliación del Sistema de Subsidio Familiar – SSF"* y en el Anexo Técnico No. 2 *"Operación del Sistema de Subsidio Familiar - SSF en el SAT*" que hacen parte integral de la presente resolución.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación*. La presente resolución aplica a las cajas de compensación familiar, a los empleadores personas naturales y a los empleadores personas jurídicas.
Artículo 3. *Reporte para la incorporación de información de afiliación al SAT***.** Las cajas de compensación familiar verificarán la información de afiliación de empleadores y trabajadores dependientes al Sistema de Subsidio Familiar y reportarán la información, de acuerdo con lo establecido en el Anexo Técnico No. 1 y según el siguiente cronograma:

Periodo de la información a reportar		Plazo para enviar el archivo plano	
Fecha inicial	**Fecha de corte**	**Desde:**	**Hasta:**
01-01-1954	*2021-02-28 Piloto I*	*2021-03-15*	*2021-03-19*
01-01-1954	*2021-03-31 Piloto II*	*2021-04-15*	*2021-04-21*
01-01-1954	*2021-04-30 Piloto III*	*2021-05-18*	*2021-05-24*
01-01-1954	*2021-05-31 Incorporación*	*2021-06-15*	*2021-06-21*

Este Ministerio realizará las validaciones de la información reportada para verificar la inexistencia de inconsistencias y multiafiliación, previo a su incorporación en el SAT.

Los registros de afiliaciones que presenten inconsistencias o multiafiliación y su glosa, serán dispuestos en el SFTP, con el fin de que las cajas de compensación familiar adelanten el proceso de depuración y corrección.

Artículo 4. *Reporte de actualizaciones por parte de las cajas de compensación familiar al SAT*. Las cajas de compensación familiar, una vez realizada la incorporación de la información de que trata el artículo 3 de la presente resolución, y con el fin de mantener actualizada la data incorporada, deberán reportar al SAT, a través de servicios web, la siguiente información en los términos establecidos en el Anexo Técnico No. 2 de la presente resolución:

1. Las afiliaciones, desafiliaciones, y el reporte de novedades que se realicen directamente ante las cajas de compensación familiar, entendiendo por estas últimas, inclusión y exclusión de personas a cargo, pérdida de afiliación por causa grave, inicio y terminación de relación laboral, suspensión temporal del contrato de trabajo, licencias remuneradas y no remuneradas, modificación de salario y retiro definitivo de la empresa.

2. Reporte del estado en el pago de aportes de los empleadores al Sistema del Subsidio Familiar

Artículo 5. *Disposición de la información por parte de SAT a las cajas de compensación familiar.* El SAT, a través de servicios web, informará a las cajas de compensación familiar las solicitudes de afiliación y desafiliación, y el reporte de novedades del Sistema de Subsidio Familiar que sean realizadas a través de las funcionalidades dispuestas en la plataforma www.miseguridadsocial.gov.co, de acuerdo con las estructuras establecidas en el Anexo Técnico No. 2 de la presente resolución.

Las cajas de compensación familiar deben mantener actualizados sus sistemas de información con base en las transacciones que se realicen a través de SAT, desarrollando los servicios web conforme a la gradualidad en que las funcionalidades entren en producción.

Artículo 6. *Tratamiento de la información.* Las entidades que participen en el acceso, registro, consulta, flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el Capítulo 25 del Título 2 del Libro 2 de la Parte 2 del Decreto 1074 de 2015 y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tienen acceso.

Artículo 7. *Seguridad de la información.* Para garantizar la seguridad y veracidad de la información reportada a través de PISIS, las entidades deberán enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual protege los archivos garantizando su confidencialidad, integridad y no repudio. Para firmar digitalmente los archivos, se debe usar un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta aprobada por entidad competente.

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

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver anexo técnico: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-083-de-2021.pdf

2.2.7. Resolución 84 de 2021

Por la cual se establecen disposiciones para la generación de la facturación electrónica de venta en el sector salud y se adopta el Anexo Técnico *"Campos de datos adicionales del sector salud incluidos en la generación de la factura electrónica de venta"*

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por los artículos 173, numeral 3º de la Ley 100 de 1993 y 15 de la Ley 1966 de 2019 y,

CONSIDERANDO

Que el Decreto 358 de 2020, reglamenta los artículos 511, 615, 616-1, 616-2, 616-4, 617, 618, 618-2 y 771-2 del Estatuto Tributario, 26 de la Ley 962 de 2005 y 183 de la Ley 1607 de 2012 y sustituye el Capítulo 4 del Título 1 de la Parte 6 del Libro 1 del Decreto 1625 de 2016, Único Reglamentario en Materia Tributaria, en cuanto a la factura de venta o documento equivalente.

Que el artículo 1.6.1.4.8 del Decreto 358 de 2020, determina los requisitos de la factura de venta y de los documentos equivalentes, estableciendo que sin perjuicio de los requisitos que la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales –DIAN establezca para la factura electrónica de venta, la factura de venta de talonario o de papel y los documentos equivalentes, se podrán incorporar a la citada factura los requisitos adicionales que para cada sector indiquen las autoridades competentes; no obstante, .esos requisitos se deberán implementar y cumplir de acuerdo con las condiciones, términos, mecanismos técnicos y tecnológicos que para tal efecto establezca la DIAN.

Que mediante oficio radicado 202010000570941 del 24 de abril 2020, este Ministerio remitió al Gerente del Proyecto Facturación Electrónica de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN el enlace de la URL http://url.minsalud.gov.co/facturacion-electronica en la que esta entidad dispondrá los datos para la factura electrónica de los agentes del sector salud.

Que mediante la Resolución 042 del 5 de mayo de 2020, la Unidad Administrativa Especial - Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, desarrolló los sistemas de facturación, los proveedores tecnológicos, el registro de la factura electrónica de venta como título valor, y expidió el Anexo Técnico de Factura Electrónica de Venta – Versión 1.7.-2020 en el que se habilitó el numeral "*4.1. Extensión MinSalud" la URL http://url.minsalud.gov.co/facturacion-electronica"*, con la aclaración de que "*entrará a regir una vez que el Ministerio de Salud informe a todos los actores regulados por ellos".*

Que el artículo 72 de la precitada resolución, dispone sobre la información y requisitos adicionales en la factura electrónica de venta e instrumentos electrónicos que se derivan de esta que, "*En*

relación con la incorporación de requisitos adicionales en la factura electrónica de venta que indiquen las autoridades competentes para cada sector; la dependencia de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, que tiene a cargo las definiciones de las funcionalidades del servicio informático electrónico de validación previa de factura electrónica de venta, deberá atender la solicitud que presente el representante de la respectiva entidad para su evaluación e incorporación del «Anexo técnico de factura electrónica de venta».”

Que conforme con lo anteriormente señalado, se hace necesario establecer los campos de datos adicionales del sector salud incluidos en formato XML para la generación de la factura electrónica de venta, que hará parte del Anexo Técnico de factura electrónica de venta Versión 1.7-2020 de la Resolución 0042 de 2020, y que se podrá consultar en la página web de este entidad en la URL *http://url.minsalud.gov.co/facturacion-electronica”* precisando el término en el que entrará a regir su operación y uso, por parte de los actores del sector salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Objeto*. La presente resolución tiene por objeto establecer los campos de datos en formato XML, como requisitos adicionales que deberán cumplir los actores del sector salud en la generación de la factura electrónica de venta y que se incorporan en el numeral *“4.1. Extensión MinSalud”* del Anexo Técnico de Factura Electrónica de Venta – Versión 1.7.-2020 la Resolución 0042 de 2020 de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN. Estos datos permitirán estandarizar la información que se derive de la factura electrónica de venta y facilitará su reconocimiento y manejo por los actores del sector salud.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación*. Las disposiciones contenidas en la presente resolución son aplicables a las siguientes entidades:

1. Las Entidades Responsables de Pago –ERP a las que refiere el numeral 2 del artículo 2.5.3.4.3 del Decreto 780 de 2016.
2. Los prestadores de servicios de salud.
3. La ADRES.
4. Los proveedores tecnológicos.
5. Los laboratorios de salud pública.
6. Los operadores logísticos y gestores farmacéuticos.
7. Las entidades que en el marco de sus funciones legales deban entregar los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS al Sistema de General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. Para efectos de la presente resolución, las entidades encargadas de la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud, corresponden a los facturadores electrónicos del sector salud. Los facturadores electrónicos del sector salud y los proveedores tecnológicos, están

obligados a presentar a las Entidades Responsables de Pago -ERP y demás pagadores, la factura electrónica de venta con validación previa de la DIAN.

Artículo 3. ***Campos de datos del sector salud en formato XML para las facturas electrónicas de venta.*** Los facturadores electrónicos del sector salud, deberán incluir la siguiente información en campos individuales, separados y en el orden establecido, de tal forma que atiendan las especificaciones de estándares UBL ("*Universal Business Language*") en formato XML, según lo dispuesto por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN.

1. Código del prestador de servicios de salud
2. Tipo de documento de identificación del usuario
3. Número de documento de identificación del usuario
4. Primer apellido del usuario
5. Segundo apellido del usuario
6. Primer nombre del usuario
7. Segundo nombre del usuario
8. Tipo de usuario
9. Modalidades de contratación y de pago
10. Cobertura o plan de beneficios
11. Número de autorización
12. Número de mi prescripción (MIPRES)
13. Número de ID de suministro mi prescripción (MIPRES)
14. Número de contrato
15. Número de póliza
16. Fecha de inicio
17. Fecha final
18. Copago
19. Cuota moderadora
20. Cuota de recuperación
21. Pagos compartidos en planes voluntarios de salud

Parágrafo 1. Para efectos de la inclusión de los campos de datos de que trata el presente artículo, se deberá seguir y aplicar lo estipulado en el ***"****Anexo técnico. Campos de datos adicionales del sector salud incluidos en la generación de la factura electrónica de venta"*, el cual hace parte integral de la presente resolución.

Parágrafo 2. En atención a lo dispuesto en el artículo 1.6.1.4.8 del Decreto 358 de 2020, las entidades responsables de pago y demás pagadores no podrán exigir campos de datos adicionales, ni modificar los ya definidos en la presente resolución y su incumplimiento dará lugar a las acciones de vigilancia y control de la entidad competente.

Artículo 4. ***Adopción del anexo técnico y término de adopción*****.** Los facturadores electrónicos del sector salud determinados en el artículo 2 de la presente resolución, deberán adoptar el anexo

técnico que hace parte integral de la presente resolución, a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de su publicación.

Artículo 5. ***Del suministro de la información para el diligenciamiento de los datos del sector salud.*** La fuente de información para el diligenciamiento de los campos de datos adicionales del sector salud en el formato XML, señalados en el artículo 3 de la presente resolución, serán los acuerdos de voluntades suscritos entre facturadores electrónicos y las Entidades Responsables de Pago -ERP y demás pagadores.

En caso de no existir contrato, las ERP y demás pagadores deberán suministrar la información para el diligenciamiento de los campos de datos adicionales del sector salud en el formato XML del artículo 3 de la presente resolución, que le sea requerida por el facturador electrónico.

Artículo 6. ***Consistencia de los campos de datos adicionales del sector salud de la factura electrónica de venta.*** La información de los campos de datos contenida en el artículo 3 de la presente resolución, deberá ser consistente con la representación gráfica de la factura de venta y con la información reportada en el RIPS como soporte de esta, en lo que aplique.

Cuando se presenten inconsistencias en los campos de datos del sector salud adicionales en el Formato XML, no serán causal de devolución, glosa o de no pago. En el caso de que las mismas inconsistencias se presenten en los RIPS, se aplicará el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas de la Resolución 3047 de 2008 o la que la modifique o sustituya.

Artículo 7. ***Trazabilidad de la factura de venta de los servicios y tecnologías en salud.*** Para efectos de la trazabilidad de la factura de venta de los servicios y tecnologías en salud, y teniendo en cuenta que la factura electrónica de venta con validación previa, así como los documentos equivalentes, notas crédito, notas débito y demás instrumentos electrónicos, son trasmitidas con el documento electrónico de validación al adquirente, éstos deberán enviarse en el mismo momento al Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos y condiciones técnicas que este último determine.

Artículo 8. ***Comunicación***. Las disposiciones previstas en la presente resolución se comunicarán a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales – DIAN para lo pertinente.

Artículo 9. ***Vigencia y derogatorias.*** La presente resolución rige a partir de su publicación y adiciona lo pertinente la Resolución 0042 de 2020 expedida por la DIAN.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver anexo técnico en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20084%20de%202021.pdf

2.2.8. Resolución 92 de 2021

Por medio de la cual se modifica el artículo 3 de la Resolución 080 de 2021

LOS MINISTROS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y DE TRANSPORTE

En ejercicio de sus atribuciones, en especial, las conferidas en el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015, parágrafo 1 del artículo 2.8.8.1.4.3, del Decreto 780 de 2016, los numerales 6.1 y 6.2 del artículo 6 del Decreto 087 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que los Ministerios de Salud y Protección Social y Transporte expidieron la Resolución 080 de 2021 *"Por la cual se adoptan medidas preventivas y transitorias para el control sanitario de pasajeros provenientes de la República Federativa de Brasil por vía aérea de forma directa o por conexiones, a causa de evidencias del nuevo coronavirus, COVID-19"*

Que dada la situación epidemiológica actual, es necesario incluir dentro de las medidas preventivas y transitorias, la de restringir toda la operación aérea proveniente de Brasil y Leticia, toda vez que, es el traslado de personas y no el tipo de vuelo, lo que puede incidir en la velocidad de importación y circulación de las variantes del SARS-CoV-2 al interior del territorio colombiano.

Que mediante la Resolución 779 de 2020, este Ministerio creó el Comité Asesor para Enfrentar la Pandemia por Covid-19, que evalúa periódica y sistemáticamente la evidencia científica disponible, la dinámica epidemiológica nacional e internacional, la situación de los entes territoriales para afrontar la pandemia y la toma de decisiones, razón por la cual, será este Comité quien evalúe y recomiende el momento oportuno de levantar las presentes medidas

Que, en mérito de lo expuesto, se

RESUELVE

Artículo 1. Modificar el Artículo 3 de la Resolución 080 de 2021 "Suspensión *de vuelos de Leticia a cualquier destino nacional*" el cual quedará de la siguiente manera:

"Artículo 3. Suspensión de vuelos de Leticia a cualquier destino nacional. *Suspéndase los vuelos comerciales y chárter desde Leticia hacia cualquier destino nacional, a partir de las 00:00 horas del 29 de enero del año 2021. Solo se permitirán los vuelos de carga y los vuelos humanitarios y de Estado, estos últimos deberán ser coordinados con las autoridades sanitarias, aeronáuticas y migratorias, cuando sea del caso.*

Las personas que hubieren llegado a partir del 18 de enero de 2021 en vuelos comerciales o chárter y las que ingresen a través de vuelos humanitarios deberán realizar cuarentena preventiva en la ciudad de llegada, no pudiendo abordar conexiones, por catorce (14) días contados desde la fecha de su arribo y en caso de presentar síntomas relacionados con coronavirus Covid-19 lo informarán a su EPS o a la línea 192, para la activación de la estrategia PRASS.

A los pasajeros que ingresen al país desde Brasil o que lleguen desde Leticia a otro destino nacional, a través de viajes humanitarios, las EPS deberán realizare pruebas en las primeras 24 horas siguientes a su arribo.

***Parágrafo 1**. El aislamiento deberá ser estricto, y cumpliendo todas las medidas previstas como el distanciamiento físico, el uso de tapabocas dentro del hogar y evitar al máximo el contacto con otras personas.*

***Parágrafo** 2, Los Ministerios de Salud y Protección Social y Transporte definirán la fecha del levantamiento de las medidas, de acuerdo con las recomendaciones del Comité Asesor para Enfrentar la Pandemia por Covid-19".*

Artículo 2. La presente resolución rige a partir de su publicación y modifica la Resolución 080 de 2021.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

2.2.9. Resolución 93 de 2021

Por la cual se adoptan medidas preventivas y transitorias para el control sanitario de pasajeros provenientes de Leticia por vía aérea, a causa de evidencias de las nuevas las variantes de interés del virus SARS-CoV-2

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones, en especial, las conferidas en el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015, parágrafo 1 del artículo 2.8.8.1.4.3, del Decreto 780 de 2016, los numerales 6.1 y 6.2 del artículo 6 del Decreto 087 de 2011, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de nuestra Constitución Política determina, entre otros aspectos, que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad, y el numeral 2 del artículo 95, del mismo ordenamiento, dispone que las personas deben "*obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias, ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud".*

Que la Ley *1*751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud y dispone en su artículo 5° que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, como uno de los elementos fundamentales del Estado Social de Derecho, así mismo, en su artículo 10°, enuncia como deberes de las personas frente a ese derecho fundamental, los de *"propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad*" y de "*actuar de manera solidaria ante situaciones que pongan en peligro la vida y la salud de las personas".*

Que el artículo 489 de la Ley 9 de 1979 señala que el Ministerio de Salud y Protección Social, o su entidad delegada, serán las autoridades competentes para ejecutar *"acciones de vigilancia epidemiológica y de control de saneamiento de áreas portuarias, naves y vehículos. Todas las entidades que participen en el tráfico internacional y en actividades de las áreas portuarias, deberán dar respaldo y prestar su apoyo al Ministerio de Salud o su entidad delegada para el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones",* y en su artículo 598 establece que, *"toda persona debe velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes".*

Que el artículo 2.8.8.1.4.2 del Decreto 780 de 2016 señala que se considera como autoridad sanitaria del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que de acuerdo con el artículo 1° del Reglamento Sanitario Internacional, se considera emergencia de salud pública de importancia internacional un evento extraordinario que i) constituye un riesgo para la salud pública de otros Estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y ii) podría exigir una respuesta internacional coordinada.

Que, el 11 de marzo de este año, la OMS declaró que el brote del nuevo coronavirus - COVID-19 es una pandemia, esencialmente por la velocidad en su propagación, por lo que instó a los países a tomar acciones urgentes y decididas para la identificación, confirmación, aislamiento, monitoreo de los posibles casos y el tratamiento de los casos confirmados, así como la divulgación de las medidas preventivas, todo lo cual debe redundar en la mitigación del contagio.

Que mediante la Resolución 2230 del 27 de noviembre de 2020 este Ministerio prorrogó hasta el 28 de febrero del 2021, la emergencia sanitaria declarada mediante la Resolución 385 de 2020 y prorrogada a través de las Resoluciones 844 y 1462 del mismo año.

Que el Gobierno nacional mediante los Decretos 1109 y 1374 ambos de 2020, creo *y* optimizo, respectivamente, el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible - PRASS, para el monitoreo y seguimiento de casos y contactos de COVID-19 en Colombia.

Que, la toma de decisiones en Salud Pública se debe adaptar al surgimiento de nuevos hechos y evidencias científicas, de forma dinámica y continua.

Que, según la evidencia científica, el coronavirus COVID-19 es un virus de ARN, y las mutaciones surgen naturalmente a medida que el virus se replica. Actualmente han surgido miles de mutaciones, pero es probable que sólo una minoría sea clínica o epidemiológicamente importante y cambie el virus de forma apreciable.

Que científicamente se reconocen *virus locales" y* variantes genéticas globales del SARS-CoV-2, para el caso colombiano según la vigilancia genómica, circulan 29 linajes del virus, siendo el más frecuente el B.1.1.1.1.

Que, en los últimos meses, se han notificado a la OMS tres variantes diferentes del SARS-Co*V*-2 como eventos inusuales de salud pública: VOC 202012/01, linaje B.1.1.7 en el Reino Unido (RU) e Irlanda del Norte, 501Y.V2, linaje B.1.351, en Sudáfrica y la variante P.1, linaje B.1.1.28 en Brasil.

Que respecto a este último linaje se ha informado de un rápido crecimiento asociado con un número grande de cambios genéticos, en especial en la proteína de la espícula incluyendo tres mutaciones de mayor preocupación, las cuales según la evidencia preliminar se indica que podrían tener un impacto sobre la transmisibilidad y sobre una posible evasión de la respuesta

inmune del huésped, por lo que se requiere una caracterización urgente en laboratorio y una mayor vigilancia genómica en todo el mundo.

Que, las autoridades sanitarias de Brasil han indicado que aparentemente esta nueva variante, más prevalente en el estado de Amazonas de ese país, pudiese ser la explicación a la más reciente oleada de casos, lo que la haría hipotéticamente responsable del incremento en la incidencia de casos por coronavirus Covid-19 y de reinfecciones relacionadas con una posible evasión de la respuesta inmune en esa región de ese país.

Que, aunque se han detectado pocos casos en otros países estos han correspondido a casos importados no autóctonos, de manera que es Brasil el país con mayor predominancia de la variante, sus efectos clínicos y epidemiológicos.

Qué Colombia comparte una extensa frontera con Brasil de más de 1600 kilómetros en la región amazónico, existiendo una alta integración económica y cultural, y un alto flujo humano entre ambos países.

Que el departamento de Amazonas tiene un total de 3.687 casos confirmados reportados de los cuales tenemos actualmente 83 casos activos *(*2,2%), 3.462 casos recuperados (93,9 %) y 137 fallecidos *(3,*7 %); la tasa de contagio en el departamento es de 4.415,64 y la tasa de mortalidad es de 165,29 con una letalidad de 3,74% con mayor incidencia en el grupo de edad de 70-79 años, seguido del grupo de 50-59 años y 60-69 años. El porcentaje de positividad se evidenció un aumento significativo en el porcentaje de positividad con un 32,9% en el último periodo epidemiológico, siendo Amazonas el departamento con mayor tendencia al incremento a nivel nacional. Lo anterior, aunado a un aumento del uso de servicios hospitalarios ha aumentado.

Que el Instituto Nacional de Salud confirmó al final de la tarde del 29 de enero de 2021 la identificación del linaje B.1.1.28/P1 conocido como la variante brasileña en una ciudadana colombo-brasilera afiliada al régimen subsidiado de Colombia que acudió a buscar el servicio de salud en el hospital de Leticia, siendo este es primer caso de la variante identificado en un ciudadano colombiano.

Qué el día 31 de enero el Instituto Nacional de Salud ha reportado dos casos adicionales de infección de la nueva variante identificados en dos ciudadanos colombianos también provenientes del departamento del A*m*azonas.

Que el ingreso de una nueva cepa al país podría llegar a agravar la situación, dado el incremento de la transmisión, y que potencialmente se puede presentar un incremento de ocupación de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), particularmente en las ciudades del interior del país. Adicionalmente, su detección, al menos por las pruebas de antígeno, podría verse afectada, lo que dificultaría el control epidemiológico basado en la detección de casos y contactos, hasta tanto no se tenga claridad del rendimiento de estas pruebas para esta nueva cepa, todo

lo cual requiere el fortalecimiento de la vigilancia genómica liderada por el Instituto Nacional de Salud (INS).

Que en consecuencia la resolución 080 adoptó la suspensión de vuelos desde Leticia hasta otro destino del país, con excepción de los viajes humanitarios, de carga y de Estado.

Qué la resolución 092 establece que todos los viajeros que ingresen a través de viajes humanitarios desde Leticia deben realizar cuarentena de catorce (14) días desde su fecha de arribo, y se le debe realizar pruebas en las primeras 24 horas de su llegado.

Que el día 30 de enero de 2021 se realizó un vuelo humanitario procedente desde Leticia con 164 pasajeros, quienes fueron sometidos a prueba PCR y que hasta el momento algunos han arrojado resultados positivos para COVID-19, sin embargo, la caracterización genómica para la identificación de la variante brasileño está en proceso.

Que aquellos que dieron negativo en la prueba, fueron contactos de aquellos casos positivos en el vuelo durante el viaje y adicionalmente, algunas personas tuvieron escala y provienen de Brasil.

Que las personas negativas podrían encontrarse en periodo de incubación, y que no puede descartarse que estén infectadas.

Que acatando las disposiciones establecidas en las Resolución 080 2021 y 092 de 2021 se señaló:

"(…)

"*Artículo 3. Suspensión de vuelos de Leticia a cualquier destino nacional. Suspéndase los vuelos comerciales y chárter desde Leticia hacia cualquier destino nacional, a partir de las 00:00 horas del 29 de enero del año 2021. Solo se permitirán los vuelos de carga y los vuelos humanitarios y de Estado, estos últimos deberán ser coordinados con las autoridades sanitarias, aeronáuticas y migratorias, cuando sea del caso.*

Las personas que hubieren llegado a partir del 18 de enero de 2021 en vuelos comerciales o chárter y las que ingresen a través de vuelos humanitarios deberán Continuación de la resolución "Por medio de la cual se modifica el artículo 3 de la Resolución 080 de 2021" realizar cuarentena preventiva por catorce (14) días contados desde la fecha de su arribo y en caso de presentar síntomas relacionados con coronavirus Covid-19 lo informarán a su EPS o a la línea 192, para la activación de la estrategia PRASS."

Que reiterando las medidas los pasajeros admitidos por este vuelo humanitario deberán adoptar las medidas sanitarias preventivas de aislamiento y cuarentena de catorce (14) días contados desde la fecha de su ingreso.

Que en el marco del programa PRASS aquellas personas identificadas como contactos de pacientes sospechosos o confirmados y que presenten riesgo epidemiológico por indicación de la autoridad sanitaria deben cumplir aislamiento obligatorio.

Que la nueva variante brasileña tiene un comportamiento epidemiológico distinto con un alto impacto potencial sobre la transmisión y la ocupación de servicios de salud y que por lo mismo se pone en riesgo la salud de las personas de la ciudad receptora, ya que, aunque algunos pasajeros sean negativos estos pueden permanecer en tiempo de ventana y en este caso existe un alto riesgo para la salud pública de la población,

Que existe poca información por ahora sobre el comportamiento que tendrá esta variante en el país, pero que la evidencia sugerente, exhorta a aplicar el principio de precaución, dado el riesgo que tendría, por lo que las medidas deben ser más estrictas que lo habitual dado el riesgo potencial por lo que se debe garantizar reducir la velocidad de propagación de la nueva variante.

Que de acuerdo con lo establecido por la Corte Constitucional en la sentencia C-313 de 2014, la dimensión colectiva del derecho a la salud, anudándose al concepto de salud pública es, en sí misma, sujeto de derechos. En este caso, es necesario adoptar medidas sanitarias tendientes a proteger la salud pública como sujeto de derechos autónoma.

Que las medidas sanitarias que se adoptan mediante el presente acto administrativo persiguen un fin constitucionalmente legítimo que no puede ser ejecutado a través de mecanismos diferentes a los aquí adoptados y por tanto los mismos son proporcionales a las circunstancias presentadas.

Que al existir una evidencia sugerente de que el impacto de la propagación de este virus en zona urbana pondría ser muy alta dado su potencial de mayor transmisibilidad y de evasión de respuesta inmune, se hace necesario y de manera inmediata tomar medidas estrictas para reducir la propagación del virus a partir de potencialmente casos importados de Leticia en este momento aislados en un hotel designado por la autoridad sanitaria en la ciudad de Bogotá, hasta tanto no se tenga certeza que no se encuentren en el periodo de incubación.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. ***Aislamiento preventivo de pasajeros procedentes de Leticia cuya prueba de ingreso fue positiva para el virus SARS-CoV-2.*** Los pasajeros admitidos provenientes de Leticia, cuyo resultado de la prueba fue positiva, deberán adoptar las medidas sanitarias preventivas de aislamiento y cuarentena.

1.1 Los pasajeros admitidos provenientes de Leticia a través del viaje humanitario cuya prueba de ingreso fue positiva deberán adoptar las medidas sanitarias preventivas de aislamiento y

cuarentena de catorce (14) días contados desde la fecha de su ingreso, en el lugar designado por la autoridad sanitaria.

1.2 Durante el aislamiento deberán acatar las disposiciones de la autoridad sanitaria y no podrán circular por áreas diferentes a la indicada por la autoridad sanitaria, ni para alimentación ni por ningún otro motivo, que no sea una emergencia vital o la necesidad de recibir atención en salud.

Artículo 2. ***Aislamiento preventivo de pasajeros procedentes de Leticia cuya prueba de ingreso fue negativa para el virus SARS-CoV-2.*** Los pasajeros admitidos provenientes desde Leticia, cuyo resultado de la prueba fue negativa, deberán adoptar las medidas sanitarias preventivas de aislamiento y cuarentena.

1.1 Los pasajeros admitidos provenientes de Leticia cuya prueba de ingreso fue negativa deberán adoptar las medidas sanitarias preventivas de aislamiento y cuarentena inicialmente de ocho (8) días contados desde la fecha de su ingreso en el lugar designado por la autoridad sanitaria.

1.2 La medida sanitaria preventiva de aislamiento para estos viajeros será revisada por la autoridad sanitaria local y nacional con el fin de determinar si pueden continuar su aislamiento en casa, sólo en caso de que la segunda prueba tomada a los 8 días sea negativa y su residencia sea Bogotá, o si deben continuar en un lugar asignado por la autoridad sanitaria hasta completar los catorce (14) días.

1.3 La medida de aislamiento para cada sujeto podrá ser ajustada en cualquier momento por criterio clínico *y* epidemiológico de la autoridad sanitaria local o nacional.

1.4 Durante el aislamiento deberán acatar las disposiciones no podrán circular por áreas diferentes a la indicada por la autoridad sanitaria, ni para alimentación ni por ningún otro motivo, que no sea una emergencia vital o la necesidad de recibir atención en salud.

Artículo 3. ***Responsabilidad de los pasajeros.*** Los pasajeros deberán reportar de manera inmediata, a las autoridades sanitarias del lugar en donde se encuentren, si presentan síntomas compatibles con el nuevo coronavirus - COVID-19. Estos pasajeros igualmente están obligados a responder al llamado de las autoridades sanitarias, de las EAPB, y de las autoridades migratorias, a dar información veraz sobre su situación de salud, contactos estrechos, *y* a cumplir estrictamente con las indicaciones que estas autoridades les establezcan. De igual manera, son responsables de cumplir con las obligaciones contenidas en la Resolución 1627 de 2020, Resolución 2532 de 2021 y Resolución 002 de 2021.

Artículo 4. ***Vigilancia del cumplimiento de las medidas preventivas de aislamiento y cuarentena.*** Tratándose de colombianos y extranjeros con residencia permanente en Colombia, se les hará seguimiento estricto de síntomas y al cumplimiento de las medidas preventivas sa-

nitarias establecidas en el presente acto administrativo, a través de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, cuando se trate de extranjeros no residentes en Colombia y nacionales no afiliados al Sistema, la vigilancia y cumplimiento de estas medidas, estará a cargo de las secretarías de salud del lugar del primer desembarque, o del lugar de destino en el territorio colombiano. La Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, reportará a estas entidades la información del pasajero.

Artículo 5. ***Inobservancia de las medidas.*** La violación e inobservancia de las medidas adoptas mediante el presente acto administrativo, dará lugar a la sanción penal prevista en el artículo 368 del Código Penal y a las multas contempladas en el artículo 2.8.8.1.4.21 del Decreto 780 de 2016 y las demás que le sean concordantes.

Artículo 6. ***Vigencia.*** La presente resolución rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE, COMUNIQUESE Y CÚMPLASE.

2.2.10. Resolución 126 de 2021

Por la cual se modifica la Resolución 2238 de 2020, en el sentido de incluir el procedimiento de administración de la vacuna contra el SARS CoV 2 [COVID-19]

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993 y,

CONSIDERANDO

Que la pandemia por COVID-19 ha exigido que la comunidad científica internacional busque estrategias de prevención y respuestas terapéuticas y, en ese sentido desde sus inicios, la adquisición de una vacuna ha hecho parte de la planeación de la respuesta como una política nacional.

Que, de acuerdo con el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, adoptado en diciembre de 2020, por el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud y este Ministerio, en 2021 comenzara a distribuirse y aplicarse la vacuna contra la COVID-19 en Colombia, definiendo como objetivo la inmunidad del 70% de la población, es decir, de 35.734.649 de los 51.049.498 habitantes proyectados para Colombia durante este año.

Que, el citado documento organiza la aplicación de la vacunación para 2021, identificando las poblaciones, definiendo el tamaño de las que serán priorizadas, la gradualidad de la aplicación, la logística y administración de las vacunas, precisando que las mismas serán aplicadas en las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas que cuenten con el servicio de vacunación y urgencias habilitado, y, señalando finalmente que la gestión de la información correspondiente a la vacunación contra la COVID-19 se realizara de manera obligatoria en todos los niveles en la versión PAI WEB 2.0.

Que, mediante la Resolución 2238 de 2020, este Ministerio actualizó la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, la cual corresponde al ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos, utilizando para tal efecto la identificación por un código y una descripción validada por los expertos del país.

Que con el propósito de facilitar a nivel nacional entre los diferentes actores del Sistema de Salud la gestión de la información correspondiente a la vacunación contra la COVID-19, , se hace necesario adicionar en el listado tabular de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, un nuevo procedimiento que permita identificar la administración de la vacuna contra el

SARS CoV 2 [COVID-19], modificación que se tramitará al margen del procedimiento establecido en la Resolución 3804 de 2016, dado que este se encuentra estructurado por fases, cada una de las *(sic)*

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Modifíquese la Resolución 2238 de 2020, en el sentido de adicionar en la categoría 99.5.2 "OTRAS VACUNACIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES del Anexo Técnico 2 *"Lista Tabular",* el siguiente procedimiento:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
99.5.2.02	ADMINISTRACIÓN VACUNA SARS CoV 2 [COVID-19]

Artículo 2. Vigencia. El presente acto administrativo rige a partir de su publicación y modifica la Resolución 2238 de 2020.

PUBLÍQUESE y CÚMPLASE.

2.2.11. Resolución 127 de 2021

Por la cual se asignan nuevas plazas de Servicio Social Obligatorio en el marco de la emergencia sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales, especialmente, las conferidas por el parágrafo 1 del artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y, en desarrollo de lo previsto en el artículo 4 de la Resolución 1058 de 2010, y

CONSIDERANDO

Que este Ministerio expidió las Resoluciones 778 y 1414 ambas de 2020, mediante las cuales profirió disposiciones especiales y transitorias para la asignación directa de plazas de Servicio Social Obligatorio por parte de los prestadores de servicios de salud para los egresados de los programas de educación superior de medicina, enfermería y bacteriología, e igualmente, autorizó algunas plazas, con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud requeridos para la atención de la pandemia por COVID 19, así como la atención de las demás necesidades en salud de la población que demanda servicios.

Que mediante la Resolución 2230 de 2020, este Ministerio prorrogó nuevamente hasta el 28 de febrero de 2021, la emergencia sanitaria declarada mediante la Resolución 385 de 2020 y prorrogada a su vez por las Resoluciones 844 y 1462 del mismo año.

Que en los meses de diciembre de 2020 y enero de 2021 se ha generado un incremento notable de la cifra de personas contagiadas que incluye al talento humano en salud, se ha aumentado la demanda de servicios de salud y la ocupación de las unidades de cuidado intensivo, evidenciando la necesidad de brindar apoyo a entidades que adelanten programas de salud dirigidos a poblaciones vulnerables en casos de contagio, lo cual incrementó la demanda de talento humano en salud.

Que, se han recibido requerimientos de entidades territoriales para la creación de nuevas plazas para el apoyo a la atención de pacientes afectados por Covid-19.

Que por lo anterior, el Comité Nacional de Servicio Social Obligatorio en reunión del 19 de enero de 2021, según consta en Acta 001, recomendó una tercera asignación directa de plazas en consideración a que se requiere contar con una mayor presencia de profesionales de medicina, enfermería y bacteriología, con el fin de reforzar los equipos de talento humano en salud requeridos en las diferentes líneas de respuesta, de acuerdo a las fases para la prestación de servicios durante la pandemia, según lo dispuesto en el Plan de Acción para la prestación de Servicios de

Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-Co*V*-2 *(*COVID-19), adoptado a través de la Resolución 536 de 2020.

Que adicionalmente el citado comité recomendó que los profesionales que habiendo sido exonerados durante la primera convocatoria del año 2021 y que deseen voluntariamente prestar su Servicio Social Obligatorio, lo puedan adelantar mediante la asignación directa de plazas en los territorios.

Que, conforme a lo anterior, y teniendo en cuenta el análisis adelantado por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud de la información reportada a nivel territorial, se requieren 300 plazas de medicina, 350 plazas en enfermería y 65 plazas en bacteriología, por lo cual se autorizará nuevamente, de manera directa, la asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio para los egresados de los citados programas de educación superior y se posibilitará su prestación para profesionales que, habiendo sido exonerados, deseen cumplirlo.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. A*signación de plazas de servicio social obligatorio.* Autorizar la asignación de las siguientes plazas de Servicio Social Obligatorio para reforzar la atención en salud durante la emergencia causada por la COVID-19:

- Trescientas (300) plazas en medicina

- Trescientas cincuenta (350) plazas en enfermería.

- Sesenta y cinco (65) plazas en bacteriología.

Parágrafo 1. Los profesionales de la salud de que trata la presente resolución deberán cumplir el Servicio Social Obligatorio mediante vinculación con una institución pública o privada en la que se haya creado la nueva plaza, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de la Resolución 778 de 2020.

Parágrafo 2. Los profesionales que, habiendo sido exonerados de prestar el Servicio Social Obligatorio durante la primera convocatoria del año 2021, deseen voluntariamente prestarlo, podrán hacerlo mediante la asignación directa de plazas.

Artículo 2. A*signación y aprobación de plazas*. La institución interesada en contar con plazas de Servicio Social Obligatorio para reforzar la atención en salud durante la emergencia sanitaria por COVID-19, solicitará su apertura y aprobación ante la secretaria de salud departamental o la entidad que haga sus veces o ante la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá a más tardar el 22 de febrero de 2021, en los términos previstos en el artículo 7 de la Resolución 778 de 2020.

Artículo 3. *Reporte de provisión de la plaza*. La información sobre la provisión de plazas deberá ser reportada a este Ministerio en el aplicativo de Servicio Social Obligatorio por las secretarias departamentales de salud, o a la entidad que haga sus veces, o la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, según corresponda, a más tardar el día 5 de marzo de 2021.

Artículo 4. *Normatividad aplicable.* La prestación del Servicio Social Obligatorio de que trata esta resolución se regirá, en lo no previsto en el presente acto administrativo, por las disposiciones establecidas en la Resolución 1058 de 2010, modificada por las Resoluciones 2358 de 2014, 6357 de 2016 y 4968 de 2017, así como por lo establecido en la Resolución 778 de 2020 y demás normas vigentes para el Servicio Social Obligatorio regular,

Artículo 5. *Vigencia*. La presente resolución rige a partir de su publicación.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE.

2.2.12. Resolución 129 de 2021

Por la cual se adoptan las herramientas para el reporte de información de la población que será priorizada en la Etapas 1 y 2 de la Fase 1 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por los artículos 173, numerales 3 y 7 de la Ley 100 de 1993, 112 de la Ley 1438 de 2011, 6 numeral 12 del Decreto - Ley 4107 de 2011 y 8 del Decreto 109 de 2021 y**,**

CONSIDERANDO

Que este Ministerio mediante la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, modificada por las Resoluciones 844, 1462 y 2230 de 2020, declaró el estado de emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 en todo el territorio nacional hasta el 28 de febrero de 2021 y, en consecuencia, viene adoptando una serie de medidas con el objeto de prevenir y controlar la propagación de la enfermedad y mitigar sus efectos.

Que, con ese mismo propósito, el Gobierno nacional expidió el Decreto 109 de 2021, se adoptó el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 y se establece la población objeto, los criterios de priorización, las fases y la ruta para la aplicación de la vacuna, las responsabilidades de cada actor tanto del Sistema General de Seguridad Social en Salud como de los administradores de los regímenes Especial y de Excepción, así como el procedimiento para el pago de los costos de su ejecución.

Que el objetivo del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID -19 es reducir la morbilidad grave y la mortalidad específica por esta enfermedad, disminuir la incidencia de casos graves y proteger a la población que tiene alta exposición al virus, reducir el contagio en la población general, con el propósito de controlar la transmisión y contribuir a la inmunidad colectiva en el país.

Que teniendo en cuenta que las vacunas adquiridas por el Estado colombiano estarán disponibles de manera gradual en la medida en que los diferentes laboratorios avancen en su producción y distribución, fue necesario dividir en varias etapas los grupos priorizados, de acuerdo con criterios epidemiológicos descritos en el Decreto 109 de 2021.

Que el artículo 8 ibidem determinó que, para la identificación nominal de algunos grupos poblacionales priorizados de los cuales el Ministerio de Salud y Protección Social no disponga de información, solicitará a las entidades públicas o privadas la entrega de esta, mediante los

mecanismos electrónicos que defina, con el propósito de tener información completa y actualizada a nivel individual que permita el seguimiento de cada sujeto, y el agendamiento de la segunda dosis cuando ésta aplique.

Que en el artículo 7 del Decreto 109 de 2021 se dividió el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 en dos (2) fases y cinco (5) etapas. En este primer momento se desarrollarán las dos primeras etapas que forman parte de la primera fase: en la Etapa 1 se vacunará al personal cuya actividad principal está involucrada con la atención de pacientes que tienen diagnóstico confirmado de COVID-19 y las personas de 80 años y más y en la Etapa 2 se vacunará a la población entre los 60 y los 79 años y al talento humano que desarrolla su actividad principal en los prestadores de servicios de salud de cualquier nivel de complejidad y en los establecimientos de sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y a los estudiantes de pregrado de programas técnicos, tecnológicos y universitarios, de ciencias de la salud que en el momento de la vacunación se encuentren en práctica clínica en un prestador de servicios de salud.

Que para ejecutar las fases del plan de vacunación, es necesario identificar a la población priorizada de manera nominal, a través de los sistemas de información interoperables con los que cuenta el país, y disponerla para que las aseguradoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción y las entidades territoriales.

Que para la conformación de la Base de Datos Nominal Maestra de Vacunación - BDMV que alimentará la plataforma MIVACUNA COVID-19, se definió que el Ministerio de Salud y Protección Social puede acudir a la información que tenga de bases de datos de otras entidades, previa información al generador de esta, la cual se actualizará de acuerdo con la disponibilidad de los datos que envíe el generador de la información y en todo caso implementará las medidas pertinentes y adecuadas para garantizar el debido tratamiento de los datos personales, acorde con la política de tratamiento de la información que tenga adoptada.

Que para la conformación de la Base de Datos Nominal Maestra de Vacunación - BDMV se ha venido recolectando datos del talento humano en salud, del personal apoyo logístico y administrativo de los prestadores de salud; el personal de salud asistencial que hacen seguimiento a contactos en las entidades territoriales; del personal de salud que toma muestras y procesa muestras de COVID-19 en los laboratorios de salud pública; de los técnicos en patología involucrados en manejo de cadáveres del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses; y del personal que toma muestras para COVID-19, tanto intramural como de manera extramural, que manipula y procesa dichas muestras y los técnicos y epidemiólogos que realicen rastreo en campo, búsqueda activa de casos de COVID-19 en campo, investigación epidemiológica de campo y toma de muestras que involucren contacto con casos sospechosos y confirmados de COVID-19 del Instituto Nacional de Salud; entre otros.

Que conforme con lo anteriormente expuesto, se requiere adoptar las herramientas para el reporte de información del talento humano en salud y del personal apoyo y logístico con el

objeto de identificar la población que será priorizada en las Etapas 1 y 2 de la Fase 1 del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Objeto.* La presente resolución tiene por objeto adoptar las herramientas para el reporte de información del talento humano y población que será priorizada en las Etapas 1 y 2 de la Fase 1 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a:

1. Prestadores de servicios de salud instituciones prestadoras de servicios de salud - profesionales independientes, prestadores con objeto social diferente y transporte especial de pacientes),

2. Prestadores de los regímenes Especiales y de Excepción,

3. Secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o quien haga sus veces,

4. Laboratorios de salud pública departamentales, municipales, distritales y de las universidades,

5. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 6. Instituto Nacional de Salud.

Artículo 3. *Anexos técnicos.* Para el reporte de información de la población que será priorizada en las Etapas 1 y 2 de la Fase 1 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, adóptense los siguientes anexos técnicos:

3.1 "Anexo Técnico 1. THS123COVI -Reporte de información de talento humano en salud y del personal de apoyo logístico y administrativo para vacunación por Covid-19".

3.2 "Anexo Técnico 2. THS310COVI - Reporte de información de talento humano en salud y del personal de apoyo logístico y administrativo y los estudiantes de pregrado/postgrado de programas técnicos, tecnológicos y universitarios de ciencias de la salud en práctica clínica en un prestador de servicios de salud (incluye los internos y residentes) para vacunación por Covid-19".

Artículo 4. *Perfiles del talento humano para el reporte de información ante el Ministerio de Salud y Protección Social.* Los perfiles del talento humano para el reporte de información ante el Ministerio de Salud y Protección Social serán los descritos en el Decreto 109 de 2021, así:

Fase 1 – Etapa 1

1. Talento humano en salud; profesionales de la salud en servicio social obligatorio; médicos residentes y sus docentes en el marco de los convenios docencia - servicios y médicos internos de los prestadores de servicios de salud de mediana y alta complejidad y de los establecimientos de sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia y de la Policía Nacional de Colombia, que realizan su trabajo en los servicios de:

a. Cuidado intensivo e intermedio adulto, pediátrico y neonatal en donde se atienda COVID-19.

b. Urgencias en donde se atienda COVID-19.

c. Hospitalización en modalidad intramural y extramural en donde se atienda COVID-19.

d. Laboratorio clínico, laboratorio de salud pública, laboratorio del Instituto Nacional de Salud y de universidades, únicamente el personal que toma (intramural y extramural), manipula y procesa muestras de COVID-19.

e. Radiología e imágenes diagnósticas.

f. Terapia respiratoria que atienda pacientes con COVID-19.

g. Transporte asistencial de pacientes.

2. Talento humano en salud que tienen un contacto directo de atención en salud especializada a pacientes sintomáticos respiratorios intra y extramural, siempre que dicha atención implique un contacto estrecho y prolongado con la vía aérea expuesta del paciente.

3. Talento humano de servicios generales, vigilancia, celaduría, administrativo y de facturación, que realizan su trabajo en los servicios de cuidado intensivo e intermedio adulto, pediátrico y neonatal en donde se atiende COVID-19; urgencias en donde se atienda COVID-19 y hospitalización en modalidad intramural y extramural en donde se atienda COVID-19, así como el talento humano encargado de la distribución de alimentos en el área intrahospitalaria, del traslado de pacientes en el ámbito intrahospitalario y de las labores de lavandería, mantenimiento y transporte, de los prestadores de servicios de salud de mediana y alta complejidad y de los establecimientos de sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia y de la Policía Nacional de Colombia.

4. Talento humano en salud del servicio de vacunación contra el COVID-19.

5. Talento humano que realice autopsias o necropsias, incluido el personal del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

6. Técnicos y epidemiólogos de las entidades territoriales y del Instituto Nacional de Salud, que realicen rastreo en campo, búsqueda activa de casos de COVID-19 en campo, investigación epidemiológica de campo y toma de muestras que involucren contacto con casos sospechosos y confirmados de COVID-19.

7. Talento humano en salud que por su perfil profesional tenga un contacto intenso mucho más frecuente y en condiciones de urgencia con la vía aérea expuesta de los pacientes, dada la realización de procesos que liberan aerosoles como la intubación endotraqueal o la traqueotomía.

Fase 1 – Etapa 2

1. Todo el talento humano, profesionales de la salud en servicio social obligatorio; médicos residentes y sus docentes en el marco de los convenios docencia - servicios y médicos internos de todos los prestadores de servicios de salud de cualquier nivel de complejidad que desarrollen sus actividades en cualquiera de los servicios brindados por los prestadores de servicios de salud y que no se encuentren clasificados en la etapa 1.

2. Talento humano en salud de los servicios de salud que se presten intramuralmente en los establecimientos carcelarios y penitenciarios que les aplique el modelo de atención en salud definido en la Ley 1709 de 2014.

3. Talento humano en salud de las entidades que presten servicios de salud pertenecientes a los regímenes especiales y de excepción.

4. Los estudiantes de pregrado de programas técnicos, tecnológicos y universitarios, de ciencias de la salud que en el momento de la vacunación se encuentren en práctica clínica en un prestador de servicios de salud.

Artículo 5. ***Cargue y plazo del reporte de información.*** Las entidades relacionadas en el artículo 2 de la presente resolución, deberán reportar la información de que tratan los Anexos técnicos 1 y 2 del presente acto administrativo, en la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema integral de Información de la Protección Social -SISPRO, antes del 12 de febrero de 2021, para ser incorporados en la Base de Datos Nominal Maestra de Vacunación - BDMV, que alimentará la plataforma MIVACUNA COVID-19. La información reportada será validada y se publicará en el sitio web.sispro.gov.co

Parágrafo 1. Los destinatarios que en la etapa de alistamiento han venido reportando la información a que refiere el presente artículo, podrán realizar los ajustes, o la inclusión de registros adicionales, en cualquier fecha, utilizando el Indicador de actualización o eliminación del registro.

Parágrafo 2. Los problemas que se identifiquen en la plataforma PISIS, deberán ser informados a soportepisis@minsalud.gov.co y THSCOVID@minsalud.gov.co

Artículo 6. ***Tratamiento de información.*** De acuerdo con lo definido en el artículo 31 del Decreto 109 de 2021, las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información que les sea aplicable, en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y de la Ley 1712 de 2014, del Capítulo 25 del Título 2 del Libro 2 de la parte 2 del Decreto 1074 del 2015 y las normas que las modifiquen o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tienen acceso y la misma solo será utilizada con fines del reconocimiento del talento humano en salud de que trata el artículo 8 del Decreto 109 de 2021.

Artículo 7. ***Seguridad de la información.*** Para garantizar la seguridad y veracidad de la información reportada, las entidades que reporten los datos deben enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual protege los archivos garantizando su confidencialidad, integridad y no repudio. Para firmar digitalmente los archivos, se debe usar un certificado digital emitido por una entidad certificadora abierta aprobada por la entidad competente. Para los profesionales independientes se utilizará la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de Salud - REPS como mecanismo de validación seguridad y veracidad de la información reportada.

Artículo 8. ***Inspección, vigilancia y control.*** La Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales del orden departamental y distrital, en el marco de sus competencias, vigilarán y controlarán el cumplimiento de la presente norma, sin perjuicio de las competencias que tengan las demás autoridades en la materia.

Artículo 9. ***Vigencia.*** La presente resolución empezará a regir a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Ver anexo técnico en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20129de%202021.pdf

2.2.13. Resolución 148 de 2021

Por la cual se establece el procedimiento de habilitación transitoria del servicio de vacunación contra la COVID 19, para los administradores de los regímenes Especial y de Excepción

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones, especialmente las conferidas en el parágrafo 2 del artículo 28 del Decreto 109 de 2021, y

CONSIDERANDO

Que ante la declaración de pandemia por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) por parte de la Organización Mundial de la Salud, este Ministerio declaró la emergencia sanitaria en el país mediante la Resolución 385 de 2020, medida que se ha venido prorrogando a través de las Resoluciones 844, 1462 y 2230, todas de 2020, vigente hoy hasta el 28 de febrero del 2021.

Que, dentro de las medidas preventivas sanitarias, en materia de vigilancia y control epidemiológico, se encuentra la vacunación de las personas, correspondiendo a este Ministerio, como máxima autoridad sanitaria en el evento de una epidemia grave, ordenar dicha medida en los términos de los artículos 591 y 592 de la Ley 9 de 1979.

Que con el fin de garantizar la existencia y disponibilidad de bienes y servicios de salud el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015 establece que este Ministerio determinará las acciones que se requieran para superar la emergencia sanitaria con fundamento en razones de urgencia extrema.

Que, con el propósito de contener la propagación del virus, el Gobierno nacional expidió el Decreto 109 de 2021, por medio del cual se adoptó el Plan Nacional de Vacunación contra la COVID -19, estableciendo en su artículo 28, las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para la aplicación de las vacunas, dentro de las que se encuentra contar con el servicio de vacunación habilitado.

Que la citada disposición prevé que tratándose de los regímenes Especial y de Excepción cuyos administradores quieran vacunar en lugares que pertenezcan a su organización, estos deberán surtir el procedimiento de habilitación transitoria del servicio de vacunación, que para el efecto establezca este Ministerio.

Que, en los términos dispuestos por el parágrafo del artículo 2 de la Resolución 3100 de 2019, acto administrativo a través del cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción, determinadas en el artículo 279 de la

Ley 100 de 1993, se encuentran exceptuadas de cumplir con tales requisitos, salvo que voluntariamente deseen inscribirse como prestadores de servicios de salud dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, o de manera obligatoria, en los casos que deseen ofertar y contratar sus servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que, con el fin de alcanzar en el menor tiempo posible, una mayor cobertura de la población en cada fase de la vacunación contra la COVID 19, se requiere que las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción, que quieran vacunar en infraestructura perteneciente a su organización, puedan habilitar transitoriamente el servicio de vacunación cumpliendo el procedimiento aquí previsto.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento y los requisitos que deberán cumplir los administradores de los regímenes Especial y de Excepción, para habilitar transitoriamente el servicio de vacunación contra la COVID-19, en sus instalaciones.

Artículo 2. *Campo de aplicación.* Las disposiciones contenidas en el presente acto administrativo aplican a los administradores de los regímenes Especial y de Excepción y a las secretarias de salud departamental o distrital, o las entidades que hagan sus veces.

Artículo 3. *Requisitos*. Los administradores de los regímenes Especial y de Excepción previo a presentar la solicitud ante la secretaria de salud departamental o distrital, o la entidad que haga sus *v*eces, verificarán que cumplen con los requisitos de capacidad tecnológica y científica, establecidos en el numeral 11.2.3 "*SERVICIO DE VACUNACIÓ*N" del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado por la Resolución 3100 de 2019, según la modalidad que pretendan ofertar, así:

3.1 Estándar de talento humano

3.2 Estándar de infraestructura

3.3 Estándar de dotación

3.4 Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos

3.5 Estándar de procesos prioritarios

3.6 Estándar de historia clínica y registros

3.7 Estándar de interdependencia

Artículo 4. *Procedimiento*. La solicitud de habilitación transitoria para prestar el servicio de vacunación contra la COVID-19 deberá ser presentada por los administradores de los regímenes Especial y de Excepción ante la secretaria de salud departamental o distrital, o la entidad que haga sus veces, de la jurisdicción del lugar donde prestará el servicio, a través del "*Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS*", aportando la siguiente información:

4.1 Modalidad en la que se prestará el servicio:

4.1.1 Intramural

4.1.2 Extramural: Unidad móvil, jornada de salud o domiciliaria

4.2 Domicilio o lugar de la prestación del servicio.

4.3 Datos de contacto (correo electrónico y teléfono).

Con la presentación de la solicitud, que incluye la declaración del cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo anterior, se entiende que los administradores del Régimen Especial y de Excepción han verificado el cumplimiento de tales requisitos.

Recibida la información a través del REPS, la secretaria de salud departamental o distrital, o la entidad que haga sus veces, dará respuesta a la solicitud dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su recibo, señalando la (s) modalidad (es) y el (los) lugar (es) habilitado (s) transitoriamente para prestar el servicio de vacunación.

La secretaria de salud departamental o distrital, o la entidad que haga sus veces podrá en cualquier momento realizar la visita de verificación al lugar donde se preste el servicio de vacunación y en caso de comprobar que no se cumple con las condiciones establecidas, suspenderá la habilitación transitoriamente otorgada.

Parágrafo 1. El servicio de vacunación habilitado transitoriamente no será registrado en el REPS y solamente podrá prestarse durante el término que dure la emergencia sanitaria declarada por este Ministerio.

Parágrafo 2. Las secretarias de salud departamental o distrital, o la entidad que haga sus veces, deberán llevar un registro de los servicios de vacunación habilitados transitoriamente a los administradores de los regímenes Especial y de Excepción, así como de las visitas de verificación que realicen y sus resultados. Dicho registro deberá contener como mínimo la información requerida en el presente artículo, suministrada por los administradores de tales regímenes.

Artículo 5. *Visita de verificación.* En las visitas de verificación que realicen las secretarias de salud departamental o distrital, o la entidad que haga sus veces, se aplicarán los estándares y

criterios de habilitación establecidos en el manual que adopta la Resolución 3100 de 2019, conforme lo determina el artículo 3 de la presente resolución, de acuerdo con el siguiente procedimiento:

5.1 Comunicar por cualquier medio al prestador de servicios de salud de la realización de la visita con mínimo con un (1) día hábil de antelación, por medios físicos o electrónicos.

5.2 Conformar la comisión de verificación con un grupo de profesionales certificados conforme lo define la Resolución 077 de 2007 o la norma que la modifique o sustituya, quienes se encargan de la verificación

5.3 Realizar reunión de apertura de la visita, en el lugar donde se presta el servicio de vacunación, con la presencia de la comisión de verificación y del representante legal o la persona delegada para atender la visita. De esta reunión se levantará un acta.

5.4 Realizar reunión de cierre de la visita, de la cual se levantará acta suscrita por los participantes en ella.

5.5 Elaborar y presentar el informe de la visita, anexando los soportes recaudados durante esta y efectuar las recomendaciones a que haya lugar.

Con fundamento en el informe presentado se mantendrá, negará o suspenderá el servicio de vacunación habilitado transitoriamente.

Artículo 6. *Seguimiento*. Corresponde a las secretarias de salud departamentales o distritales, o a las entidades que hagan sus veces, realizar el seguimiento al cumplimiento de lo declarado por los administradores de los regímenes Especial y de Excepción.

Artículo 7. *Vigencia*. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y surte efectos mientras dure la emergencia sanitaria declarada por este Ministerio.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE.

2.2.14. Resolución 161 de 2021

Por la cual se establecen los criterios y condiciones para la distribución, asignación y entrega de las vacunas en el territorio colombiano, en el marco del Plan Nacional de Vacunación Contra el COVID-19

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, especialmente de las conferidas en el artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011 y en el parágrafo 7 del artículo 7 del Decreto 109 de 2021

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, modificado por el Acto Legislativo 2 de 2009, "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad".

Que el artículo 2 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" establece que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, de tal manera que son titulares del derecho a la salud no sólo los individuos, sino también los sujetos colectivos, anudándose al concepto de salud pública.

Que el artículo 6 de la mencionada Ley Estatutaria 1751 de 2015, se define el elemento de accesibilidad, conforme al cual los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad.

Que en la actualidad existe poca oferta para la adquisición de las vacunas contra el COVID-19 debido al proceso que se requiere para su producción y comercialización, por lo que el suministro de esta vacuna se encuentra condicionado por la alta demanda y por las capacidades limitadas de producción y distribución de los fabricantes, lo que significa que la vacuna contra el COVID-19 es un bien escaso.

Que el Estado colombiano ha suscrito contratos de compraventa y de suministro con diferentes agentes, indirectamente a través del mecanismo COVAX y directamente por medio de acuerdos con los respectivos fabricantes. Se estima que, para el primer semestre del año 2021, Colombia podrá contar con aproximadamente cuarenta millones de dosis para buscar la inmunización de

aproximadamente veinte millones de personas y el gobierno nacional continúa adelantando acuerdos con otras casas farmacéuticas para lograr la compra de más dosis de vacunas.

Que el Decreto 109 de 2021 adoptó el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19, en el que se establecieron las fases y las etapas para la aplicación de la mencionada vacuna, así como la población que se prioriza en cada una de ellas, es decir, acorde con los objetivos del Plan, la población que debe recibir la vacuna primero.

Que, dado que se trata de un bien escaso, las dosis de las vacunas compradas por el Estado colombiano serán entregadas paulatinamente y, por tanto, es necesario establecer reglas objetivas para la distribución, a lo largo del territorio nacional, de los biológicos que vayan llegando al país, para la vacunación de las personas que se encuentren dentro de la misma etapa.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. *Objeto.* La presente resolución tiene por objeto establecer los criterios y condiciones para la distribución, asignación y entrega de las vacunas adquiridas por el Gobierno nacional, en el marco del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.

Artículo 2. *Criterios para la distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19.* La distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19 se realizará de la siguiente manera:

Cada vez que se confirme por parte de un fabricante o del representante del mecanismo COVAX, la cantidad y la fecha de la entrega de dosis de vacunas contra el COVID-19 al Estado colombiano, el Ministerio de Salud y Protección Social, atendiendo a criterios epidemiológicos y logísticos para la debida conservación de la vacuna, determinará la cantidad de dosis que se asignará a cada grupo poblacional que integre la misma etapa, respetando la priorización establecido en el artículo 7 del Decreto 109 de 2021.

Posteriormente, con la información cargada en la Base de Datos Maestra de la que trata el Decreto 109 de 2021, se determinará el número de personas que, en cada departamento o distrito, pertenecen a cada grupo poblacional que integra la misma etapa y se calculará la participación que tiene cada uno de ellos en el total de personas que pertenecen a esa misma etapa a nivel nacional.

El porcentaje de participación de cada departamento o distrito en el total nacional, será el porcentaje sobre el cual se asignará el número de dosis que se le entregará a cada entidad territorial del orden departamental o distrital, calculado sobre la cantidad de dosis que se tenga confirmado recibir y que el Ministerio de Salud y Protección Social haya decidido asignar a ese grupo poblacional.

Para determinar el número de vacunas a entregar por grupo poblacional perteneciente a la misma etapa en cada departamento y distrito, se aplicará la siguiente formula:

X = (A/B)*C

X: Vacunas por departamento, distrito.

A: Población registrada en base maestra nominal en departamento o distrito

B: Población registrada en el grupo en base maestra nominal total nacional.

C: Número de vacunas total disponibles para este grupo.

Cuando la vacuna requiera de dos dosis, se distribuirán y asignarán las cantidades requeridas para completar los esquemas de vacunación sobre el cálculo realizado para la primera dosis.

Parágrafo 1. La información registrada en la base de datos maestra nominal es dinámica y depende de la información que sea cargada por el responsable de suministrarla, razón por la cual, la distribución podrá actualizarse cada vez que se actualice la base de datos mencionada.

Parágrafo 2. El Ministerio verificará el avance en el cumplimiento de las metas de vacunación de acuerdo con las dosis entregadas y reasignará los biológicos cuando se evidencien demoras e incumplimientos en el proceso.

Artículo 3. *Entrega de las vacunas.* El Ministerio de Salud y Protección Social entregará las dosis de vacunas contra el COVID-19 a los departamentos y distritos, de manera gradual y progresiva, teniendo en cuenta la disponibilidad de vacuna en el país.

Artículo 4. *Distribución de las vacunas contra el COVID-19 al interior de los departamentos y distritos.* Las vacunas asignadas a los departamentos y distritos deberán ser distribuidas al interior de los mismos, de acuerdo con las estrategias contenidas en el plan de acción de cada territorio.

Los departamentos y distritos, para la distribución de las vacunas en su territorio, podrán aplicar la fórmula contenida en la presente resolución, así como las recomendaciones que haga el Ministerio de Salud y Protección Social en los actos administrativos mediante los cuales realice la asignación de las dosis.

Artículo 5. *Vigencia.* El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE.

2.2.15. Resolución 163 de 2021

Por la cual se modifica el artículo 40 de la Resolución 2481 de 2020

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, los numerales 32 y 33 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, y en desarrollo del literal k) del artículo 6 y el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que, este Ministerio mediante la Resolución 2481 de 2020, actualizó integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC, que deberán ser garantizados por las EPS, o por las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al SGSSS, en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por las normas vigentes, a partir del 1 de enero de 2021.

Que el artículo 29 *ibídem*, dispuso que *"Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la analgesia, anestesia y sedación, y los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversores de anestesia y sedación que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, así no se encuentren explícitamente descritos en el Anexo 1 'Listado de Medicamentos financiados con recursos la UPC', cuando se requieran para la realización o utilización de las tecnologías en salud y los servicios contenidos en el presente acto administrativo, incluida la atención del parto"*, así como, en el anexo 1, se encuentra descrito el isoflurano, en todas las concentraciones y formas farmacéuticas.

Que el artículo 40 de la precitada Resolución 2481 de 2020, dispone en el parágrafo 3, que *"Cuando un medicamento financiado con recursos de la UPC tenga un uso incluido en la lista UNIRS, dicho uso no se considera financiado con recursos de la UPC, independientemente de que el principio activo no tenga aclaración de uso en el listado de medicamentos del anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC".*

Que las Normas Farmacológicas vigentes en el país, en el Capítulo 19.5 anestésicos generales, incluyen los principios activos denominados isoflurano y sevoflurano con forma farmacéutica líquido para inhalación y concentración de 100% y se encuentran autorizados para comercialización en Colombia, para la inducción de la anestesia general por inhalación según se encuentra consignado en los diferentes registros sanitarios expedidos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.

Que, es así como actualmente los medicamentos que contienen isoflurano y sevoflurano en cualquier concentración y forma farmacéutica se encuentran financiados con recursos de la UPC en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, al igual que todos los medicamentos sedantes considerados necesarios e insustituibles cuando se requieran para la realización o utilización de las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC.

Que la regla actual es que los medicamentos con uso o prescripción excepcional que requieren ser empleados en indicaciones, vías de administración, dosis o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro sanitario otorgado por el INVIMA, que tengan un Uso No Incluido en Registro Sanitario - UNIRS, no se consideran financiados con recursos de la UPC, independientemente de que, el principio activo no tenga aclaración de uso en el listado de medicamentos del anexo 1 "*Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC"* de la Resolución 2481 de 2020.

Que este Ministerio mediante la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, modificada por las Resoluciones 844, 1462 y 2230 de 2020, declaró el estado de emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 en todo el territorio nacional hasta el 28 de febrero de 2021 y, en consecuencia, viene adoptando una serie de medidas con el objeto de prevenir y controlar la propagación de la enfermedad y mitigar sus efectos.

Que la Comisión Revisora de la Sala Especializada de Moléculas Nuevas, Nuevas Indicaciones y Medicamentos Biológicos de la Comisión Revisora del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, en sesión del 5 de enero de 2021, analizó la solicitud formulada por este Ministerio, la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo – AMCI y la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación – SCARE, en el sentido de incluir en el listado de Usos No Incluidos en el Registro Sanitario – UNIRS los medicamentos ISOFLURANO (PUREZA 99,9-100%) y SEVOFLURANO 100% como *"uso de agentes anestésicos inhalatorios como alternativa válida en la sedación de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo en Colombia"*.

Que la referida Sala, en dicha sesión, señaló que *"los gases anestésicos ISOFLURANO (PUREZA 99,9-100%) y SEVOFLURANO 100 % se encuentran priorizados como medicamentos para el manejo de pacientes afectados por COVID-19 y se encuentran incluidas en normas farmacológicas"*, así mismo, que *"actualmente se encuentra afectada la disponibilidad de sedantes para atención de pacientes covid-19 en las unidades de cuidado intensivo"*, por lo que, haciendo referencia a la *"información técnico científica aportada por la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo – AMCI y la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación– SCARE, consiste en series de casos y recomendaciones de un consenso de expertos españoles y la recomendación de expertos colombianos"*, recomendó *"el uso como indicación no incluida en el registro sanitario (UNIRS): 'uso de agentes anestésicos inhalatorios como alternativa válida en la sedación de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo de Colombia durante la pandemia"*.

Que dentro del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación – UPC para el año 2021, se tuvieron en cuenta las frecuencias, severidades y la población relacionada, reportadas por las EPS para medicamentos donde se incluyeron aquellos cuya indicación autorizada es sedante; sin embargo, ante la escasez mundial de estos medicamentos, los valores incluidos en la nota técnica de cálculo de UPC y por ende, las estimaciones de gasto relacionadas con estos no se comportarán según lo proyectado dada la imposibilidad de compra, distribución y administración suscitadas por la pandemia.

Que en el marco de lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud y administrar los recursos destinados a garantizar los derechos de la población afiliada en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, al asumir el riesgo técnico, son responsables de la gestión del proceso de atención y la utilización de los recursos asistenciales y tecnológicos alineados con el modelo de atención en salud.

Que, conforme con lo anteriormente expuesto, se hace necesario incluir una disposición transitoria para que, la financiación de medicamentos que sean incluidos en la lista UNIRS y los principios activos Isoflurano y Sevoflurano en todas las concentraciones y formas farmacéuticas en la indicación incluida en la lista UNIRS, cuyos usos tengan relación con analgesia, anestesia y sedación, en los términos del artículo 29 de la Resolución 2481 de 2020, se financien con recursos de la UPC, mientras dure la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 declarada por este Ministerio.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el artículo 40 de la Resolución 2481 de 2020, así:

> ***"Artículo 40. Indicaciones autorizadas.*** *La financiación de medicamentos con recursos de la UPC aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo en aquellos casos en que el Anexo 1 "Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC", describa usos específicos que limiten su financiación.*
>
> ***Parágrafo 1.*** *Cuando en la columna de aclaración del Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", no se indique un uso específico, se consideran financiadas con recursos de la UPC todas las indicaciones autorizadas por el INVIMA en el registro sanitario para todos los medicamentos de un mismo principio activo y forma farmacéutica, así como las preparaciones derivadas del ajuste y adecuación de concentraciones o de la adecuación de los mismos en preparaciones extemporáneas o formulaciones magistrales, independientemente del nombre comercial del medicamento.*

Parágrafo 2. *Las indicaciones aprobadas por el INVIMA para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran financiadas con recursos de la UPC y armonizadas en su financiación, en cuanto a que, si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará financiada con recursos de la UPC para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.*

Parágrafo 3. *Cuando un medicamento financiado con recursos de la UPC tenga un uso incluido en la lista UNIRS, dicho uso no se considera financiado con recursos de la UPC, independientemente de que el principio activo no tenga aclaración de uso en el listado de medicamentos del anexo 1 "Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC".*

Parágrafo transitorio. *Mientras dure la emergencia sanitaria declarada por este Ministerio por causa del coronavirus COVID-19, cualquier medicamento que sea incluido en la lista UNIRS y cuyos usos tengan relación con a analgesia, anestesia y sedación en los términos previstos en el artículo 29 de la presente resolución, se financiará con recursos de la UPC, incluido el uso de los principios activos ISOFLURANO y SEVOFLURANO en todas las concentraciones y formas farmacéuticas en la indicación incluida en la lista UNIRS".*

Artículo 2. ***Vigencia.*** La presente resolución rige a partir de su publicación y adiciona un parágrafo transitorio al artículo 40 de la Resolución 2481 de 2020.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.2.16. Resolución 167 de 2021

Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 161 de 2021

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, especialmente de las conferidas en el artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011 y en el parágrafo 7 del artículo 7 del Decreto 109 de 2021

CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución 161 de 13 de febrero de 2021 se expidió la resolución que establece los criterios y condiciones para la distribución, asignación y entrega de las vacunas en el territorio colombiano, en el marco del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19.

Que el artículo 2 de la mencionada resolución establece los criterios de distribución y asignación de las vacunas, con la definición de la siguiente formula:

X = (A/B)*C

X: Vacunas por departamento, distrito.

A: Población registrada en base maestra nominal en departamento o distrito

B: Población registrada en el grupo en base maestra nominal total nacional.

C: Número de vacunas total disponibles para este grupo.

Que respecto al numerador definido en el literal A de la fórmula, es necesario precisar que este corresponde a la población registrada en el grupo de la Base de Datos Maestra nominal en el departamento o distrito por lo cual es necesario ajustar la fórmula planteada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Modificar el artículo 2 de la Resolución 161 de 2021 el cual quedará así:

"Artículo 2. Criterios para la distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19. La distribución y asignación de las vacunas contra el COVID-19 se realizará de la siguiente manera:

Cada vez que se confirme por parte de un fabricante o del representante del mecanismo COVAX, la cantidad y la fecha de la entrega de dosis de vacunas contra el COVID-19 al Estado colombiano, el Ministerio de Salud y Protección Social, atendiendo a criterios epidemiológicos y logísticos para la debida conservación de la vacuna, determinará la cantidad de dosis que se asignará a cada grupo poblacional que integre la misma etapa, respetando la priorización establecido en el artículo 7 del Decreto 109 de 2021.

Posteriormente, con la información cargada en la Base de Datos Maestra nominal de la que trata el Decreto 109 de 2021, se determinará el número de personas que, en cada departamento o distrito, pertenecen a cada grupo poblacional que integra la misma etapa y se calculará la participación que tiene cada uno de ellos en el total de personas que pertenecen a esa misma etapa a nivel nacional.

El porcentaje de participación de cada departamento o distrito en el total nacional, será el porcentaje sobre el cual se asignará el número de dosis que se le entregará a cada entidad territorial del orden departamental o distrital, calculado sobre la cantidad de dosis que se tenga confirmado recibir y que el Ministerio de Salud y Protección Social haya decidido asignar a ese grupo poblacional.

Para determinar el número de vacunas a entregar por grupo poblacional perteneciente a la misma etapa en cada departamento y distrito, se aplicará la siguiente formula:

*X = (A/B)*C*

X: Vacunas asignadas para cada grupo en cada departamento o distrito.

A Población registrada en el grupo en la base maestra nominal en departamento o distrito.

B: Población registrada en el grupo en base maestra nominal total nacional.

C: Número de vacunas total disponibles para ese grupo."

Artículo 2. Vigencia. El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE.

2.2.17. Resolución 185 de 2020

Por la cual se establecen disposiciones para el reconocimiento económico temporal del Talento Humano en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que preste sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de Coronavirus COVID-19 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En uso de sus facultades legales, en especial las consagradas en el artículo 11 del Decreto Legislativo 538 de 2020 y

CONSIDERANDO

Que, con el propósito de incentivar la labor adelantada por el talento humano en salud que presta sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de Coronavirus COVID-19, incluidos quienes realizan vigilancia epidemiológica, teniendo en cuenta su exposición al riesgo de contagio, en el artículo 11 del Decreto Legislativo 538 de 2020 se previó en su favor, un reconocimiento económico temporal durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que para dar cumplimiento a lo dispuesto en dicha disposición, este Ministerio mediante la Resolución 1774 de 2020 definió los perfiles ocupacionales beneficiarios del reconocimiento económico destinado al talento humano en salud que preste sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de coronavirus COVID-19 previendo al tenor del artículo 6, que los regímenes especiales y de excepción así como el Fondo Nacional de Salud para la población Privada de la Libertad - PPL podrían tener en cuenta las disposiciones previstas en esa noma.

Que, en virtud de to anterior el Ministerio de Defensa Nacional mediante comunicación OF20 106288 MDN-DVGSESDBDBS solicitó a este Ministerio, el reconocimiento de la bonificación económica del talento humano en salud para el Sistema de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, en virtud del concepto emitido mediante oficio 2-2020-067980 del 22 de diciembre de 2020, suscrito por la Directora General del Presupuesto Público Nacional en el cual se señala: *"(...) el artículo referenciado establece lo siguiente: i.) el derecho que tiene el talento humano en salud que preste sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico de Coronavirus COVID-19, sin establecer restricciones frente al régimen al que preste los servicios, de recibir, por una única vez, un reconocimiento económico temporal: ii.) la entidad encargada de girar dicho reconocimiento económico temporal es la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES; iii.) La administración y operación del pago del reconocimiento depende de la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Ahora bien, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Resolución 1774*

de 2020, definió los perfiles ocupacionales para el reconocimiento económico para el talento humano en salud y, en el artículo 6, estableció que los regímenes especiales y de excepción podrán tener en cuenta las disposiciones contenidas en la resolución y realizar las respectivas gestiones, así como la apropiación de recursos dispuestos para tal fin".

Que este Ministerio a través de las comunicaciones 202030002042891 del 23 de diciembre de 2020 y 202130000048411 del 14 de enero de 2021, solicitó al Comité del Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME autorización para trasladar los recursos asignados inicialmente a pruebas rápidas, teniendo en cuenta que la compra se está adelantando a través de la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo y Desastres, con al fin de realizar con tales recursos el reconocimiento al talento humano en salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Que los miembros del Comité de Administración del Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME en sesión virtual celebrada el 5 de febrero de 2021, autorizaron el traslado de los recursos y aprueban financiar hasta por nueve mil seiscientos cincuenta millones ciento setenta y un mil novecientos quince pesos m/cte. ($9.650.171.915) el reconocimiento de la bonificación económica temporal al Talento Humano en Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Que, conforme con lo anteriormente expuesto se hace necesario establecer los términos y condiciones para el reconocimiento económico temporal del talento humano en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, así como el mecanismo de giro por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1*. Objeto.* La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones para el reconocimiento económico temporal del talento humano en salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, que preste sus servicios a pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de coronavirus COVID-19, y para el giro por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES.

Artículo 2. Á*mbito de aplicación.* Las disposiciones previstas en la presente resolución aplican:

1. Al talento humano en salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;

2. La Dirección General de Sanidad Militar para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares;

3. La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional;

4. El Hospital Militar Central y,

5. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

Artículo 3. *Reporte de información del talento humano*. La Dirección General de Sanidad Militar para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y el Hospital Militar Central, reportarán por una única vez la información de su talento humano en salud a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - Adres para que esta verifique si fueron beneficiarios del reconocimiento al talento humano en salud a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud y así evitar un doble reconocimiento. Esta validación será insumo para la certificación de que trata el artículo 4 de la presente resolución.

Parágrafo. La veracidad y la oportunidad de la información reportada de que trata el presente artículo, radicará exclusivamente en dichas instituciones; sin perjuicio de las eventuales sanciones penales, disciplinarias y fiscales a que hubiere lugar por el suministro de información inconsistente.

Artículo 4, C*ertificación para el reconocimiento económico temporal.* La Dirección General de Sanidad Militar, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y el Hospital Militar Central, remitirán a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES una certificación con la suma total a girar por cada una de ellos, la que deberá tener en cuenta el monto definido por perfil ocupacional conforme a lo dispuesto en la Resolución 1774 de 2020. También enviarán los siguientes documentos para ser inscritos como terceros: i) Registro Único Tributario RUT con vigencia menor de noventa (90) días; ii) certificado de existencia y representación legal, si aplica; iii) certificación de cuenta bancaria activa con vigencia menor a noventa (90) días.

Artículo 5. *Giro de los recursos*. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES realizará si giro de los recursos al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, al Subsistema de Salud de la Policía Nacional y al Hospital Militar Central, según corresponda, para que estos realicen la transferencia de los recursos a los beneficiarios del reconocimiento temporal a las cuentas bancarias previamente registradas ante los mismos.

Parágrafo 1. El reconocimiento de estos valores por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES estará sujeto a la disponibilidad de recursos,

Parágrafo 2. Una vez cada uno de los subsistemas, así como el Hospital Militar Central haya realizado el giro a los beneficiarios del reconocimiento económico para el Talento Humano en Salud deberá remitir la información de los giros realizados, así como los perfiles con los que se determinó el valor a reconocer en los términos y condiciones en que defina la ADRES,

Artículo 6. ***Tratamiento de la información.*** Las entidades que participan en el flujo de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información, que le sea aplicable en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, de la Ley 1712 de 2014, del capítulo 25 del Título 2 del Libro 2 de la Parte 2 del Decreto 1074 del 2015 y las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tengan acceso.

Artículo 7. ***Vigencia.*** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación,

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

2.2.18. Resolución 200 de 2021

Por la cual se establecen disposiciones para el uso y manejo de las pruebas de laboratorio utilizadas en el Punto de Atención del Paciente (point-of-care testing), dentro de la prestación integral de servicios de salud

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial de las conferidas por los artículos, 173 numeral 2 de la Ley 100 de 1993 y 2 numerales 3 y 4 del Decreto - Ley 4107 de 2011 y en desarrollo de la Resolución 1841 de 2013 y,

CONSIDERANDO

Que de acuerdo con el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, tiene por objeto la ejecución de las políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva.

Que la Resolución 3100 de 2019 define los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, y contempla el uso de las pruebas utilizadas en el punto de atención del paciente (point-of-care testing), en los servicios establecidos en esta.

Que la Resolución 1314 de 2020 adoptó los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C, por lo que, en caso de practicarse las pruebas POCT para diagnóstico de las precitadas patologías, deberá hacerse uso de las disposiciones previstas en la mencionada resolución.

Que mediante la Resolución 1841 de 2013, este Ministerio adoptó el Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021, determinando en la dimensión prioritaria *"Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles"* elevar, promover e implementar como prioridad en las políticas de todos los sectores y entornos, una agenda intersectorial para la promoción de la salud y el control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), y en la dimensión *"Vida Saludable y enfermedades transmisibles"* se propone garantizar y materializar el derecho de la población colombiana a vivir libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del ciclo de vida y en los territorios cotidianos, con enfoque diferencial y de equidad mediante la transformación positiva de situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes, reemergentes y desatendidas para favorecer el desarrollo humano, social y sostenible.

Que el Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021 se ha constituido como un pacto social y un mandato ciudadano que constituye la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y calidad de vida en el país a partir de líneas de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial a través de la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000); así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud.

Que la Política de Atención Integral de Salud -PAIS, el Modelo de Atención Integral en Salud - MIAS y las Rutas Integrales de Salud -RIAS, en el marco de la Atención Primaria en Salud -APS, constituyen la trasformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en el país, coordinada a la salud pública e integral en su componente individual, que junto con el PDSP, requiere desarrollar estrategias, para el desarrollo de las dimensiones *"Vida Saludable y enfermedades transmisibles"* y *"Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles"*, que se materialicen en la atención de las poblaciones rurales y rurales dispersas, específicamente en el apoyo de diagnóstico clínico, control y seguimiento y en esa medida lograr resolver sus problemas de salud.

Que a partir de los objetivos de Desarrollo Sostenible -2015, los países miembros de la Organización de Naciones Unidas -ONU, entre ellos Colombia, se comprometió para el año 2030 a *"(...) poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles."*

Que, la estrategia del uso de pruebas de laboratorio, utilizadas en el punto de atención del paciente (Point-of-care testing), para el diagnóstico y prestación integral de los servicios de salud, se ha constituido en el marco del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021, como una estrategia fundamental para disminuir las brechas de acceso al diagnóstico oportuno de las enfermedades, por lo que es necesario establecer disposiciones para que este tipo de pruebas sean usadas como apoyo diagnóstico y se asegure el buen desempeño en su uso y beneficie a los habitantes del territorio nacional, en especial, para la población ubicada en el sector rural y rural disperso.

Que conforme con lo anteriormente expuesto, se requiere establecer disposiciones para el uso y manejo de las pruebas utilizadas en el punto de atención del paciente (Point-of care testing), para la prestación integral de servicios de salud, con el propósito de asegurar la calidad de los reactivos y de las pruebas, para la obtención de diagnósticos seguros y eficaces, y de esa manera, mejorar el acceso y cobertura para la población colombiana.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Objeto.* La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones para el uso y manejo de las pruebas de laboratorio utilizadas en el punto de Atención del Paciente (point-of-care testing), así como asegurar su calidad y efectividad en la prestación integral de los servicios de salud dirigidas especialmente a las poblaciones rurales y rurales dispersas, que se lleven a cabo en entornos comunitarios, donde se desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en coordinación con las secretarias de salud departamentales y distritales o las entidades que hagan sus veces y demás actores del SGSSS.

Parágrafo. Se exceptúan de la aplicación de la presente resolución, las pruebas para autodiagnóstico.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a:

2.1 Entidades Promotoras de Salud - EPS.

2.2 Entidades adaptadas.

2.3 Los prestadores de servicios de salud.

2.4 Los laboratorios de salud pública departamentales, distritales y todos los laboratorios que integran la red nacional de laboratorios.

2.5 Las secretarias de salud del orden departamental y distrital o la entidad que haga sus veces

Artículo 3. *Definiciones.* Adóptense las siguientes definiciones, además de las previstas en materia de dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro, para la aplicación de la presente resolución, así:

3.1. **Control de calidad interno:** es el procedimiento o mecanismo que monitoriza la calidad de los resultados para detectar, reducir y corregir posibles deficiencias analíticas internas y permite aceptar o rechazar las series analíticas, antes de emitir un resultado. Tiene por finalidad aumentar la calidad y confiabilidad de los resultados informados.

3.2. **Control de la calidad externo:** es una evaluación comparativa, periódica y objetiva de los resultados de las pruebas realizadas mediante la comparación con otros laboratorios, cuya finalidad es monitorear su desempeño. es la determinación del desempeño de cada laboratorio mediante la comparación con otros laboratorios. Proceso donde las muestras de valores conocidos se examinan periódicamente y los resultados no son conocidos por el operador en el momento del examen.

3.3. **Entorno comunitario:** Son los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias, así como también,

los espacios de relación, encuentro y desplazamiento, como son las infraestructuras, bienes y servicios dispuestos en el espacio público.

3.4. **Implementador de pruebas de laboratorio utilizadas en el punto de atención al paciente:** Son los prestadores de servicios de salud, y los aseguradores que a través de su red de prestación de servicios realicen estas pruebas.

3.5. **Prueba de laboratorio.** Es un procedimiento de análisis en sangre, orina u otro líquido o tejido del cuerpo en los que utiliza reactivos para obtener información in vitro sobre la salud; se usan para diagnosticar o hacer parte del diagnóstico, detectar o vigilar una enfermedad o afección específica, o para obtener información sobre los órganos, aparatos y sistemas del cuerpo.

3.6. **Pruebas in vitro realizadas en el punto de atención al paciente:** Pruebas que son realizadas en el punto de atención del paciente por el personal del área de la salud, bien sea en los servicios de salud, en los entornos comunitarios y laborales, en el marco de las actividades de promoción y prevención, teniendo en cuenta las indicaciones de uso del reactivo dadas por el fabricante, cuyo resultado es obtenido con rapidez, lo que reduce el tiempo necesario para la toma de decisiones o posibles cambios en su cuidado. Son diseñadas y fabricadas teniendo en cuenta los entornos de aplicación fuera del laboratorio y la influencia de variables que puedan influir en el resultado o en la técnica.

3.7. **Pruebas para autodiagnóstico:** Es la prueba in vitro destinada por el fabricante para ser utilizada directamente por quien la requiere.

3.8. **Serotipo:** Es el tipo de microorganismo infeccioso clasificado según los antígenos que presentan en su superficie celular, y que permiten diferenciar organismos a nivel de subespecie.

3.9. **Validación:** Confirmación, a través del estudio y el aporte de evidencias objetivas, de que se cumplen los requisitos particulares para un uso especifico previsto. Estudio de las características del método (sensibilidad, especificidad, robustez entre otras) y comprobación de que sus valores son adecuados para el uso previsto del método.

3.10. **Verificación o validación secundaria:** es la evaluación sobre las características de desempeño del método, obtenidos en el laboratorio donde se van a realizan las pruebas, previa a su uso y que comprueba si dichas pruebas funcionan de acuerdo con los parámetros establecidos en la validación del método.

Artículo 4. ***Uso de las pruebas en el punto de Atención del Paciente.*** Para el uso de las pruebas en el punto de atención del paciente, se requiere que estas cuenten, previamente con el registro sanitario expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.

Parágrafo. Cuando se requiera de un equipo biomédico para el procesamiento de la muestra, este dispositivo debe cumplir con la normatividad sanitaria vigente.

Artículo 5. ***Entornos de uso de las pruebas utilizadas en el punto de Atención del Paciente.*** Las pruebas en el punto de atención al paciente pueden ser realizadas en los sitios donde se prestan servicios de salud, en entornos comunitarios o laborales, en el marco de actividades de promoción y prevención. En todo caso, deben estar apoyados por un laboratorio clínico habilitado, sea propio o contratado para el asesoramiento en las fases preanalítica, analítica y posanalítica de la prueba y a sus controles de calidad internos y externos.

Artículo 6. ***Requisitos de formación continua del talento humano de salud y gestores comunitarios en salud.*** El talento humano que realice las pruebas debe cumplir con capacitación dirigida a adquirir, fortalecer o actualizar los conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que contribuyan a mantener su idoneidad, para el uso, lectura, interpretación y reporte de cada una de las pruebas. La capacitación debe contener, como mínimo, los siguientes temas:

6.1. Preparación del paciente para la toma de muestra según examen a realizar.

6.2. Recolección de la muestra.

6.3. Rotulado y manipulación de la muestra.

6.4. Procesamiento de la muestra.

6.5. Lectura del resultado obtenido.

6.6. Interpretación del resultado.

6.7. Reporte del resultado.

6.8. Bioseguridad.

6.9. Manejo de residuos.

6.10. Almacenamiento, conservación y transporte de los reactivos in vitro.

6.11. Transporte de muestras para confirmación.

6.12. Control de calidad interno y externo.

Parágrafo. El laboratorio clínico habilitado que realice apoyo en la implementación y uso de las pruebas POCT, debe contar con profesionales en bacteriología quienes realicen el apoyo técnico científico al personal de salud y al gestor comunitario en salud autorizados para desarrollar las

pruebas en el punto de atención al paciente, por tanto este profesional debe estar actualizado en las nuevas tecnologías.

Artículo 7. *Control de calidad. El* implementador del uso de pruebas en el punto de atención del paciente debe garantizar la calidad y efectividad de los resultados reportados. Para este fin, debe efectuar controles de calidad internos y externos, así:

7.1. Control de calidad interno. Debe ser efectuado en el punto de atención por el responsable de realizar las pruebas, antes de procesarlas, con el fin de verificar su funcionamiento. Los resultados del control de calidad interno deberán ser registrados, de manera que la autoridad sanitaria pueda requerirlo en el momento que lo considere oportuno

7.2. Control de calidad externo. Debe ser efectuado a través de un servicio de laboratorio clínico habilitado, sea propio o contratado, con el fin de evaluar comparativa, periódica y objetivamente los resultados de las pruebas realizadas, su finalidad es monitorear su desempeño.

Parágrafo. Para el cumplimiento de lo previsto en el presente artículo se podrán acoger los controles o las recomendaciones dadas por el fabricante o las normas técnicas nacionales e internacionales relacionadas al tema.

Artículo 8. *Registros documentales.* El implementador del uso de pruebas en el punto de atención al paciente debe archivar todos los registros y documentación, los cuales deben mantenerse en medios físicos, digitales o fotográficos en concordancia con la norma de archivística vigente. Documentará los siguientes procedimientos:

8.1 Preparación del paciente para la toma de muestra según examen a realizar.

8.2 Recolección de la muestra.

8.3 Rotulado y manipulación de la muestra.

8.4 Procesamiento de la muestra.

8.5 Lectura del resultado obtenido.

8.6 Interpretación del resultado.

8.7 Reporte del resultado.

8.8 Bioseguridad.

8.9 Manejo de residuos.

8.10 Almacenamiento y transporte de los reactivos in vitro.

8.11 Transporte de muestras para confirmación.

8.12 Control de calidad interno/externo y acciones correctivas.

Se debe establecer los mecanismos para que los resultados de las pruebas realizadas en el punto de atención al paciente sean trasferidos a la historia clínica y permanezcan en esta un mínimo de cinco (5) años, desde la fecha de alta de cada proceso asistencial, en concordancia a lo establecido por la normativa de la historia clínica vigente.

Artículo 9. ***Reporte al Programa Nacional de Reactivovigilancia.*** Todos los eventos e incidentes adversos asociados a las pruebas objeto del presente acto administrativo, se deben reportar al Programa de Reactivovigilancia del INVIMA.

Artículo 10. ***Validación de las pruebas utilizadas en el punto de Atención del Paciente.*** El INVIMA podrá solicitar al titular del registro sanitario, la validación para las pruebas que se realicen en el punto de atención al paciente, que hayan sido reportadas al Programa Nacional de Reactivo Vigilancia, y de acuerdo con el análisis de los diferentes reportes allegados. Igualmente, podrá exigir la validación técnica para los reactivos de diagnóstico in vitro con el fin de complementar la evaluación y las acciones de vigilancia y control.

Parágrafo. Para la validación de las pruebas que se utilizan para el diagnóstico de enfermedades infecciosas en salud pública, el INVIMA solicitará que el titular del registro sanitario presente dicha validación sobre los subgrupos O serotipos circulantes en Colombia.

Artículo 11. ***Inspección, vigilancia y control.*** Las secretarias de salud del orden departamental y distrital o la entidad que haga sus veces, en el marco de sus competencias, realizarán las visitas de inspección, vigilancia y control a los implementadores del uso de las pruebas utilizadas en el punto de atención del paciente, con el fin de verificar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución. Así mismo, dichas entidades impondrán las medidas sanitarias de seguridad y las sanciones a que haya lugar, de acuerdo con lo señalado en los artículos 576 y siguientes de la Ley 9 de 1979 o la norma que la modifique o sustituya.

Artículo 12. ***Transitoriedad.*** Los prestadores y laboratorios que se encuentra utilizando las pruebas en el punto de atención del paciente al momento de publicación de la resolución, contarán con un término de doce (12) meses para su implementación.

Artículo 13. ***Vigencia.*** La presente resolución empezará a regir a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.

2.2.19. Resolución 201 de 2021

Por la cual se autoriza de manera transitoria, adicional a la vía área, el ingreso al país por vía marítima, de materias primas o sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan declarados vitales no disponibles o desabastecidos y sobre aquellas que son monopolio del Estado, requeridos durante la emergencia sanitaria declarada por la COVID-19

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales, en especial de las conferidas en el numeral 9, artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, el parágrafo 1 del artículo 2.8.8.1.4.3 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, y en desarrollo del y 69 de la Ley 1753 de 2015, y

CONSIDERANDO

Que la Ley 9 de 1979 dicta medidas sanitarias y al tenor del Título XI resalta que corresponde al Estado, como regulador en materia de salud, expedir las disposiciones necesarias para asegurar una adecuada situación de higiene y seguridad en todas las actividades, así como vigilar su cumplimiento a través de las autoridades de salud.

Que la Ley 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud y dispone en el artículo 5 que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar su goce efectivo, como uno de los elementos fundamentales del Estado Social de Derecho.

Que el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social podrá declarar la emergencia sanitaria cuando se presenten situaciones por riesgo de epidemia, epidemia declarada, insuficiencia 0 desabastecimiento de bienes o servicios de salud o por eventos catastróficos que afecten la salud colectiva, u otros cuya magnitud supere la capacidad de adaptación de la comunidad en la que aquel se produce.

Que ante la identificación del coronavirus COVID-19, desde el 30 de enero de 2020 se declaró este brote como Emergencia de Salud Pública de importancia Internacional (ESPII) por parte de la Organización Mundial de la Salud - OMS, quien solicitó a los países la adopción de medidas con el objetivo de detener la transmisión y prevenir la propagación de ese virus.

Que en consideración a la declaración de pandemia por el virus SARS-CoV-2 (COVID 19) por parte de la Organización Mundial de la Salud, este Ministerio en el marco de sus competencias declaró la emergencia sanitaria en el país mediante la Resolución 385 de 2020, inicialmente hasta el 30 de mayo del mismo año, prorrogada a través de las Resoluciones 844, 1462 y 2230, todas de 2020, esta última hasta el 28 de febrero del 2021.

Que la Resolución 1478 de 2006 que expide normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado" en su artículo 54 establece, que la mercancía objeto de importación únicamente debe ser enviada por vía aérea y que la única aduana autorizada para el ingreso de materias primas de control especial y medicamentos que las contengan, es Bogotá D.C.

Que como consecuencia de la pandemia por la Covid-19, se ha generado un incremento significativo en el consumo de medicamentos, entre otros, para sedación, analgesia y relajación neuromuscular, que supera la demanda habitual; y una oferta de medicamentos limitada a nivel nacional y global, por cuanto las cadenas de producción no han podido cubrir la necesidad de todos los países afectados, lo que ha ocasionado un desabastecimiento de tales medicamentos.

Que dichos medicamentos son necesarios para la atención de pacientes que requieren atención en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), por lo que se hace necesario, mientras dure la emergencia sanitaria, permitir adicional a la vía aérea, la vía marítima, para el ingreso al país de materias primas o sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Objeto.* La presente resolución tiene por objeto autorizar de manera transitoria, el ingreso al país, adicional a la vía aérea, la vía marítima, de materias primas o sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son Monopolio del Estado, que se declaren por Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA en desabastecimiento o vitales no disponibles.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* La presente resolución aplica a todas las entidades públicas, privadas y personas naturales que importen, procesen, manipulen, sinteticen, fabriquen, almacenen o distribuyan, vendan, consuman, dispensen o efectúen compra local de materias primas de control especial o sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan declarados en desabastecimiento o vitales no disponibles.

Artículo 3. *Ingreso al país.* El ingreso al país de materias primas o sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan declarados vitales no disponibles o desabastecidos, continuará realizándose a través de las aduanas de Bogotá, para aquellos transportados vía aérea, y por los puertos de Buenaventura, Cartagena, Santa Marta y Barranquilla, cuando ingresen por vía marítima.

La única aduana autorizada para el trámite de nacionalización de materias primas o sustancias sometidas a fiscalización y medicamentos o cualquier otro producto que las contengan, declarados vitales no disponibles o desabastecidos, es la Dirección Seccional de Aduanas de Bogotá o quien haga sus veces. La inspección física del producto se realizará en Bogotá D.C., por parte de la autoridad competente. En caso de ser requerido el ingreso del producto a una zona franca, solo se permitirá a las ubicadas en Bogotá D.C. El Régimen a que se someten es de Previa o el que disponga el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

En los términos del artículo 437 del Decreto 1165 de 2019, los precursores para la fabricación de estupefacientes, drogas o estupefacientes deberán contar con la autorización de la U.A.E Fondo Nacional de Estupefacientes del Ministerio de Salud y Protección Social, para ser sometidas a la modalidad de tránsito aduanero, cabotaje o transporte multimodal.

Artículo 4. ***Mantenimiento de las condiciones de calidad.*** Durante el proceso de importación, ingreso y comercialización, los sujetos señalados en el artículo 2 de la presente resolución deberán garantizar todas las condiciones de calidad, seguridad y eficacia de acuerdo con las indicaciones del fabricante incluyendo la cadena de frío, cuando aplique, y empleando los mecanismos de seguridad que eviten su desvío.

Artículo 5. ***Vigencia.*** La presente resolución rige a partir de su publicación, y producirá efectos hasta un mes después de declarada la terminación de la emergencia sanitaria por Covid-19.

PUBLIQUESE Y CÚMPLASE.

2.3. CIRCULARES

2.3.1. Circular 52 de 2020

PARA: **SECRETARÍAS DE SALUD DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES O LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES; ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO; ENTIDADES QUE ADMINISTREN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD; ENTIDADES ADAPTADAS DE SALUD, ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES EN SUS ACTIVIDADES DE SALUD, ENTIDADES QUE ADMINISTRAN LOS REGÍMENES ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.**

DE: **MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

ASUNTO: Directrices para garantizar la continuidad de los servicios de salud, la continua y segura atención de las personas y la seguridad del talento humano, en el marco de la emergencia sanitaria por la COVID-19.

FECHA:

Este Ministerio como ente rector del sector salud, de acuerdo a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 1438 de 2011, y con el fin de proteger la salud de los habitantes del territorio nacional, garantizar la continuidad de los servicios de salud y la seguridad del talento humano en salud, así como mitigar el riesgo de desabastecimiento ante la disminución en el mercado de medicamentos utilizados para inducir sedación de los pacientes en las UCI, debido al aumento en la demanda de atención hospitalaria de pacientes que requieren ventilación mecánica como intervención clínica para el manejo de la infección por Covid-19, considera indispensable impartir las siguientes **DIRECTRICES,** que deben ser desarrolladas por los destinatarios de esta Circular, conforme con sus competencias, así:

1. Secretarías de salud departamentales y distritales, o quien haga sus veces

1.1 Determinar en su jurisdicción la aplicación, hasta el 15 de febrero de 2021, de la medida de suspensión de los procedimientos electivos no urgentes o no prioritarios de los diferentes servicios de internación, quirúrgicos, consulta externa, protección específica y detección temprana, y de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, que requieran el uso de medicamentos para sedación, analgesia y relajación neuromuscular, de acuerdo con el comportamiento de la pandemia, así como definir la ampliación del término de suspensión si lo considera necesario.

1.2 Coordinar y articular, con las demás entidades destinatarias de esta circular, la aplicación de medidas para mitigar la saturación de la capacidad instalada de los prestadores, según lo establecido para cada actor en el "*Plan de acción para la*

prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por sars-cov-2 (covid-19)".

1.3 Realizar el seguimiento y la evaluación de las acciones adelantadas por los municipios y la red de prestadores de servicios de salud públicos y privados en el marco de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), e informar a este Ministerio las alertas que se presenten en su jurisdicción.

1.4 Monitorear que los prestadores de servicios de salud públicos y privados de su jurisdicción suministren los Elementos de Protección Personal (EPP) para el talento humano en salud, en concurrencia con las ARL, en los términos del Decreto 488 de 2020 y la Circular 29 de 2020 del Ministerio del Trabajo .

1.5 Realizar seguimiento a las acciones adelantadas por las entidades responsables del aseguramiento para la conformación de los Equipos Multidisciplinarios para la Salud -EMS-, para la atención integral de la población de su jurisdicción, de acuerdo con el modelo adoptado por la Resolución 521 de 2020.

2. Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado; Entidades que administren Planes Voluntarios de Salud; Entidades Adaptadas de Salud, Administradoras de Riesgos Laborales en sus actividades de salud, entidades que administran los regímenes Especial y de Excepción.

2.1 Coordinar que su red de prestadores de servicios de salud cumplan las instrucciones dadas por el departamento o distrito para la suspensión de los procedimientos electivos no urgentes o no prioritarios de los diferentes servicios de internación, quirúrgicos, consulta externa, protección específica y detección temprana, y de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, que requieran el uso de medicamentos para sedación, analgesia y relajación neuromuscular; no obstante, el profesional de salud tratante en el marco de su autonomía y ética, teniendo en cuenta la condición clínica del paciente, la sintomatología y el riesgo de complicaciones futuras por el retraso del procedimiento podrá decidir realizarlo, lo que deberá registrar en la historia clínica.

2.2 Reconocer la utilización de alternativas farmacológicas que cumplan el mismo objetivo terapéutico de los medicamentos con dificultades de abastecimiento, entendidos estos como las alternativas de primera línea que se encuentren en el listado de Medicamentos Vitales No Disponibles. Al respecto, las sociedades científicas, la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo AMCI y la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E en su documento *"Alternativas Farmacológicas para el abordaje de la sedación, analgesia, relajación y delirium en el paciente Covid -19",* justifican la utilización de *dexmedetomidina* como una de las alternativas farmacológicas para la sedación en UCI, y del cual se cuenta con mayor disponibilidad.

2.3 Garantizar el pago oportuno de los servicios prestados a sus afiliados por parte de los prestadores de servicios de salud que conforman su red de prestadores de servicios, con el fin de asegurarles a estos últimos, flujo de caja de recursos .

2.4 Mantener en su red, disponibilidad de camas para hospitalización y de UCI para casos de COVID 19, acorde con el plan de expansión, debiendo garantizar que los prestadores cuenten con la capacidad habilitada y autorizada transitoriamente.

2.5 Garantizar la atención en salud de su población afiliada priorizando el modelo establecido en la Resolución 521 de 2020.

2.6 Garantizar la entrega de medicamentos a domicilio en un tiempo no mayor a 48 horas, cuando la entrega de estos sea incompleta al momento de la reclamación por parte del afiliado, en cumplimiento de lo preceptuado en la Resolución 1604 de 2013. Son de especial cuidado las personas mayores de 70 años, personas con condiciones crónicas de base, o con enfermedades o tratamientos de inmunosupresión.

2.7 Fortalecer las estrategias de información para la salud hacia la población, como líneas de atención 24 horas, canales virtuales y otros, con el fin de orientar y mejorar el acceso a los servicios de salud de la población a cargo.

2.8 Vigilar el cumplimiento de los lineamientos emitidos por este Ministerio para la atención de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 (COVID-19) en su red de prestadores de servicios de salud, con especial énfasis en los aspectos de bioseguridad y el suministro de elementos de protección personal -EPP- al talento humano en salud.

2.9 Realizar permanentemente seguimiento al porcentaje de utilización de la capacidad instalada de los prestadores de servicios de salud de su red, relacionada con los servicios de consulta externa de medicina general y especializada, servicio de hospitalización y cuidados intermedios e intensivos, así como de la suficiencia de talento humano en salud de los diferentes servicios, e informar a la secretaría de salud departamental o distrital de su jurisdicción.

2.10 Coordinar con la secretaría de salud departamental o distrital, con otras EAPB del territorio y la red de prestadores de servicios de salud, la aplicación de medidas de emergencia para mitigar las posibles saturaciones de la capacidad instalada e insuficiencia de talento humano en salud de los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción.

2.11 Estimar regularmente las necesidades de talento humano en salud de su red de prestadores de servicios de salud, para garantizar la respuesta efectiva en la prestación de servicios de salud, y coordinar estrategias para garantizar la presencia de los diferentes profesionales, especialistas y técnicos, que sean necesarios en los prestadores de servicios de salud de su red.

2.12 Fortalecer las actividades de acompañamiento y apoyo a los procesos de actualización de conocimientos, habilidades y competencias del talento humano en salud de su red de prestadores, en lo que concierne a la atención de pacientes sospechosos o confirmados de infección por la COVID-19, tomando como referencia, los lineamientos y recursos educativos disponibles en el enlace de Formación Continua del Talento Humano ubicado en el micrositio dispuesto por este Ministerio en su página web, al cual se accede a través del siguiente enlace: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Enlaces-de-Interes.aspx.

3. Prestadores de servicios de salud

3.1 Adoptar las medidas que sean necesarias para dar cumplimiento a la suspensión de los procedimientos electivos no urgentes o no prioritarios de los diferentes servicios de internación, quirúrgicos, consulta externa, protección específica y detección temprana, y de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, que requieran el uso de medicamentos para sedación, analgesia y relajación neuromuscular, cuando la secretaria de salud departamental o distrital así lo determine y de acuerdo con el comportamiento de la pandemia.

3.2 Implementar estrategias para optimizar el uso de los medicamentos como la adecuación en unidosis de sedantes, anestésicos y cualquier otro medicamento que esté escaseando, para su uso en servicios hospitalarios como pediatría, salas de cirugía, consulta externa, urgencias, entre otros, cuando sea posible, opción que promueve el uso eficiente de las unidades de dispensación evitando desperdicios y canalizando l0a mayor cantidad de ampollas o viales completos para su uso en las Unidades de Cuidado Intensivo.

3.3 Priorizar las acciones de su plan de expansión o de reorganización de servicios asistenciales orientadas a garantizar la disponibilidad del talento humano en salud requerido, los equipos biomédicos, los insumos médicos y medicamentos, incluyendo los elementos de protección personal, cuando la secretaria de salud departamental o distrital determine en su jurisdicción la suspensión, hasta el 15 de febrero de 2021.

3.4 Mantener la disponibilidad de camas para hospitalización y UCI para los casos de la COVID 19, acorde con su plan de expansión, debiendo garantizar la capacidad habilitada y autorizada transitoriamente.

3.5 Mantener y fortalecer las estrategias que permitan disminuir las posibles saturaciones de la capacidad instalada.

3.6 Continuar con la restricción de acompañante o visitas a pacientes hospitalizados. Para los casos de la COVID 19, permitir solo en casos estrictamente necesarios, de conformidad con lo previsto en el “Plan de Acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por sars-cov-2 (covid-19)”

3.7 Garantizar el derecho de los pacientes y sus familiares a ser informados de forma oportuna y clara sobre la evolución de su salud

3.8 Mantener, cuando se cuente con ello, la prestación de servicios de salud en las modalidades de atención extramural domiciliaria y telemedicina en cualquiera de sus categorías.

4. Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) en sus actividades en salud.

4.1 Emitir lineamientos y realizar las acciones de intervención a sus empresas afiliadas, de acuerdo con el riesgo propio de su actividad para prevenir el contagio por el SARS-CoV-2 (COVID-19), en el marco de los lineamientos emanados por el Ministerio de Trabajo y este Ministerio y las directrices que sean requeridas de acuerdo con la actividad que desempeñan.

4.2 Identificar, de manera permanente, las necesidades de EPP que tenga el talento humano y concurrir en el suministro de estos, en coordinación con los prestadores de servicios de salud, en los términos del artículo 5 del Decreto 488 de 2020 y la Circular 0029 de 2020 del Ministerio del Trabajo y demás normas que se expidan en el marco de la emergencia sanitaria.

4.3 Fortalecer los mecanismos para la atención de trabajadores que por causa y con ocasión de su trabajo hayan resultado contagiados por el SARS-CoV-2 (COVID-19).

4.4 Suministrar asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud para la reubicación temporal, mientras dura la emergencia, del talento humano en salud de 60 y más años, y de aquellos que presenten condiciones de salud que confieran un mayor riesgo de contagio y severidad por la COVID-19 quienes pudiesen desempeñar, entre otras actividades, telesalud o atenciones en la modalidad de telemedicina en cualquiera de sus categorías, y de acuerdo con sus competencias.

4.5 Coordinar acciones con los prestadores de servicios de salud y las EAPB correspondientes, para asegurar la atención oportuna y seguimiento al talento humano en salud que resulte contagiado por la COVID-19, dentro del marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, en los términos definidos por el Ministerio de Trabajo y este Ministerio.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.3.2. Circular 7 de 2021

PARA: Aerocivil, operadores de transporte aéreo – aerolíneas y viajeros.

DE: Ministerio de Salud y Protección Social

ASUNTO: Recomendaciones e instrucciones para el transporte nacional e internacional de personas por vía aérea.

Derivado de la continua y cambiante investigación epidemiológica que se realiza sobre la propagación del COVID-19 a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud, al igual que gran parte de la comunidad científica, han concluido, cada vez con mayor claridad, que el virus puede propagarse a través de partículas de diversos tamaños, desde grandes gotas hasta las más pequeñas llamadas aerosoles, las cuales son expulsadas por una persona infectada a través de la boca o la nariz al toser, estornudar, hablar, reír, saludar, cantar o resoplar y que incluso estas pueden quedar suspendidas en el aire, lo cual aumenta la probabilidad de que otras personas contraigan la infección si se encuentran en contacto directo o cercano con una persona infectada, siendo mayor este riesgo cuando se encuentran en espacios cerrados, y cuando no se hace uso del tapabocas.

El mecanismo de transmisión a través de las pequeñas partículas suspendidas en el aire aumenta su probabilidad en espacios interiores con poca ventilación y se incrementa con la permanencia de las personas por un amplio periodo de tiempo en estos espacios. Dichas condiciones se dan en restaurantes, lugares de cultos, gimnasios, bares, oficinas, medios de transporte terrestre y aéreos, entre otros.

Considerando lo anterior, se requiere continuar cumpliendo e insistir en la adherencia efectiva a las medidas de bioseguridad en aviones, y del compromiso de los operadores de transporte aéreo para brindar todas las recomendaciones e instrucciones necesarias a pasajeros y tripulantes, y que estos las observen integralmente, para protegerse a si mismos, y al resto de pasajeros.

En consecuencia, este Ministerio, conforme a lo previsto en las Resoluciones 1627, 1517 y 2352 todas de 2020, y 002 de 2021, se permite impartir las siguientes recomendaciones e instrucciones, las cuales serán informadas a los pasajeros y tripulación mediante mensajes previos y durante el vuelo:

Aerolíneas:

1. Exigir a los pasajeros y la tripulación, durante todo el trayecto, el uso obligatorio de tapabocas durante el vuelo, insistiendo en el uso adecuado del mismo, cubriendo desde la nariz hasta

el mentón y evitar retirarlo. La tripulación deberá indicarle a los pasajeros que ajusten sus tapabocas si alguien se lo retira o lo usa de forma inapropiada.

2. Recomendar en su página web el uso de tapabocas. A las personas mayores de 60 años y aquellas que presenten comorbilidades, sugerir el uso de mascarillas tipo N95, ya que presentan mayor vulnerabilidad de presentar cuadros graves.
3. Recomendar a los viajeros, mediante los mensajes que se emiten en cabina, no hablar durante el trayecto, con el fin de disminuir la emisión de gotas o aerosoles que se generan y se convierten en un factor de riesgo para el contagio al permanecer en el espacio cerrado de la aeronave. La tripulación pedirá a las personas que cumplan con esta medida para minimizar el riesgo de transmisión.
4. Recordar a los viajeros que el consumo de alimentos durante el trayecto está prohibido en vuelos nacionales e internacionales menores de 2 horas.
5. En los vuelos internacionales mayores de 2 horas, en los que se preste servicio a bordo, se debe distribuir los alimentos*, en contenedores sellados y preenvasados y por ubicación de letras en la aeronave, para evitar que los pasajeros de la misma fila coman al mismo tiempo,* de acuerdo con lo contemplado en la Resolución 1627 de 2020, modificada por la Resolución 2532 del mismo año.
6. En lo posible, dejar una silla vacía de por medio para mantener el distanciamiento físico entre los pasajeros.

Pasajeros

1. No viajar si presenta síntomas potencialmente asociados con COVID-19, tiene contacto estrecho con un caso positivo de COVID-19 o ha sido diagnosticado positivo para COVID-19 en los últimos 14 días.
2. Utilizar en todo momento los tapabocas o mascarillas de manera adecuada. Se recomienda el uso de tapabocas tipo N95 para las personas mayores de 60 años o aquellas que presenten comorbilidades, ya que cuentan con mayor vulnerabilidad de presentar cuadros graves.
3. En lo posible evitar hablar durante el trayecto, con el fin de disminuir la emisión de gotas o aerosoles que se generan y se convierten en un factor riesgo para el contagio al permanecer en el espacio cerrado de la aeronave.
4. No consumir alimentos durante el trayecto del vuelo, ni otros servicios a bordo, en vuelos menores de 2 horas. En los vuelos donde está permitido comer asegurarse de no quitarse el tapabocas al mismo tiempo que el o los pasajeros del lado.
5. Evitar compartir objetos, libros, revistas o periódicos con otros pasajeros.
6. Recordar que en todos los vuelos nacionales deben diligenciar Coronapp antes de ingresar en el aeropuerto para obtener el código QR, así como el formulario “Check-Mig” en vuelos internacionales.

Aeropuertos

Los aeropuertos verificarán el código QR de la aplicación coronapp para todos los viajeros nacionales.

Las recomendaciones e instrucciones se deben entender sin perjuicio de lo previsto en el régimen de bioseguridad indicadas en las resoluciones precitadas vigentes.

Se continúa exhortando a los pasajeros, tripulación, aeropuertos, aerolíneas y demás responsables a fortalecer las medidas para proteger a los pasajeros y la tripulación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

2.3.3. Circular 9 de 2021

PARA: Secretarías departamentales, distritales y municipales de salud, Direcciones territoriales de trabajo y gerentes de Empresas Sociales del Estado.

DE: Ministerios de Salud y Protección Social y del Trabajo

ASUNTO: Cumplimiento de la normatividad del Sistema General de Riesgos Laborales y del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST en las entidades públicas del sector salud. Radicado 202031300249693

Los Ministerios de Salud y Protección Social y del Trabajo, en el marco de sus competencias, y en aplicación de las disposiciones de rango legal y reglamentario, relacionadas con la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales y el desarrollo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, reiteran a los representantes legales y los ordenadores del gasto de las entidades del sector público:

1. Es deber de las entidades públicas afiliar a sus trabajadores y pagar oportunamente los aportes al Sistema General de Riesgos Laborales, y velar por la afiliación y pago de los aportes de los trabajadores independientes, de acuerdo con lo establecido en los artículos 4, y 21 del Decreto Ley 1295 de 1994, los artículos 2 y 7 de la Ley 1562 de 2012, el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019 expedida por el Ministerio del Trabajo. Su no observancia es causal para iniciar proceso administrativo sancionatorio de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia, el cual será adelantado por el Ministerio del Trabajo.

2. Se recuerda el cumplimiento y aplicación de las disposiciones legales en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo señaladas en la Ley 9 de 1979, el Decreto Ley 1295 de 1994, la Ley 1562 de 2012 y en especial el Capítulo 6 del Título 1 del Libro 2 de la Parte 2 del Decreto 1072 de 2015 en particular a que cada entidad debe contar y desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, para ello deben generar una cultura de seguridad en los lugares de trabajo, desarrollo del talento humano, gestión de calidad, mejoramiento de procesos y condiciones adecuadas de puestos de trabajo, entre otros, en los cuales la participación activa de los trabajadores independientemente de su forma de vinculación es pilar fundamental, de no ser así, se incurrirá en las sanciones establecidas en el ordenamiento normativo sobre la materia.

3. El SG-SST debe ser una política institucional objeto de seguimiento y mejora continua, constituyéndose como herramienta de gestión para el mejoramiento de la calidad de vida

de los trabajadores en cada entidad objeto de la presente circular, estableciendo protocolos, guías o manuales, que generen entre otros beneficios, la prevención de enfermedades laborales y de accidentes de trabajo, la promoción de ambientes saludables y seguros en el trabajo.

3. CONCEPTOS.

3.1. ASUNTO: Radicado 202142400197132

Respetado (a) señor (a):

Hemos recibido comunicación del asunto en la que solicita se le indique, *"… quién es civilmente responsable en caso de responsabilidad medica por falla de una EPS que se encuentra en liquidación?*

En atención a la inquietud se procede a responder en los siguientes términos:

En primer lugar y, en cuanto a la primera parte de la inquietud *"quién es civilmente responsable en caso de responsabilidad medica por falla de una EPS*" es preciso informarle que, de acuerdo con las competencias asignadas en el Decreto Ley 4107 de 2011[149], modificado en algunos apartes por el Decreto 2562 de 2012[150], este Ministerio tiene como finalidad primordial el fijar la política en materia de salud y protección social, sin que dicha norma ni ninguna otra le haya atribuido funciones judiciales.

Por tanto, le corresponde a un Juez de la República determinar quién es él civilmente responsable en el caso de responsabilidad medica por falla de una EPS, inculpar cualquier clase de responsabilidad por fallas en la prestación de los servicios de salud, desborda la competencia de esta Cartera Ministerial.

Ahora bien, cuando se trata de responder civilmente y la EPS se encuentra en liquidación la Honorable Corte Constitucional en Sentencia C-089 del 2018[151], sobre el tema expreso:

> *"5.* ***Reconocimiento de acreencias en la liquidación de las EPS e IPS***
>
> *(…)*
>
> *73.* ***Al respecto el artículo 300 del EOSF, modificado por el artículo 25 de la Ley 510 de 1999, prevé que en caso de liquidación los créditos serán pagados en atención al orden establecido por la ley. La graduación y calificación de acreencias de las entidades de salud se guía por los lineamientos del Decreto Ley 663 de 1993 (EOSF), el Decreto 2555 de 2010, modificado por la Ley 510 de 1999 y demás normas concordantes.***

---

[149] *Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.*
[150] *Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.*
[151] *Magistrado doctor Carlos Bernal Pulido*

74. A tal efecto, en el proceso liquidatorio el pasivo a cargo de la institución en liquidación se determina de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 2555 de 2010 que a partir de su artículo 9.1.3.2.1., normativa que prevé el emplazamiento de todas las personas jurídicas públicas o privadas que consideren tener derecho a formular reclamaciones de pago ante la intervenida, para lo cual deberán aportar prueba sumaria de los créditos.

75. El emplazamiento incluirá el término para presentar las reclamaciones en forma oportuna (lit. b. artículo 9.1.3.2.1. Decreto 2555 de 2010). ***De manera que con el emplazamiento se advierte que una vez vencido este término el liquidador no tendrá facultad de aceptar ninguna reclamación, y que las reclamaciones presentadas en forma extemporánea, al igual que las obligaciones no reclamadas, serán calificadas como pasivo cierto no reclamado****. (…)*

76. Una vez vencido el plazo para presentar reclamaciones, se correrá traslado a los interesados por un término de cinco días hábiles, para que los interesados puedan objetar las reclamaciones presentadas (Artículo 9.1.3.2.3 Decreto 2555 de 2010). Culminada esta etapa, el liquidador determinará las sumas y bienes excluidos, y los créditos a cargo de la masa de liquidación de la entidad. Para ello, dentro de los treinta días hábiles siguientes al vencimiento del término para presentar reclamaciones, el liquidador resolverá las reclamaciones oportunamente presentadas, aceptadas y rechazadas contra la masa de la liquidación, señalando la naturaleza de las mismas, su cuantía y la prelación para el pago y las preferencias que la ley establece, de conformidad con el numeral 1 del artículo 300 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las reglas generales del Código Civil y demás disposiciones legales aplicables.

(…)

78. ***Significa lo anterior que en las normas que rigen el proceso liquidatorio se establece de manera clara y precisa los requisitos que los acreedores deben cumplir para reclamar a la entidad en liquidación su crédito insoluto, al igual que las condiciones bajo las cuales dicha obligación es reconocida y calificada para su pago****.”*

(…)

*“92****. Por esa razón, es legítimo que el legislador establezca regulaciones en el sector salud que incluso limiten la manera en la cual se dispone el flujo de recursos en procesos de liquidación de entidades del Sistema de Seguridad Social en Salud intervenidas****. Una de esas medidas es precisamente la determinación de un orden específico de prelación de créditos, aspecto sobre el cual recae el cuestionamiento del accionante, pues es esta la finalidad del artículo 12 de la Ley 1797 de 2016. Parece entonces razonable que el legislador haya decidido regular la prelación de créditos de forma distinta a la que de manera general estableció en el Código Civil, como ya ocurrió en el Código de Comercio res-*

pecto de asuntos precisos[16], así mismo, al expedir el régimen de insolvencia empresarial[17]. En este caso, se trata de reglas especiales para ser aplicadas a los acreedores de las EPS e IPS en liquidación.

93. En esa medida, la Corte prima facie no encuentra reparo constitucional al hecho de que el legislador haya previsto que las reglas de prelación fijadas surtan efecto en los procesos liquidatorios que estuvieren en curso, dado que se trata de una medida establecida dentro del margen de configuración del legislador y que ***resulta plausible al menos por estas razones: (i) el diseño normativo que rige el proceso liquidatorio de las EPS e IPS evidencia que se trata de un trámite especial y preferente, (ii) las deudas que se adquieren por la prestación de los servicios de salud en el Sistema de Seguridad Social no se encuentran motivadas por el interés económico particular que caracteriza los negocios civiles y mercantiles, sino que se originan en la obligación del Estado de garantizar el derecho fundamental a la salud, por lo que la pronta satisfacción de estos créditos supone un interés público."*** (Negrilla y subraya fuera de texto)

En consecuencia y conforme a la precitada jurisprudencia, cuando se trata de responder civilmente y la EPS se encuentra en liquidación, será ante el agente liquidador de la EPS que deberá solicitar la inscripción de la providencia judicial en firme por medio de la cual declararon a la EPS civilmente responsable de la falla en la prestación del servicio de salud, igualmente podrá requerir, le informen de manera clara y precisa los requisitos que debe cumplir como acreedor (a) para reclamar su derecho y ser parte del proceso liquidatorio, o en su defecto, las razones legales de la improcedencia de la pretensión, en virtud a que, como lo dice la Corte Constitucional el diseño normativo que rige el proceso liquidatorio de las EPS goza de un trámite especial y preferente.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28[152] del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituidos en el Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

Cordialmente,

[152] *"Artículo 28. Alcance de los conceptos. Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución."*

3.2. ASUNTO: Radicados 202042402172892 y 202142400008042

Respetada doctora xxx

Hemos recibido las peticiones del asunto mediante las cuales expresa, entre otros planteamientos, el siguiente, *"… ante el hipotético consistente en que una ambulancia llegue al lugar de los hechos y efectúe el traslado del paciente a una IPS, sin haber sido debidamente asignada para turno; pese a que claramente dicha conducta se configura como incumplimiento del sistema de emergencias médicas SEM, …"* y manifiesta *"…solicito se expida por parte de su despacho concepto jurídico frente a los siguientes interrogantes, en aras de obtener plena claridad respecto del proceder legal ante la situación planteada en materia de sistema de emergencias médicas SEM, garantizar el derecho a la salud de la población así como las garantías legales y procesales que le asisten a las instituciones prestadoras de servicios de salud eventualmente procesadas, …"*

En atención a las solicitudes y previa transcripción de los interrogantes se procede a responder, en los siguientes términos:

"2.1. ¿Resultaría procedente y suficiente endilgar únicamente como pliego de cargos en un eventual proceso administrativo sancionatorio frente a los supuestos fácticos hipotéticos previamente planteados, el incumplimiento de las características de Oportunidad y Pertinencia, consagradas en el artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 del 2016?"

Al respecto es preciso recordar que, de acuerdo a las competencias asignadas en el Decreto Ley 4107 de 2011[153], modificado en algunos apartes por el Decreto 2562 de 2012[154], este Ministerio tiene como finalidad primordial el fijar la política en materia de salud y protección social, sin que dicha norma ni ninguna otra le haya atribuido funciones relacionadas con la inspección, vigilancia y control conforme al numeral 43.2.6.[155] del artículo 43 de la Ley 715 de 2001[156] y artículo 2.5.1.7.6[157] del Decreto 780 de 2016[158].

---

[153] *Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.*
[154] *Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.*
[155] *43.2.6. Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente. (Negrilla y subraya fuera de texto)*
[156] *"Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros."*
[157] *"Artículo 2.5.1.7.6Sanciones. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades,* ***corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979*** *y las normas que las modifiquen o sustituyan." (Negrilla y subraya fuera de texto)*
[158] *Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*

Por tanto, le corresponde al Instituto Departamental de Salud Norte de Santander como conocedor de primera instancia de los hechos y circunstancias bajo las cuales acaecen éstos, realizar la correspondiente tipificación de la conducta dentro de la investigación administrativa sancionatoria, en el marco normativo que regula al Sistema de Emergencias Médicas. Ahora bien, definir en qué términos se debe realizar la tipificación de una u otra conducta desborda la competencia de esta Cartera Ministerial.

"2.2. ¿Existe otra norma jurídica que no se está teniendo en consideración en materia de sistema de emergencias médicas pero que podría configurarse plenamente como conducta de acción u omisión para sustentar una eventual sanción consistente en multa efecto de un proceso administrativo sancionatorio?"

Al respecto, el artículo 2.5.3.2.17 del Decreto Nacional 780 de 2016 establece, *"(…)* ***corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia****. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y Desastres – CRUE"*

Los parágrafos del artículo 4, parágrafo del artículo 9 y artículo 14 de la Resolución 926 de 2017[159] prevé:

> *"ARTÍCULO 4°. Implementación. Los distritos, los municipios de categoría especial y de primera categoría y el departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina deberán implementar el SEM en el territorio de su jurisdicción, teniendo en cuenta el análisis de situación de salud, los antecedentes de emergencias y desastres y las condiciones geográficas particulares para lo cual podrán, de manera autónoma, constituir un Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) o suscribir convenios con el departamento para tal fin.*
> *Parágrafo 1°. Las áreas metropolitanas y los municipios de categorías diferentes a las señaladas en el presente artículo podrán, de manera independiente o asociados con otros municipios,* ***implementar un SEM en su territorio****.* ***En este caso, estarán facultados, con autorización del departamento de su jurisdicción,*** *para constituir Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) o suscribir convenios con el departamento para tal fin.*
>
> *Parágrafo 2°. En cualquier caso, la creación de los CRUE* ***propenderá por una articulación técnica y operativa eficiente con el CRUE departamental****." (Negrilla y subraya fuera de texto)*

[159] *por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas*

"ARTÍCULO 9°. Coordinación no asistencial. La coordinación y operación no asistencial del SEM está en cabeza de la entidad territorial, a través del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres (CRUE) del territorio de su jurisdicción y tendrá como funciones, además de las previstas en la normatividad vigente, las siguientes: (…)

Parágrafo. Las entidades territoriales emitirán los actos administrativos respectivos para la implementación del SEM en su jurisdicción y en general para el cumplimiento de las funciones aquí señaladas." *(Negrilla y subraya fuera de texto)*

"ARTÍCULO 14. ***Coordinación y gestión de las solicitudes.*** *Será responsabilidad de los CRUE coordinar y gestionar la respuesta en salud requerida, según el caso, para la atención de las situaciones de urgencia, emergencia o desastre reportadas por la comunidad o por las autoridades.*

Parágrafo 1°. ***Los pacientes atendidos por el SEM deberán ser trasladados a la institución apropiada y con la oportunidad requerida según las condiciones de salud de la persona, acorde con el direccionamiento del CRUE._***

Parágrafo 2°. El CRUE asignará un código de registro al servicio de atención prehospitalaria o de transporte asistencial designado para realizar la atención. El registro, además de un número consecutivo, deberá incluir la identificación del paciente, la hora de recepción y despacho, la identificación del vehículo despachado, la hora de llegada a la escena, el lugar donde se solicitó trasladar el paciente y la hora de recepción por parte de la institución hospitalaria. Para tal efecto el prestador deberá proporcionar la información en forma inmediata al terminar el servicio.

(…)." (Negrilla y subraya fuera de texto)

De la normativa transcrita se desprende que, de considerar el Instituto Departamental de Salud Norte de Santander que el artículo 14 Resolución 926 de 2017 no es suficiente para formular el cargo bajo el hipotético hecho, como lo sería el que, una ambulancia llegue al lugar de los hechos y efectúe el traslado del paciente a una IPS, sin haber sido debidamente asignada para turno, deberá la Gobernación y el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander **reglamentar,** los procedimientos administrativos, técnicos y operativos para la implementación del Sistema de Emergencias Médicas-SEM en su jurisdicción, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 2.5.3.2.17 del Decreto Nacional 780 de 2016, parágrafos del artículo 4 y parágrafo del artículo 9 de la Resolución 926 de 2017.

"2.3. Además de las consideraciones establecidas en el presente escrito y conforme a la experiencia por parte del distrito frente al problema jurídico planteado con ocasión del sistema de emergencias médicas, ¿Qué lineamientos prácticos y /o jurídicos podría sugerir su despacho a este ente territorial en aras de perfeccionar

la acción de inspección, vigilancia y control a través del proceso administrativo sancionatorio en materia de sistema de emergencias médicas?"

Si bien, la pregunta está dirigida a un ente territorial distrital, la sugerencia desde esta entidad sería que, al realizar la reglamentación de que trata la respuesta anterior, se efectúe de tal manera que les permita contar con las herramientas jurídicas acorde a las necesidades en su jurisdicción, con el fin beneficiar a los usuarios del Sistema de Emergencias Médicas de Norte de Santander, que es en últimas el objeto indicado en el artículo 1[160] de la Resolución 1220 de 2010[161].

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28[162] del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituidos en el Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015[163]

Cordialmente,

---

160 "ARTÍCULO 1o. OBJETO. La presente resolución tiene por objeto establecer las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE, buscando que por parte de las Entidades Territoriales exista una adecuada y oportuna regulación de pacientes urgentes, coordinación para la atención de emergencias o desastres, estandarización de procesos de referencia y contrarreferencia y la adecuada integración de los recursos relacionados con estos eventos, a través del fomento de la cooperación y la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres (SNPAD). (…)" (Subraya fuera de texto)

161 por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE

162"Artículo 28. Alcance de los conceptos. Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución. "

163 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo."

3.3. Asunto. Derecho de Petición- Información Emergencia Sanitaria.
Radicados MSPS. 202142300122382/ 202142300127622/202142300126042

Respetado señor xxx

Proveniente de la Presidencia de la Republica, hemos recibido la comunicación de la referencia, mediante la cual eleva una solicitud respecto a la Emergencia Sanitaria, cuyo interrogante en concreto es el siguiente:

> *"En los términos del artículo 215 de la Constitución Política, solicito me sea informado el motivo, así como la viabilidad jurídica de las prórrogas que se han surtido respecto del Estado de Emergencia Sanitaria declarado para todo el territorio nacional, teniendo en cuenta que la disposición precitada es clara en señalar que el estado de excepción no podrá exceder los 90 días calendario; no obstante, estamos a punto de cumplir 300 días desde la declaratoria efectuada por medio de las Resoluciones 385, 844 y 1462 de 2020."*

Teniendo en cuenta lo anterior nos permitimos señalar:

En primer lugar, el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015[164], prevé que el Ministerio de Salud y Protección Social podrá declarar la emergencia sanitaria, cuando se presenten situaciones de riesgo de epidemia, epidemia declarada, insuficiencia o desabastecimiento de bienes o servicios de salud o eventos catastróficos que afecten la salud colectiva, aparte normativo que indica:

> *"Artículo 69.*Declaración de emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos*. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) podrá declarar la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos, cuando se presenten situaciones por riesgo de epidemia, epidemia declarada, insuficiencia o desabastecimiento de bienes o servicios de salud o eventos catastróficos que afecten la salud colectiva, u otros cuya magnitud supere la capacidad de adaptación de la comunidad en la que aquel se produce y que la afecten en forma masiva e indiscriminada generando la necesidad de ayuda externa.*
>
> *En los casos mencionados, el MSPS determinará las acciones que se requieran para superar las circunstancias que generaron la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos con el fin de garantizar la existencia y disponibilidad de talento humano, bienes y servicios de salud, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional. Cuando las acciones requeridas para superar dichas circunstancias tengan que ver*

[164] Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país".

con bienes en salud, la regulación que se expida deberá fundamentarse en razones de urgencia extrema.

Lo dispuesto en este artículo podrá financiarse con los recursos que administra el Fosyga o la entidad que haga sus veces, o por los demás que se definan. "

El Decreto 780 de 2016[165], en su artículo 2.8.8.1.4.3 precisa sobre las medidas sanitarias lo siguiente:

"Artículo 2.8.8.1.4.3 Medidas sanitarias. Con el objeto de prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o la existencia de una situación que atenten contra la salud individual o colectiva, se consideran las siguientes medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control:

a. Aislamiento o internación de personas y/o animales enfermos;
b. Cuarentena de personas y/o animales sanos;
c. Vacunación u otras medidas profilácticas de personas y animales;
d. Control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios;
e. Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas;
f. Clausura temporal parcial o total de establecimientos;
g. Suspensión parcial o total de trabajos o servicios;
h. Decomiso de objetos o productos;
i. Destrucción o desnaturalización de artículos o productos si fuere el caso;
j. Congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos.

Parágrafo 1. Sin perjuicio de las medidas antes señaladas y en caso de epidemias o situaciones de emergencia sanitaria nacional o internacional, se podrán adoptar medidas de carácter urgente y otras precauciones basadas en principios científicos recomendadas por expertos con el objetivo de limitar la diseminación de una enfermedad o un riesgo que se haya extendido ampliamente dentro de un grupo o comunidad en una zona determinada.

Parágrafo 2. Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que hubiere lugar."

Por su parte, el artículo 5[166] de la Ley 1751 de 2015[167] consagró que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud previendo una serie de deberes. Así mismo, el artículo 10[168] de la citada ley previó como

---

[165] Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
[166] ***Artículo 5°.*** *Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:*
(…)
[167] *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.*
[168] **Artículo 10.** *Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud.* Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud
Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:
a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;
b) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;
(…)

deberes de las personas relacionados con la prestación de los servicios de salud: a) propender por el autocuidado, el de su familia y el de su comunidad y c) actuar de manera solidaria ante situaciones que pongan en peligro la vida y salud de las personas.

El artículo 564[169] de la Ley 9 de 1979[170] indica que corresponde al Estado, como orientador de las condiciones de salud, expedir las disposiciones necesarias para asegurar una adecuada situación de higiene y seguridad en todas las actividades, así como vigilar su cumplimiento a través de las autoridades de salud.

A su vez, el artículo 598 ibídem establece que, toda persona debe velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, aparte normativo que señala:

> *"Artículo 598. Toda persona debe velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes."*

Por su parte, el artículo 489 de la ley en comento determina que el Ministerio de Salud (actualmente Ministerio de Salud y Protección Social),o su entidad delegada serán las autoridades competentes para ejecutar acciones de vigilancia epidemiológica y de control, cuyo tenor literal dispone:

> *"Artículo 489. El Ministerio de Salud o su entidad delegada serán las autoridades competentes para ejecutar acciones de vigilancia epidemiológica y de control de saneamiento de áreas portuarias, naves y vehículos.*
>
> *Todas las entidades que participen en el tráfico internacional y en actividades de las áreas portuarias, deberán dar respaldo y prestar su apoyo al Ministerio de Salud o su entidad delegada para el cumplimiento de las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones."*

De conformidad con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 385 de 2020[171], modificada por las Resoluciones 407 de 2020[172] y 450 del mismo año[173], decretó la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional con el fin de

---

[169] Artículo 564. Corresponde al Estado como regulador de la vida económica y como orientador de las condiciones de salud, dictar las disposiciones necesarias para asegurar una adecuada situación de higiene y seguridad en todas las actividades, así como vigilar su cumplimiento a través de las autoridades de salud.
[170] Por la cual se dictan Medidas Sanitarias
[171] Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus
[172] "Por la cual se modifican los numerales 2.4 y 2.6 del artículo 2º de la Resolución 385 de 2020, por la cual se declaró la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional".
[173] Por la cual se modifican los numerales 2.1 y 2.2 del artículo 2° de la Resolución 385 de 2020 en relación con la limitación del número de personas en actividades o evento

prevenir y controlar la propagación del COVID-19 y mitigar sus efectos. Posteriormente, prorrogó dicha emergencia, a través de las Resoluciones 844[174], 1462 de 2020[175] y 2230[176] de 2020 hasta el 28 de febrero de 2021.

Es de anotar que uno de los considerandos de la Resolución 2230 de 2020, indica:

> *"Que, en consecuencia, persisten las causas que dieron origen a su declaratoria, así como las razones con base en las cuales se requiere mantener las condiciones de prevención y autocuidado."*

Por otro lado, el artículo 215[177] de la Carta Política, señala que cuando sobrevengan hechos distintos de los previstos en los artículos 212 y 213 que perturben o amenacen perturbar en forma grave inminente el orden económico, social y ecológico del país o que constituyan grave calamidad pública, podrá el Presidente de la República, con la firma de todos los ministros, declarar el estado de emergencia por periodos hasta de treinta (30) días, que sumados no podrán exceder noventa (90) días en el año calendario.

De conformidad con lo anterior, el Gobierno nacional expidió el Decreto Legislativo 417 de 2020[178], el cual en su artículo 1° declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional por el termino de treinta (30) días calendario, con el fin de conjurar la crisis que afecta al país por causa del nuevo coronavirus COVID-19 e impedir la extensión de sus efectos, precepto normativo que dispone:

> *"**Artículo 1**°. Declárese el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional, por el término de treinta (30) días calendario, contados a partir de la vigencia de este decreto.*"

Posteriormente, el Gobierno nacional, expidió el Decreto Legislativo 637 de 2020[179], mediante el cual se declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional por el termino de treinta (30) días calendario, cuyo aparte normativo dispone:

> *"Artículo 1. Declárese el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el*

---

[174] Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la COVID-19, se modifica la Resolución número 385 del 12 de marzo de 2020, modificada por las Resoluciones números 407 y 450 de 2020 y se dictan otras disposiciones
[175] Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la Covid-19, se modifican las Resoluciones 385 y 844 de 2020 y se dictan otras disposiciones.
[176] Por la cual se prorroga nuevamente la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la Covid-19, declarada mediante Resolución 385 de 2020, modificada por la Resolución 1462 de 2020
[177] Artículo 215. Cuando sobrevengan hechos distintos de los previstos en los artículos 212 y 213 que perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública, podrá el Presidente, con la firma de todos los ministros, declarar el Estado de Emergencia por períodos hasta de treinta días en cada caso, que sumados no podrán exceder de noventa días en el año calendario.
Mediante tal declaración, que deberá ser motivada, podrá el Presidente, con la firma de todos los ministros, dictar decretos con fuerza de ley, destinados exclusivamente a conjurar la crisis y a impedir la extensión de sus efectos.
[178] *Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional.*
[179] Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional

territorio nacional, por el término de treinta (30) días calendario, contados a partir de la vigencia de este decreto."

Después de esbozado lo anterior, la Emergencia Económica, Social y Ecológica es una declaratoria que procede cuando ocurren hechos que perturben o amenacen perturbar en forma grave inminente el orden económico, social y ecológico del país o que constituyan grave calamidad pública, la cual podrá ser declarada por el Presidente de la Republica con la firma de todos los ministros por periodos de 30 días que sumados no podrán exceder de 90 días calendario y que fue adoptada mediante los Decretos Legislativos 417 y 637 de 2020. A contrario sensu, la emergencia sanitaria es una medida de carácter sanitario adoptada por esta cartera ministerial de conformidad a lo señalado en el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015 y el artículo 2.8.8.1.4.3 del Decreto 780 de 2016, con el fin de fin de prevenir y controlar la propagación del COVID-19 y mitigar sus efectos declarada a través de la Resolución 385 de 2020, modificada por las Resoluciones 407 de 2020 y 450 del mismo año, y prorrogada, a través de las Resoluciones 844, 1462 de 2020 y 2230 de 2020 hasta el 28 de febrero de 2021.

En relación a la declaratoria y prorroga de la emergencia sanitaria, es de anotar que la Resolución 2230 de 2020 en uno de sus considerandos señaló que aún persisten las causas que dieron origen y se requiere mantener las condiciones de prevención y autocuidado. Así mismo es necesario indicar, que los diferentes actos administrativos que han prorrogado la emergencia sanitaria, prevén que dicha prórroga podrá finalizar antes de la fecha allí señalada o cuando desaparezcan las causas que le dieron origen o, si estas persisten o se incrementan, el término podrá prorrogarse nuevamente.

De conformidad con lo anterior, es pertinente precisar que, atendiendo a que la medida de emergencia sanitaria es diferente a la declaratoria de Emergencia Económica, Social y Ecológica que se encuentra prevista en el artículo 215 de la Carta Política, la aludida medida sanitaria declarada por esta cartera ministerial no está supeditada a los términos de duración que prevé la Constitución para dicho Estado de Excepción.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015[180].

Cordialmente,

---

[180]Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Titulo del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

3.4. Asunto: Consultas sobre situaciones administrativas en servidores públicos

Radicado: 202142300221072 del 9 de febrero del 2021

Respetados señores:

Procedente del Departamento Administrativo de Función Pública, hemos recibido su comunicación, con el fin de atender el segundo interrogante de su escrito, en el cual se plantea la situación particular de un funcionario público a quien se le emitió un certificado de aislamiento por Covid-19, por lo que requiere se le informe: si el funcionario puede ser objeto de acción disciplinaria por presunto abandono del cargo, ser llamado a calificación o evaluación de desempeño y si se puede optar por la contratación de un supernumerario durante el tiempo que este se encuentre ausente.

En primer lugar, de acuerdo con lo establecido en el artículo 7[181] del Decreto Ley 4107 de 2011[182], modificado por los Decretos 2562 de 2012[183] y 1432 de 2016[184], es necesario precisar que esta Dirección tiene facultad para emitir conceptos jurídicos de carácter general sobre la aplicación de las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, mas no para pronunciarse frente a casos particulares, como la situación planteada en su escrito.

Asimismo, esta Dirección carece de competencia para pronunciarse sobre asuntos relacionados con el derecho administrativo laboral, como los referentes al manejo disciplinario, de evaluación y de contratación.

No obstante, en cuanto al aislamiento, debe precisarse que el marco de la emergencia sanitaria declarada por este Ministerio mediante la Resolución 385 de 2020, la cual ha sido prorrogada por la Resolución 2230 de 2020[185] hasta el 28 de febrero del 2021, este ha sido adoptado como una de las medidas tendientes a controlar y reducir la morbilidad y la mortalidad especifica por Covid-19, definido en los "*lineamientos para el manejo del*

---

[181] Artículo 7°. Dirección Jurídica. Son funciones de la Dirección Jurídica las siguientes:
(…)
7. Orientar la conceptualización sobre las normas, proyectos o materias legales que afecten o estén relacionadas con las competencias y funciones asignadas al Ministerio.
(…)
16. Atender las peticiones y consultas relacionadas con asuntos de competencia del Ministerio, en coordinación con las direcciones técnicas.
[182] Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
[183] Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.
[184] Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social.
[185] *Por la cual se prorroga nuevamente la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la Covid-19, declarada mediante Resolución 385 de 2020, modificada por la Resolución 1462 de 2020*.

aislamiento domiciliario, frente a la introducción del sars-cov-2 (covid-19) a Colombia", de la siguiente manera:

> ***"Aislamiento:** Separación de una persona o grupo de personas que se sabe o se cree que están infectadas con una enfermedad transmisible y potencialmente infecciosa de aquellos que no están infectados, para prevenir la propagación de COVID-19. El aislamiento para fines de salud pública puede ser voluntario u obligado por orden de la autoridad sanitario".*

En este sentido, los prestadores de servicios de salud, de acuerdo con lo previsto en los *"lineamientos para la detección y manejo de casos de covid-19 por los prestadores de servicios de salud en Colombia",* deberán proceder como se indica a continuación*:*

> *"**6.3 MEDIDAS GENERALES***
>
> *De acuerdo con los criterios identificados en las personas se procederá así:*
>
> *1- Valorar integralmente al paciente aplicando las medidas de precaución estándar, utilizando los elementos de protección personal que incluye máscara de alta eficiencia para el personal tratante. 2- Aplicar las medidas de aislamiento al paciente. Tanto aislamiento de contacto como aislamiento por gotas de forma inmediata, ya sea en el triage durante el primer contacto en urgencias o en el proceso establecido por el prestador sobre las consultas programadas.*
> *3- **Las personas deben permanecer con asilamiento respiratorio hasta que las Empresas Promotoras de Salud- EPS, Administradoras de regímenes especiales y de excepción, medicina prepagada, IPS fijas o de atención domiciliaria y las Secretarias de salud departamentales y distritales le tomen la muestra y continuarlo de acuerdo con las recomendaciones emitidas**.*
> *4- Notificar inmediatamente el caso en la ficha epidemiológica completamente diligenciada de acuerdo con los lineamientos del Instituto Nacional de Salud y lo descrito previamente en este documento.*
> *5- Cuando el prestador que recibe inicialmente al paciente no tenga capacidad para realizar la toma de muestra para el diagnóstico etiológico, aislamiento y hospitalización del paciente, se debe realizar el proceso de referencia y contrarreferencia ante la EAPB o la Entidad Territorial según sea el caso, para definir el prestador de servicios de salud al que se debe remitir para continuar con el manejo. Hay que asegurar que durante el traslado del paciente se continúe con el aislamiento (gotas y contacto) .*
> *6- El prestador que recibe el paciente remitido debe revalorarlo y solicitar la muestra de acuerdo con la Guía del Laboratorio de Referencia del INS 2 y las demás pruebas diagnósticas que el médico tratante considere necesarias para descartar otra etiología y para definir el tratamiento.*
> *7- El prestador con capacidades para el diagnóstico y manejo del paciente debe tomar la muestra para confirmar o descartar COVID-19, para remitir de forma inmediata al Laboratorio de Salud Pública Departamental o Distrital (junto con la ficha epidemiológica completamente diligenciada), quién a su vez remitirá al Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto*

Nacional de Salud o a los laboratorios definidos para esta prueba por la Secretaría de Salud departamental o distrital.
*8- **Aplicar el tratamiento según el caso**. Es importante resaltar que hasta el momento no existe tratamiento específico para ningún coronavirus, por lo que el tratamiento del COVID-19 es sintomático.*
9- Brindar las recomendaciones de uso de medidas preventivas para los contactos.
*10- **El médico que atiende el caso evaluará el riesgo del paciente para definir su internación o su manejo en el domicilio.***
(…)" (Negrillas fuera de texto)

***6.4** En los casos que se decida **manejo en el domicilio** se deben aplicar las recomendaciones dadas en "Lineamientos para el manejo del aislamiento domiciliario, frente a la introducción del Sars-cov-2 (covid-19) a Colombia".*

Posteriormente, en el artículo 21 del Decreto 1374 de 2020[186], respecto al aislamiento selectivo, entre otros, se previó lo siguiente:

***"Artículo 21. Aislamiento selectivo.** Es la medida sanitaria de carácter individual **que deben acatar todos los casos confirmados, probables y sospechosos, sus contactos estrechos, convivientes y aquellos contactos clasificados como de alto riesgo epidemiológico,** durante 14 días, o el tiempo que a futuro se establezca de acuerdo con las actualizaciones basadas en la evidencia más reciente disponible.*

Los rastreadores, vigilantes y prestadores de servicios de salud, deberán buscar que se logre la mayor adherencia a la medida.

***Se deberá realizar seguimiento a todos los casos o contactos a quienes se les haya recomendado la medida,** con base en criterios aplicados en la evaluación de riesgo epidemiológico y factores modificadores que incidan en el tiempo de aislamiento recomendado en cada caso, hasta cerrarlo al término del tiempo de observación sin que presente signos o síntomas de enfermedad, o antes, si excepcionalmente, el resultado de laboratorio es negativo para covid-19, cuando se le hubiese tomado prueba para confirmación.*

Cada entidad responsable del seguimiento de casos y contactos en aislamiento deberá registrar los datos e información en SegCovid19 y acatar las indicaciones que la autoridad sanitaria territorial establezca a partir de los resultados de la vigilancia y control del rastreo y seguimiento en su jurisdicción". (Negrilla fuera de texto)

[186] Por el cual se optimiza el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible - PRASS, para el monitoreo y seguimiento de casos y contactos de COVID - 19 en Colombia.

Conforme con lo expuesto y como quiera que en el marco de la pandemia generada por el Covid19 lo que se busca, entre otros, es disminuir la incidencia de casos, cualquier persona que sea un caso confirmado, probable o sospechoso, deberá a acatar la medida de aislamiento.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015[187].

Cordialmente,

[187] *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Titulo del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*

3.5. Asunto: Concepto. Transacción, desistimiento y renuncia como requisitos del mecanismo de saneamiento consagrado en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019.
Radicado 202042301603472

Respetados señores,

Damos respuesta a la comunicación del asunto, mediante la cual plantean algunos interrogantes relacionados con el saneamiento financiero de las entidades territoriales en el sector salud, específicamente, en relación con las condiciones de que trata el literal b del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019[188].

I. PROBLEMA JURÍDICO

En los términos de la solicitud, los problemas jurídicos a resolver son los siguientes:

> *"1. ¿Dentro del marco normativo del literal b del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, en caso que existan facturas objeto de medio de control de reparación directa actio in renverso (sic) ante la jurisdicción Contenciosa Administrativa o en su defecto demanda ordinaria laboral ante la jurisdicción laboral, dichas facturas pueden ser objeto de conciliación de glosas dentro de auditoría médica, a pesar que no medie desistimiento de demandas?*
>
> *2. ¿Dentro del marco normativo del literal b del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, en caso que existan facturas objeto de medio de control de reparación directa actio in renverso (sic) ante la jurisdicción Contenciosa Administrativa o en su defecto demanda ordinaria laboral ante la jurisdicción laboral, dichas facturas en caso que fueren conciliadas, pueden ser incluidas dentro del proceso de saneamiento financiero?"*.

II. CONCEPTO JURÍDICO

El artículo 57 de la Ley 1438 de 2011[189] fijó un trámite especial para el tratamiento de las glosas que se presenten en las facturas que se expidan con ocasión a la prestación de los servicios de salud.

Con la expedición de la Ley 1955 de 2019, el Gobierno nacional, en aras de contribuir a la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el artículo 238 fijó unos criterios y plazos generales para la estructuración, operación y seguimiento de un mecanismo de saneamiento definitivo de las cuentas de

[188] Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. *"Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"*.
[189] Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

recobros/cobros asociadas a servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del subsidiado, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.

El articulo 238 fijó las reglas para el saneamiento financiero del sector salud en las entidades territoriales, dentro de las cuales señaló que, para determinar las deudas por servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado, las entidades territoriales deberán adelantar el proceso de auditoría que le permita determinar si es procedente el pago.

El numeral 3º del citado artículo señaló que, para el saneamiento de estas cuentas, las entidades territoriales podrían disponer de las siguientes fuentes de financiación.

> *"3. Las entidades territoriales podrán disponer de las siguientes fuentes de financiación: rentas cedidas, excedentes de las rentas cedidas, saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado en salud, excedentes del Sistema General de Participaciones de Salud Pública, excedentes y saldos no comprometidos con destino a la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Sistema General de Participaciones, los recursos de transferencias realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga) de vigencias anteriores y los excedentes del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (Fonpet) del sector salud financiados con Lotto en línea, sin perjuicio de los usos ya definidos en la ley y del Sistema General de Regalías cuando lo estimen pertinente".*

Igualmente, el artículo establece que la Nación podrá cofinanciar el pago de las deudas de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado **siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:**

> *a) Que se hayan agotado las fuentes de financiación con las que cuenta la entidad territorial para el pago de estas obligaciones. Para el efecto el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación, evaluará el esfuerzo fiscal de las entidades territoriales para el pago de estos pasivos y definirá el monto a financiar premiando a aquellas que hayan realizado mayores esfuerzos.*
>
> ***b) Que la entidad territorial suscriba un contrato de transacción con la entidad acreedora que incluya como mínimo:***
>
> ***i) La renuncia expresa de la entidad que esté realizando el cobro o recobro a instaurar o desistir de cualquier acción judicial o administrativa relacionada con la solicitud de pago elevada.***
>
> *ii) La obligación de la entidad territorial y la entidad que está realizando el recobro de revelar y depurar en sus estados financieros los resultados del proceso de verificación y control.*

iii) La renuncia expresa de la entidad que esté realizando el cobro o recobro a cualquier tipo de interés y otros gastos, independientemente de su denominación sobre las cuentas presentadas, al momento de radicarlas por este mecanismo.

c) Que el representante legal de la Entidad Territorial certifique los montos resultantes. El Gobierno nacional podrá remitir los resultados de las auditorías a los organismos de control para lo de su competencia.
(…)" (Negrillas fuera de texto).

De acuerdo con lo expuesto, en respuesta al **primer interrogante** planteado, debe precisarse que el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, no regula el proceso de *conciliación de glosas*, el cual se encuentra previsto en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. El objeto de esa norma es regular el proceso de saneamiento definitivo de las cuentas de recobros/cobros asociadas a servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado, que se encuentran sujetas a la auditoría que lleve a cabo el respectivo ente territorial para determinar la procedencia o no del pago, dependiendo del modelo al que se haya acogido según la Resolución 1479 del 6 de mayo de 2015[190].

Por lo tanto, el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, no condiciona la posibilidad de la conciliación de glosas, figura consagrada en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Precisado lo anterior, estimamos pertinente señalar que el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019 señala que el responsable del proceso de auditoría es el ente territorial, el cual, en virtud del principio de autonomía (art. 287 de la Constitución Política[191]), con observancia a los requisitos que la misma norma establece, debe implementar un proceso propio orientado a determinar la procedencia o no del pago de los servicios y tecnologías objeto del saneamiento. Por lo tanto, para establecer cuáles son las reglas del saneamiento en cada entidad territorial, es necesario remitirse al procedimiento que cada una de ellas haya fijado.

Ahora, respecto de las entidades territoriales que pretendan la cofinanciación por parte de la Nación para el pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, el literal b del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019 exige,

---

[190] Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado.
[191] Artículo 287. Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley. En tal virtud tendrán los siguientes derechos:
1. Gobernarse por autoridades propias.
2. Ejercer las competencias que les correspondan.
3. Administrar los recursos y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.
4. Participar en las rentas nacionales.

entre otros requisitos, que estas suscriban un contrato de transacción con la entidad acreedora, en el que esta renuncie expresamente a instaurar o desistir de cualquier acción judicial o administrativa relacionada con la solicitud de pago.

En consecuencia, de no realizarse el desistimiento o renuncia, las facturas no podrán ser incluidas para la cofinanciación por parte de la nación en el saneamiento definitivo de cuentas de que trata el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019.

Respecto del **segundo interrogante**, se advierte que el solicitante no especificó si se refería a la conciliación de glosas de que trata el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 o a la conciliación ante autoridad judicial o la Procuraduría General de la Nación.

En todo caso, conviene precisar que la conciliación que celebren las entidades públicas ante autoridades judiciales o el Ministerio Público con los requisitos de ley tienen efectos de cosa juzgada y prestan mérito ejecutivo. Por lo tanto, las cuentas que hayan sido objeto de conciliación ante dichas autoridades no podrían ser incluidas en el mecanismo de saneamiento consagrado en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019.

No obstante, si a lo que se refiere es a la conciliación realizada con fundamento en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, dependiendo los criterios y lineamientos definidos por el ente territorial en su proceso de auditoría, las cuentas podrían ser presentadas al proceso de saneamiento siempre y cuando no hayan sido pagadas. Además, en caso de que el ente territorial requiera la cofinanciación de la Nación, tendrá que suscribir con la acreedora el contrato de transacción, en los términos ya señalados.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituidos en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

Cordialmente,

3.6. Asunto: Concepto jurídico. Transacción, desistimiento y conciliación judicial. Mecanismo de saneamiento consagrado en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019. Radicado. 202042401715712

Respetado doctor XXX

Damos respuesta a la comunicación del asunto, mediante la cual plantea algunos interrogantes relacionados con el saneamiento financiero del sector salud en las entidades territoriales, específicamente, con las condiciones de que trata el literal b del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019[192].

I. ANTECEDENTES

El solicitante formula las siguientes preguntas:

> *"1. Se informe, si las solicitudes de conciliación prejudicial como requisito de procedibilidad para demandar un acto administrativo esta encausada en el número 2 del artículo 238 de la ley 1751 de 2019. (Sic)*
>
> *2. Se indique cuál es el verdadero alcance del desistimiento de las acciones judiciales en curso de las que trata el numeral 8 literal B del artículo 238 de la ley 1751 de 2019 (sic)".*

II. PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico consiste en determinar si, en los términos del numeral 2º del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, las obligaciones que se encuentren en etapa de conciliación prejudicial, cuando se pretende agotar requisito de procedibilidad para acudir a una acción judicial, están excluidas del proceso de saneamiento consagrado en esa normativa. A la vez, se requiere aclarar el alcance de la figura del desistimiento de las acciones judiciales en curso, de que trata el numeral 8º, literal b, del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019.

III. CONCEPTO JURÍDICO

Con la expedición de la Ley 1955 de 2019, el Gobierno nacional, en aras de contribuir a la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS),

[192] Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad".

en el artículo 238 fijó unos criterios y plazos generales para la estructuración, operación y seguimiento de un mecanismo de saneamiento definitivo de las cuentas de recobros/cobros asociadas a servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.

El articulo 238 fijó las reglas para el saneamiento financiero del sector salud en las entidades territoriales, dentro de las cuales señaló que, para determinar las deudas por servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado, las entidades territoriales deberán adelantar el proceso de auditoría que les permita determinar si es procedente el pago.

Igualmente, el artículo objeto de estudio señala que la responsable del proceso de auditoría es la entidad territorial, que, en virtud de la autonomía administrativa y financiera[193], con observancia a los requisitos que establece el artículo 238, debe implementar un proceso propio de auditoría y fijar las reglas que le permitan determinar la procedencia o no del pago de los servicios y tecnologías objeto de saneamiento. Por lo tanto, para establecer cuáles son las reglas del saneamiento en cada entidad territorial, es necesario remitirse al procedimiento que cada una de ellas haya fijado.

Ahora, el numeral 2º *ibídem* señala que *"no serán objeto de saneamiento las obligaciones caducadas o prescritas, aquellas que correspondan a insumos recobrados sin observancia del principio de integralidad, los cobros o recobros que se encuentren involucrados en investigación por la Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación y/o la Superintendencia Nacional de Salud o sus referentes territoriales, ni los servicios y tecnologías en salud en los que se advierta alguno de los criterios definidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015*".

Igualmente, el artículo bajo estudio establece que la Nación podrá cofinanciar el pago de las deudas de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

> *a) Que se hayan agotado las fuentes de financiación con las que cuenta la entidad territorial para el pago de estas obligaciones. Para el efecto el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación, evaluará el esfuerzo fiscal de las entidades territoriales para el pago de estos pasivos y definirá el monto a financiar premiando a aquellas que hayan*

[193] Artículo 287. Las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses, y dentro de los límites de la Constitución y la ley. En tal virtud tendrán los siguientes derechos:
1. Gobernarse por autoridades propias.
2. Ejercer las competencias que les correspondan.
3. Administrar los recursos y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones.
4. Participar en las rentas nacionales.

realizado mayores esfuerzos.

b) Que la entidad territorial suscriba un contrato de transacción con la entidad acreedora que incluya como mínimo:

i) La renuncia expresa de la entidad que esté realizando el cobro o recobro a instaurar o desistir de cualquier acción judicial o administrativa relacionada con la solicitud de pago elevada.

ii) La obligación de la entidad territorial y la entidad que está realizando el recobro de revelar y depurar en sus estados financieros los resultados del proceso de verificación y control.

iii) La renuncia expresa de la entidad que esté realizando el cobro o recobro a cualquier tipo de interés y otros gastos, independientemente de su denominación sobre las cuentas presentadas, al momento de radicarlas por este mecanismo.

c) Que el representante legal de la Entidad Territorial certifique los montos resultantes. El Gobierno nacional podrá remitir los resultados de las auditorías a los organismos de control para lo de su competencia.
(…)" (Negrillas fuera de texto).

De acuerdo con lo expuesto, en respuesta al **primer interrogante** planteado, debe precisarse que el numeral 2º del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019 establece expresamente las obligaciones que no serán objeto de saneamiento definitivo de las cuentas de recobros/cobros asociadas a servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, esto es:

(i) Las caducadas o prescritas.
(ii) Las que correspondan a recobros/cobros que se encuentren involucrados en investigación adelantadas por la Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación y/o la Superintendencia Nacional de Salud o sus referentes territoriales.
(iii) Las que correspondan a servicios y tecnologías en salud en los que se advierta alguno de los criterios definidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

El numeral bajo análisis, entonces, no establece expresamente que las obligaciones que se encuentren en etapa de conciliación prejudicial, cuando se pretende agotar requisito de procedibilidad para acudir a una acción judicial, estén excluidas del mecanismo de saneamiento consagrado en esa normativa. No obstante, teniendo en cuenta las facultades y autonomía de las entidades territoriales para determinar la procedencia del pago, serán estas quienes determinen si aceptan o no la solicitud y bajo qué condiciones.

Ahora, en caso de efectuarse la conciliación ante la Procuraduría General de la Nación y de que esta sea aprobada por autoridad judicial, esta tendrá efectos de cosa juzgada[194], y las cuentas involucradas no podrían ser incluidas en el mecanismo definido por el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019.

En lo que respecta al **segundo interrogante**, debe tenerse en cuenta que el literal b del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019 señala que las entidades territoriales que pretendan la cofinanciación por parte de la Nación para el pago de las deudas de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado deben cumplir unos requisitos, entre estos, suscribir un contrato de transacción con la entidad que esté realizando el cobro o recobro, que incluya como mínimo la renuncia expresa de esta a instaurar cualquier acción judicial o administrativa respecto de las cuentas que se someten al trámite, o a desistir[195] de las acciones que ya se encuentren en curso.

Valga señalar, por último, que las reglas aplicables al desistimiento de las acciones judiciales en curso serán las establecidas en el estatuto procesal que rija el respectivo trámite[196].

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituidos en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

Cordialmente;

---

[194] En la sentencia C-100 de 2019, la Corte Constitucional señaló que la cosa juzgada *"consiste en dotar de un valor definitivo e inmutable a las providencias que determine el ordenamiento jurídico. Es decir, se prohíbe a los funcionarios judiciales, a las partes y eventualmente a la comunidad, volver a entablar el mismo litigio"*.

[195] El Diccionario de la Real Academia Española define el desistimiento como "*Abdicar o abandonar un derecho o una acción procesal*".

[196] Los artículos 314 al 317 de la Ley 1564 de 2012, Código General del Proceso (CGP), regulan el desistimiento como una de las formas de terminación anormal del proceso judicial. El artículo 314 CGP prescribe:
Artículo 314. Desistimiento de las pretensiones. El demandante podrá desistir de las pretensiones mientras no se haya pronunciado sentencia que ponga fin al proceso. Cuando el desistimiento se presente ante el superior por haberse interpuesto por la demandante apelación de la sentencia o casación, se entenderá que comprende el del recurso.
El desistimiento implica la renuncia de las pretensiones de la demanda en todos aquellos casos en que la firmeza de la sentencia absolutoria habría producido efectos de cosa juzgada. El auto que acepte el desistimiento producirá los mismos efectos de aquella sentencia.
Si el desistimiento no se refiere a la totalidad de las pretensiones, o si sólo proviene de alguno de los demandantes, el proceso continuará respecto de las pretensiones y personas no comprendidas en él.

3.7. Asunto: Concepto – Saneamiento financiero del sector salud en las entidades territoriales.
Radicados. 202042301682912 - 202042301692612.

Respetada doctora xxx

Damos respuesta a las comunicaciones del asunto, mediante las cuales plantea algunos interrogantes relacionados con la radicación de las facturas asociadas a los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC del régimen subsidiado, prestados con posterioridad a la entrada en vigor de la Ley 1955 de 2019[197] presente Ley y hasta el 31 de diciembre de 2019, en los términos del numeral 8º del artículo 238 ibídem, y con la suspensión de los términos señalados en el artículo 21 del Decreto Legislativo 538 de 2020[198].

I. ANTECEDENTES

La líder de Gestión Jurídica de la Fundación Hospital de la Misericordia formuló los siguientes interrogantes, que, a su vez, constituyen los problemas jurídicos a resolver:

> *"1. ¿Conforme al Decreto 538 de 2020 en su artículo 21, parágrafo 6, se suspenden términos aplicables conforme a la Ley 1955 de 2019, en su artículo 238, numeral 7 y 8, con respecto a la radicación de medicamentos y tecnologías NO POS?*
>
> *2. Conforme a la aplicación del Decreto 538 de 2020 en su artículo 21, parágrafo 6, los entes territoriales están obligados a recibir radicación, incluso de servicios y tecnologías prestadas desde el 26 de mayo de 2019?*
>
> *3. ¿Conforme a la Ley 1955 de 2019 en su artículo 238, numerales 7 y 8, y teniendo en cuenta que esta ley no derogó a La ley 1479 de 2015, la radicación debe hacerse ante la EPS o directamente al Ente territorial?*
>
> *4. De acuerdo al problema expuesto la Fundación Hospital de la Misericordia con Nit 899.999.123-7 pregunta ¿En virtud de lo definido en la Ley 1955 Art 238 numeral 8, quien debe radicar las facturas a los respectivos Entes Territoriales, la IPS de manera directa o las EPS con la metodología definida en la resolución 1479 de 2015?*

[197] Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad".
[198] Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica

5. ¿En Virtud del Decreto 538 de 2020 Art. 21 parágrafo 6, los entes territoriales deben recibir todas las facturas desde la vigencia 26 de mayo de 2019, hasta la finalización de los términos de este decreto?"

II. CONCEPTO JURÍDICO

Con la expedición de la Ley 1955 de 2019[199], el Gobierno nacional en aras de contribuir a la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el artículo 238 fijó unos criterios y plazos generales para la estructuración, operación y seguimiento de un mecanismo de saneamiento definitivo de las cuentas de recobros/cobros asociadas a servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.

Esta norma fijó las reglas para el saneamiento financiero del sector salud en las entidades territoriales, dentro de las cuales señaló que, para determinar las deudas por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado, las entidades territoriales deberán adelantar el proceso de auditoría que le permita determinar si es procedente el pago.

El numeral 8º[200] de la norma en comento señala que los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 1955 de 2019, y hasta el 31 de diciembre de 2019, deberán ser cobrados o recobrados a las entidades territoriales dentro de los seis meses siguientes a su prestación. De lo contrario, no podrán ser objeto del saneamiento.

Mediante la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020[201], modificada por la Resoluciones 407 y 450 del mismo año, el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015, declaró el estado de emergencia sanitaria por causa del Coronavirus COVID-19 en todo el territorio nacional hasta el 30 de mayo de 2020 y, en consecuencia, adoptó una serie de medidas con el objeto de prevenir y controlar la propagación del Coronavirus COVID-19 y mitigar sus efectos.

---

[199] Por la cual se expide el plan nacional de desarrollo 2018-2022. "pacto por Colombia, pacto por la equidad".
[200] Artículo 238. Saneamiento financiero del sector salud en las entidades territoriales. Para efectos de lograr el saneamiento definitivo de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del régimen subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, deberán cumplirse las siguientes reglas:
(…)
8. Los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente Ley y hasta el 31 de diciembre de 2019, deberán ser cobrados o recobrados a las entidades territoriales dentro de los seis (6) meses siguientes a su prestación. De lo contrario, no podrán ser objeto del saneamiento dispuesto en este artículo.
(…).
[201] Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus.

Con el Decreto Legislativo 538 de 2020[202], que empezó a regir desde el 12 de abril del mismo año, el Gobierno nacional modificó el ultimo inciso del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019 y adicionó un parágrafo así:

> *"Artículo 21. Modifíquese el último inciso y adiciónese un parágrafo al artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, los cuales quedarán así:*
>
> *Para cofinanciar el pago de las deudas de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC- del régimen subsidiado, autorícese al Gobierno nacional a realizar operaciones de crédito en las vigencias 2020 y 2021. La Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, administrará, en una cuenta independiente, el cupo de emisión de deuda que se destine a la atención de las obligaciones de pago originadas en este artículo. Para los efectos previstos en este inciso, la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional estará facultada para realizar las operaciones necesarias en el mercado monetario y de deuda pública. Las operaciones de crédito público no implican operación presupuestal y solo deberá presupuestarse para efectos de su redención y pago de intereses. El Gobierno nacional reglamentará los términos y condiciones en los cuales operará la cofinanciación de la Nación.*
>
> ***PARÁGRAFO 6. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, suspéndase el plazo dispuesto en el numeral 8 del presente artículo. El término se reanudará a partir del día hábil siguiente a su culminación****".* (Subrayado fuera de texto).

Entonces, en respuesta al **interrogante número 1**, debe señalarse que el parágrafo adicionado por el artículo 21 del Decreto Legislativo 538 de 2020 suspendió el plazo dispuesto en el numeral 8º del artículo 238 de la Ley 1955 de 2020, durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y se reanudará a partir del día hábil siguiente a su culminación.

El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución 385 de 2020[203], modificada por las Resoluciones 407 de 2020[204] y 450 del mismo año[205], decretó la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional con el fin de prevenir y controlar la propagación del COVID-19 y mitigar sus efectos. Posteriormente, este Ministerio

---

[202] Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.
[203] Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus
[204] "Por la cual se modifican los numerales 2.4 y 2.6 del artículo 2º de la Resolución 385 de 2020, por la cual se declaró la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional".
[205] Por la cual se modifican los numerales 2.1 y 2.2 del artículo 2° de la Resolución 385 de 2020 en relación con la limitación del número de personas en actividades o evento

prorrogó dicha emergencia a través de las Resoluciones 844[206], 1462 de 2020[207], 2230 de 2020[208] hasta el 28 de febrero de 2021.

En respuesta a los **puntos 2 y 5** de la consulta, es oportuno señalar que el numeral 8 del artículo 238 de la Ley 1955 de 2020 establece que los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados con posterioridad a la entrada en vigencia de esa ley, valga señalar, aquellos prestados entre el 25 de mayo de 2019 y el 31 de diciembre de ese mismo año, debían ser cobrados o recobrados a las entidades territoriales dentro de los seis meses siguientes a su **prestación**. De lo contrario, no podrían ser objeto del saneamiento.

Esto quiere decir, por ejemplo, que los servicios prestados el 27 de mayo de 2019 debían ser cobrados a la entidad territorial hasta el 26 de noviembre 2019, y así sucesivamente hasta el 12 de abril de 2020, fecha en la cual el Decreto Legislativo 538 de 2020 suspendió el plazo dispuesto en el numeral 8 del artículo 238 de la Ley 1955 de 2020.

Por lo tanto, los servicios y tecnologías respecto de los cuales se vencieron individualmente los seis meses de que trata el referido numeral antes de la ampliación de términos consagrada en el parágrafo adicionado por el artículo 21 del Decreto Legislativo 538 de 2020, no pueden ser presentados ante los entes territoriales bajo el mecanismo de saneamiento consagrado en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019.

Valga precisar, además, que, por tratarse de una suspensión de términos, el cómputo de estos se reiniciará en el punto que iba al momento de entrada en vigor del mencionado decreto legislativo, lo cual no quiere decir que durante el término de la emergencia sanitaria los entes territoriales no puedan recibir y tramitar, se insiste, aquellos para los que no hubiere fenecido ya el término de seis meses.

Finalmente, en relación con los **interrogantes 3 y 4**, debemos tener en cuenta que el numeral 7[209] del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019 señala que los servicios y tecnologías no financiadas por la UPC, que hayan sido prestados con posterioridad a la entrada en vigor de la Resolución 1479 del 6 de mayo de 2015[210] serán reconocidos a

---

[206] Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la COVID-19, se modifica la Resolución número 385 del 12 de marzo de 2020, modificada por las Resoluciones números 407 y 450 de 2020 y se dictan otras disposiciones

[207] Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la Covid-19, se modifican las Resoluciones 385 y 844 de 2020 y se dictan otras disposiciones.

[208] Por la cual se prorroga nuevamente la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la Covid — 19, declarada mediante Resolución 385 de 2020, modificada por la Resolución 1462 de 2020

[209] "7. Cuando se trate de servicios prestados con posterioridad a la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, los cobros por servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC deberán reconocerse a través de los modelos establecidos en el capítulo I y II de la mencionada resolución. Para ello, las Entidades Promotoras de Salud tendrán que trasladar todas las facturas a la entidad territorial, antes del 31 de diciembre de 2019, **so pena de entenderse subrogadas en la posición de la entidad territorial**". (Negrilla fuera de texto).

[210] Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado

través de los modelos que para el pago hayan sido adoptados por las entidades territoriales. Para tal fin, la norma estableció que las EPS debían trasladar todas las facturas a las entidades territoriales, antes del 31 de diciembre de 2019, so pena de entenderse subrogadas[211] en la posición de estas últimas.

Es decir que, todos los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC que hayan sido prestados con posterioridad a la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015, serán reconocidos a través del modelo I[212] o II[213] que para el pago haya sido adoptado por las entidades territoriales, por ende si la entidad territorial adoptó el modelo I serán las IPS directamente quienes realizarán el cobro ante la entidad Territorial, si por el contrario la Entidad adoptó el modelo II serán las EPS las que realizarán el cobro.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituidos en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.

Cordialmente;

[211] De conformidad con el Diccionario de la Real Academia Española, subrogar es “Sustituir o poner a alguien o algo en lugar de otra persona o cosa”.
[212] Artículos 6-8 Resolución 1479 de 2015
[213] Artículos 9-10 Resolución 1479 de 2015