



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

BOLETÍN JURÍDICO No. 9 SEPTIEMBRE 2022



BOLETIN JURIDICO N°9 SEPTIEMBRE DE 2022

TABLA DE CONTENIDO.

1.	JURISPRUDENCIA	3
1.1.	SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL	4
1.1.1.	Sentencia T-127/22 – Corte Constitucional	5
2.	NORMATIVA	20
2.1.	RESOLUCIONES.....	21
2.1.1.	Resolución 1638 de 2022	22
2.1.2.	Resolución 1703 de 2022	23
2.1.3.	Resolución 1719 de 2022	30
2.1.4.	Resolución 1736 de 2022	34
2.2.	CIRCULARES.	53
2.2.1.	Circular externa 38 de 2022	54
2.2.2.	Circular externa 39 de 2022	65
2.2.3.	Circular externa 41 de 2022	69
2.2.4.	Circular externa 44 de 2022	71
3.	CONCEPTOS.	74
3.1.	ASUNTO: Concepto facultad reglamentaria y expedición de Decreto reglamentario a la Ley 2174 de 2021- Ley Isaac.	75
3.2.	ASUNTO: Concepto período representante de Asociación de Usuarios ante la Junta Directiva de una ESE de primer Nivel de atención en un municipio de sexta categoría.	78
3.3.	ASUNTO: Concepto Vigencia normatividad COVID-19.	81
3.4.	ASUNTO: Solicitud de concepto respecto al pago de incapacidades a empleadas domésticas por días.	85
3.5.	ASUNTO: Acreditación Laboratorio de Salud Pública.	89
3.6.	ASUNTO: Solicitud de concepto jurídico relacionado con el pago de incapacidades.	91
3.7.	ASUNTO: Consulta respecto del trámite de incapacidades y la transcripción de las expedidas por médico particular.....	94
3.8.	ASUNTO: Radicado 202242301838352 Trámite y pago de incapacidades.	99
3.9.	ASUNTO: Radicado 202242301924612.	102
3.10.	ASUNTO: Derecho de Petición.	104



1.JURISPRUDENCIA



1.1. *SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL*



1.1.1. Sentencia T-127/22 – Corte Constitucional

Referencia: Expediente T-8.401.563

Asunto: Acción de tutela interpuesta por DLFD, en representación de su hijo menor de edad TBF, en contra de la EPS Compensar.

Magistrado ponente:
ALEJANDRO LINARES CANTILLO

Bogotá D.C., dieciocho (18) de abril de dos mil veintidós (2022)

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la Magistrada Paola Andrea Meneses Mosquera 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

En el proceso de revisión de la sentencia de tutela proferida por el Juzgado Cincuenta y Cuatro Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá, por medio de la cual se estudió el amparo propuesto por DLFD, en representación de su hijo menor de edad TBF, en contra de la EPS Compensar (en adelante “Compensar”).

I. ANTECEDENTES

A. CUESTIÓN PREVIA

La presente acción de tutela tiene por objeto la protección de los derechos fundamentales de un menor de edad, que involucra el tratamiento de datos sensibles relativos a su salud^[1]. Por tal razón, y en aras de proteger su intimidad, privacidad y el ejercicio pleno de sus derechos, se emitirán respecto de este caso dos copias del mismo fallo, diferenciándose en que se sustituirán los nombres reales de los sujetos involucrados, en aquella que se publique por la Corte Constitucional. Así las cosas, en esta providencia se hará referencia al niño con las siglas TBF y a la madre con las abreviaturas DLFD.

B. LA DEMANDA DE TUTELA

1. La accionante, actuando en representación de su hijo TBF, interpuso acción de tutela en contra de Compensar, por considerar que dicha EPS vulneró los derechos fundamentales del menor de edad a la salud, a la vida digna y a los derechos de los niños, niñas y adolescentes (en adelante “NNA”).



2. De acuerdo con lo señalado en la demanda, TBF tiene 6 años^[2] y presenta un diagnóstico de parálisis cerebral infantil con hemiparesia espástica, epilepsia y síndromes epilépticos sintomáticos, hidrocefalia secundaria y retraso global en el neurodesarrollo^[3]. Estas patologías le han ocasionado una condición de discapacidad permanente^[4].
3. En atención al citado diagnóstico, el menor de edad tiene, en la actualidad, asignado un coche neurológico, usa férulas en los pies y le fue prescrito por el médico tratante el medicamento “fenobarbital”^[5], el cual resulta esencial para evitar las convulsiones y que, según sostiene la accionante, no le ha sido suministrado por parte de Compensar.
4. El 11 de junio de 2020, la Junta Médica Física y de Rehabilitación de la IPS Rangel consideró que el coche neurológico debía ser reemplazado por una tecnología que se adaptara a las condiciones de crecimiento del menor de edad y, por ende, ordenó la entrega de una silla de ruedas pediátrica a TBF, por lo que, ese mismo día, la señora DLFD solicitó a la accionada la autorización y entrega del mismo.
5. Sin embargo, el 12 de agosto del año en cita, Compensar negó la entrega del servicio solicitado, con el argumento de que éste no se encuentra previsto en el Plan de Beneficios de Salud (en adelante “*PBS*”). Para justificar esta decisión, la EPS invocó el parágrafo 2 del artículo 60 de la Resolución 2481 de 2020^[6], norma que, a su juicio, establece que esa categoría de dispositivos no puede ser financiada con los recursos de la UPC y que, por ese motivo, le corresponde a la accionante acercarse ante las autoridades distritales de salud para efectos de gestionar su apoyo^[7].
6. En relación con lo anterior, la accionante manifestó que no cuenta con recursos para cubrir el costo de la silla de ruedas pediátrica ordenada por los médicos tratantes, en la medida en que, con su salario, cubre todos los gastos de su núcleo familiar, lo que incluye asumir el valor de las necesidades que se derivan del cuidado de su hijo menor de edad en situación de discapacidad^[8].
7. En virtud de los hechos expuestos, la accionante interpuso acción de tutela el día 20 de abril de 2021, pues considera que Compensar vulneró los derechos de su hijo a la salud, a la vida digna y a los derechos de los NNA. Como consecuencia de lo anterior, solicitó que se ordene a la accionada *la entrega de la silla de ruedas pediátrica* formulada por los médicos tratantes^[9].

C. RESPUESTA DE LAS ENTIDADES ACCIONADAS

8. En auto del 21 de abril de 2021, el Juzgado Cincuenta y Cuatro Penal con Función de Control de Garantías de Bogotá procedió a admitir la acción de tutela de la referencia, notificó su contenido a Compensar EPS y vinculó al Ministerio de Salud y de la Protección Social^[10].

Respuesta de Compensar EPS^[11]

9. En escrito remitido el 26 de abril de 2021, el apoderado de Compensar solicitó la declaratoria de improcedencia de la acción de tutela, al considerar que carece de *legitimación en la causa por pasiva*, por cuanto, a su juicio, la entidad responsable de la presunta vulneración de los derechos fundamentales de TBF es el Ministerio de Salud



y de la Protección Social, como quiera que las limitaciones que se imponen a los médicos para efectos de autorizar el tipo de insumos que se reclama proviene de dicha entidad, al establecer –en el parágrafo 2 del artículo 60 de la Resolución 2481 de 2020– que los mismos no podrán ser financiados a través de la UPC. En este sentido, manifestó que dicha EPS no negó la autorización de la entrega de la silla de ruedas pediátrica de forma caprichosa, sino fundamentada en los reglamentos expedidos por la máxima autoridad en salud del país.

10. En caso de considerar que la acción de tutela es procedente, Compensar argumentó que no ha vulnerado derecho fundamental alguno del menor de edad, en la medida en que le ha garantizado todos los servicios de salud disponibles en el PBS. Sobre la base de lo manifestado por la accionante, comunicó que el medicamento “*fenobarbital*”, prescrito por el médico tratante, fue entregado el 27 de marzo de 2021, de acuerdo con información remitida por parte de la IPS Audifarma, institución encargada del suministro del mencionado medicamento^[12]. Asimismo, insistió en que no le asiste responsabilidad en la entrega de la silla de ruedas pediátrica, ya que, en todo caso, la demandante puede acudir a las autoridades distritales de salud, las cuales deben crear programas orientados a mejorar las condiciones de la población vulnerable, según lo dispuesto en la Ley 715 de 2001 y, en ese sentido, garantizar recursos para efectos de la entrega de insumos como el que se reclama.

11. Finalmente, en el evento de acceder al amparo de los derechos invocados, Compensar solicitó que no se ordene un tratamiento integral, puesto que se trata de una orden fundamentada en la presunción de la mala fe de la EPS, frente a hechos futuros, inciertos y aleatorios^[13].

Respuesta del Ministerio de Salud y de la Protección Social

12. A pesar de que el Ministerio de Salud y de la Protección Social fue debidamente vinculado al proceso y, además, se le notificó del auto admisorio de la demanda por parte del juez de primera instancia, dicha entidad no intervino en el trámite en el término otorgado para el efecto.

D. DECISIONES JUDICIALES OBJETO DE REVISIÓN

Primera instancia: Juzgado Cincuenta y Cuatro Penal con Función de Control de Garantías de Bogotá

13. En sentencia del 3 de mayo de 2021, el Juzgado Cincuenta y Cuatro Penal con Función de Control de Garantías de Bogotá decidió declarar improcedente la acción de tutela interpuesta. En su criterio, consideró que no se acreditaba el requisito de inmediatez, dado que la prescripción médica de entrega de la silla de ruedas pediátrica fue realizada el 11 de junio de 2020, mientras que el amparo se interpuso el 20 de abril de 2021, término que consideró desproporcionado, en atención a la pretensión cuya finalidad es la de garantizar la salvaguarda del derecho a la salud.

14. Por lo demás, estimó que se había configurado una carencia actual de objeto por hecho superado frente a la entrega del medicamento “*fenobarbital*”, por cuanto la EPS informó que ya se había realizado la entrega a la accionante. Esta decisión no fue impugnada por la accionante.



II. CONSIDERACIONES

A. COMPETENCIA

15. Esta Sala de Revisión es competente para proferir sentencia en la acción de tutela de la referencia, con fundamento en los artículos 86 y 241.9 de la Constitución Política, en concordancia con lo dispuesto en los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991, y en cumplimiento del auto del 29 de octubre de 2021, expedido por la Sala Número Nueve de Selección de esta corporación.

B. CUESTIÓN PREVIA: PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA

16. De acuerdo con lo establecido en el Decreto 2591 de 1991, para el ejercicio de la acción de tutela se deben acreditar unos requisitos que permitan establecer su procedencia para resolver el problema jurídico puesto en conocimiento del juez constitucional. Así las cosas, la Sala Tercera de Revisión de la Corte procederá a realizar un análisis sobre (i) la legitimación en la causa por activa y por pasiva; (ii) la inmediatez y, por último, (iii) la subsidiariedad.

17. Legitimación en la causa por activa: El artículo 86 de la Constitución establece que toda persona que considere que sus derechos fundamentales han sido vulnerados o se encuentran amenazados, podrá interponer acción de tutela directamente o a través de un representante que actúe en su nombre[14].

18. En este sentido, si bien el titular de los derechos fundamentales es quien, en principio, tiene la carga de interponer el amparo, lo cierto es que es posible que un tercero acuda, en su representación, ante el juez constitucional. En efecto, el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, en lo referente al ejercicio de la acción de tutela por parte de una tercera persona, establece que la solicitud de tutela puede ser presentada por (i) el representante legal de la persona que ha visto vulneradas sus prerrogativas; (ii) por la persona que agencie oficiosamente sus derechos; o (iii) por el Defensor del Pueblo o los personeros municipales[15].

19. Tratándose de los menores de edad, la jurisprudencia constitucional ha indicado que (i) éstos pueden acudir directamente a la acción de tutela; o (ii) puede promoverse la defensa de sus derechos a través de sus representantes legales. Sin embargo, cabe aclarar que, en el inciso tercero del artículo 44 de la Constitución, se dispone que “la familia, la sociedad y el Estado tiene la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos”, circunstancia por la cual, prima facie, “cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores”. Aun cuando de la citada norma parecería inferirse un mandato amplio de legitimación, es preciso señalar que su alcance ha sido objeto de limitación por la Corte, a partir de las reglas que se derivan de la patria potestad que ostentan los padres[16], y de la procedencia excepcional de la agencia oficiosa[17]. En este sentido, se ha señalado que:



“En aquellos [casos] en que se busca la protección de los derechos fundamentales de los niños, la agencia oficiosa sólo será procedente cuando sus padres o, en ausencia de ellos, sus representantes legales, primeros llamados a su protección, estén imposibilitados física o mentalmente para representarlos o cuando, pudiendo hacerlo, no acudan en su defensa. Esta subregla se deriva, por una parte, del reconocimiento que como derecho fundamental le otorga la Constitución a la honra, a la dignidad y a la intimidad de la familia (CP arts. 15 y 42), aunado al rol que se prevé para dicha institución como motor para la protección, amparo y desarrollo de sus integrantes (CP arts. 5, 42 y 44). Y, por la otra, responde a la lógica misma del Decreto 2591 de 1991, en donde la legitimación por activa de la acción de tutela se sujeta a la actuación del titular del derecho fundamental vulnerado o amenazado, directamente o a través de sus representantes, y sólo en aquellos casos en que ello no resulte posible, habilita el actuar del agente oficioso, tal como ya se explicó. Incluso, el artículo 44 del Texto Superior, sujeta la obligación de asistir y proteger al niño, por virtud del cual cualquier persona ‘puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores’, a un orden lógico de actuación, esto es, en primer lugar, la familia y, en segundo término, la sociedad y el Estado”^[18].

20. En el caso concreto, se advierte que la señora DLFD interpuso la acción de tutela en nombre de su hijo, el menor de edad TBF, titular de los derechos fundamentales presuntamente vulnerados, y a quien Compensar le negó la autorización y entrega de una silla de ruedas pediátrica. Debido a lo anterior, la Sala considera que se acredita el requisito de legitimación en la causa por activa, pues el amparo se promueve en virtud de la representación legal que detentan los padres respecto de sus hijos, en desarrollo de la patria potestad.

21. Legitimación en la causa por pasiva: El artículo 5 del Decreto 2591 de 1991 establece que la acción de tutela procede contra toda acción u omisión de una autoridad que haya violado, viole o amenace un derecho fundamental[19]. También procede contra acciones u omisiones de particulares, de acuerdo con lo establecido en el Capítulo III del citado Decreto, particularmente, conforme a las hipótesis que se encuentran plasmadas en el artículo 42[20]. Entre ellas, se permite el ejercicio del amparo constitucional contra los particulares que estén encargados de la “prestación del servicio público de salud”, como lo señala de forma expresa el numeral 2 del artículo en cita.

22. Ahora bien, la Corte ha sostenido que para satisfacer el requisito de legitimación en la causa por pasiva es necesario acreditar dos exigencias: (i) que se trate de uno de los sujetos respecto de los cuales procede el amparo; y (ii) que la conducta que genera la vulneración o amenaza del derecho fundamental se pueda vincular, directa o indirectamente, con su acción u omisión.

23. En el caso que nos ocupa, la Sala de Revisión observa que Compensar está legitimada en la causa por pasiva, por una parte, porque a pesar de su condición de ente particular, es una entidad promotora de salud en los términos del artículo 177 de la Ley 100 de 1993, la cual tiene a su cargo la labor de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del servicio de salud a sus afiliados[21]; y por la otra, porque es la EPS a la que se encuentra afiliado el menor de edad y quien decidió negar la entrega de la silla de ruedas pediátrica prescrita por los médicos tratantes, cuya garantía se vincula con la protección de los derechos a la salud, a la vida digna y a los derechos de los NNA.

24. De otro lado, si bien el Ministerio de Salud y de la Protección Social es una entidad pública del nivel central del Gobierno Nacional[22]; lo cierto es que no se advierte que se encuentre legitimada en la causa por pasiva, en la medida en que la conducta vulneradora que se endilga por el extremo accionante, esto es, la falta de autorización y entrega de



una silla de ruedas pediátrica prescrita por el médico tratante, no está directa o indirectamente relacionada con las funciones a su cargo. Por tal razón, en lo que atañe a esta autoridad pública, en la parte resolutive de esta decisión, se la desvinculará del proceso de tutela.

25. Inmediatez: Este tribunal ha expuesto que el propósito de la acción de tutela es asegurar la protección inmediata de los derechos fundamentales, como se infiere de lo previsto en el artículo 86 del Texto Superior. Esto significa que el amparo, por querer del Constituyente, corresponde a un medio de defensa judicial previsto para dar una respuesta oportuna, en aras de garantizar la efectividad concreta y actual del derecho objeto de violación o amenaza, lo que se traduce en la obligación de procurar su ejercicio dentro de un plazo razonable, pues de lo contrario no se estaría ante el presupuesto material y necesario para considerarlo afectado[23].

26. Además de lo anterior, es claro que el requisito de inmediatez evita que el amparo se emplee como un medio que premie la desidia y la indiferencia en la defensa de los derechos, al tiempo que impide que se convierta en un factor de inseguridad jurídica, sobre todo cuando se reclama la solución de situaciones litigiosas o cuando de por medio se hallan derechos de terceros.

27. Si bien la Constitución y la ley no establecen un término de caducidad, en la medida en que lo pretendido con el amparo es la protección concreta y actual de los derechos fundamentales, la jurisprudencia ha señalado que le corresponde al juez de tutela –en cada caso en concreto– verificar si el plazo fue razonable, es decir, si teniendo en cuenta las circunstancias personales del actor, su diligencia y sus posibilidades reales de defensa, y el surgimiento de derechos de terceros, la acción de tutela se interpuso oportunamente[24]. Este cálculo se realiza entre el momento en que se genera la actuación que causa la vulneración o amenaza del derecho y aquél en la que el presunto afectado acude al amparo para solicitar su protección.

28. Para determinar la razonabilidad del tiempo, en procura de establecer si existe o no una tardanza injustificada e irrazonable, este tribunal ha trazado las siguientes subreglas[25]: (i) que exista un motivo válido para la inactividad del actor; (ii) que el mismo no vulnere el núcleo esencial de los derechos de terceros afectados con la decisión o bienes constitucionalmente protegidos de igual importancia[26]; y (iii) que exista un nexo causal entre el ejercicio tardío de la acción y la vulneración de los derechos del interesado. Excepcionalmente, si el fundamento de la acción de tutela surge después de acaecida la actuación vulneradora de los derechos fundamentales, de cualquier forma, (iv) su ejercicio debe realizarse en un plazo no muy alejado de dicha situación[27].

29. En el caso bajo examen, se tiene que la última actuación de Compensar fue la negativa del 12 de agosto de 2020 a la autorización y entrega de la silla de ruedas pediátrica[28]; mientras que la acción de tutela fue interpuesta por la parte demandante el día 20 de abril de 2021[29]. De esta manera, entre uno y otro momento transcurrió aproximadamente 8 meses, plazo que esta Sala de Revisión estima razonable, en atención a las circunstancias propias que rodean la condición de salud de TBF, quien es un sujeto de especial protección constitucional, no solo por ser un menor de edad, sino también por su situación de discapacidad permanente. En igual sentido, la Sala advierte que la conducta vulneradora permanece en el tiempo y que los hechos ocurrieron durante los meses en los que estuvieron vigentes la mayoría de las restricciones de movilidad impuestas para conjurar la emergencia ocasionada por la pandemia del COVID-19.



30. Subsidiariedad: De conformidad con los artículos 86 de la Constitución y 6° del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela es (i) improcedente si existe un mecanismo de defensa judicial idóneo y eficaz para resolver el problema jurídico sometido a decisión y no existe el riesgo de que opere un perjuicio irremediable respecto de los derechos alegados. A esta regla general, se adicionan dos hipótesis específicas que se derivan de la articulación de los citados conceptos, conforme a las cuales: (ii) el amparo es procedente de forma definitiva, si no existen medios judiciales de protección que sean idóneos y eficaces para resolver el asunto sometido a consideración del juez; y, por el contrario, es (iii) procedente de manera transitoria, en el caso en que la persona disponga de dichos medios, pero exista la posibilidad de que se configure un perjuicio irremediable. En este caso, la protección se extenderá hasta tanto se produzca una decisión definitiva por parte del juez ordinario.

31. Un mecanismo judicial es idóneo, si es materialmente apto para resolver el problema jurídico planteado y producir el efecto protector de los derechos fundamentales. Por su parte, es eficaz, cuando permite brindar una protección oportuna a los derechos amenazados o vulnerados[30]. Lo anterior implica que el juez constitucional no puede valorar la idoneidad y la eficacia del otro medio de defensa judicial en abstracto. Por el contrario, debe determinar si, de acuerdo con las condiciones particulares del accionante y los hechos y circunstancias que rodean el caso, dicho medio le permite ejercer la defensa de los derechos que estima vulnerados de manera oportuna e integral.

32. Por lo demás, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional, el perjuicio irremediable se caracteriza por ser (i) inminente, es decir, que la lesión o afectación al derecho está por ocurrir; (ii) grave, esto es, que el daño del bien jurídico debe ser de una gran intensidad; (iii) urgente, en tanto que las medidas para conjurar la violación o amenaza del derecho se requieren con rapidez; e (iv) impostergable, porque se busca el restablecimiento forma inmediata.

Procedencia de la acción de tutela en asuntos relacionados con el desconocimiento del derecho a la salud - Reiteración de Jurisprudencia

33. Tratándose de discusiones relacionadas con el derecho a la salud, en primer lugar, cabe resaltar que el legislador le asignó a la Superintendencia Nacional de Salud el ejercicio de función jurisdiccional en la materia, a través de la Ley 1122 de 2007[31]. En particular, en el literal a) del artículo 41 del citado régimen legal, se previó que dicha entidad podría conocer y fallar en derecho conflictos referentes a la cobertura de los servicios, tecnologías en salud o procedimientos incluidos en el plan de beneficios, siempre que la negativa ponga en riesgo o amenace la salud del usuario[32].

34. Para tal efecto, se estableció que la Superintendencia Nacional de Salud tendría que adelantar un procedimiento preferente y sumario no sujeto a los términos dispuestos en el Código General del Proceso[33], sin perjuicio de lo cual se le impondría el deber de ser respetuoso con el derecho al debido proceso y sometido a los principios de eficacia, publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía y celeridad[34]. El trámite igualmente sería informal y, por ende, alejado de la exigencia de contar con un abogado[35], pero autorizando la posibilidad de decretar medidas provisionales para evitar la ocurrencia de daños irreversibles[36].

35. Sin embargo, en la sentencia SU-508 de 2020 este tribunal se refirió a algunas situaciones jurídicas y estructurales que afectan la idoneidad del mecanismo judicial



dispuesto ante la Superintendencia Nacional de Salud[37]. En efecto, en esa oportunidad la Sala Plena argumentó que (i) la Ley 1122 de 2007 y sus modificaciones, dejaron algunos vacíos sobre la reglamentación del proceso, en la medida en que (a) no se estableció con certeza el término para la resolución de la apelación que se surte ante la Sala Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial; (b) se fijó una competencia limitada a cargo de la Superintendencia, que se solo se activa ante la negativa de la prestación del servicio; (c) no se estableció un mecanismo que permita garantizar el cumplimiento de la decisión judicial; y (d) se exigen mayores cargas al agente oficioso, quien está obligado a prestar caución. Aunado a lo anterior, se explicó que (ii) la Superintendencia Nacional de Salud ha informado a la Sala de Seguimiento de la sentencia T-760 de 2008 de la existencia de algunos inconvenientes administrativos para efectos de resolver estas controversias[38], en tanto que (a) le es imposible dictar sentencia en 10 días; (b) tienen un retraso de entre dos y tres años en la resolución de estos procesos; y (c) la entidad no cuenta con suficientes regionales para efectos de atender las demandas interpuestas en todo el país.

36. Por lo anterior, la Sala Plena de la Corte concluyó que el mecanismo judicial dispuesto ante la mencionada Superintendencia tan solo tendría la condición de ser un medio plenamente idóneo para la protección del derecho a la salud, hasta tanto se resuelvan las dificultades que se advirtieron en el ejercicio de dicha herramienta jurisdiccional. En este orden de ideas, le corresponderá al juez constitucional realizar el análisis sobre la idoneidad y la eficacia del citado mecanismo, frente a las condiciones particulares del caso puesto a su consideración.

37. En el asunto bajo examen, se advierte que el mecanismo judicial previsto en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 no es idóneo ni eficaz para resolver el caso puesto en consideración de la Sala Tercera de Revisión, porque resulta claramente desproporcionado imponer la carga a la accionante de acudir ante la Superintendencia Nacional de Salud para efectos de discutir la controversia planteada, dadas las dificultades observadas por la Sala Plena respecto de la aptitud y suficiencia de este proceso, sobre todo por el retraso que existe para su definición, supuesto que dilataría la discusión sobre la entrega de un dispositivo que fue ordenado por los médicos tratantes, con miras asegurar la vida digna de un niño en condición de discapacidad, como sujeto de especial protección constitucional.

38. De esta manera, destaca esta Sala la situación en la que se encuentra TBF, (i) las potenciales vulneraciones al derecho a la salud por parte de la EPS, tiene un vínculo directo con la garantía de los derechos a la salud, a la integridad y a la locomoción de un niño en condición de discapacidad permanente. Por tal situación; (ii) su reconocimiento adquiere un carácter de urgencia, ya que se relaciona directamente con la salvaguarda de la vida de un menor en condiciones dignas; y (iii) el cual, por lo demás, tiene una doble condición de sujeto de especial protección constitucional (niño en situación de discapacidad), lo que refuerza la necesidad de que su reclamación sea valorada con prioridad, eficiencia que el procedimiento ordinario laboral no brinda en este caso[39].

39. Así las cosas, respecto del asunto bajo examen, esta Sala de Revisión considera que el amparo constitucional es procedente, ya que TBF no cuenta con un mecanismo de defensa judicial distinto de la acción de tutela, que le permita obtener, con idoneidad y eficacia, la defensa de sus derechos a la salud, a la vida digna y a los derechos de los NNA.



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

40. Cabe precisar que aun cuando en los hechos de la demanda, la accionante se refiere a la falta de entrega del medicamento “*fenobarbital*”, no se incluye una pretensión dirigida a obtener su suministro, toda vez que la reclamación se limita a la silla de ruedas pediátrica. Sin embargo, como quedó probado en este expediente, no se evidencia una potencial vulneración respecto al suministro de dicho medicamento. En consecuencia, en esta oportunidad, le corresponde a la Sala Tercera de Revisión responder el siguiente problema jurídico: ¿vulnera la EPS Compensar los derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a los derechos de los NNA del menor de edad TBF, al negarle la autorización y la entrega de una silla de ruedas pediátrica que le fue ordenada por los médicos tratantes, con el argumento de que se trata de un servicio excluido del plan de beneficios en salud?

41. Con el fin de dar respuesta al problema jurídico planteado, la Corte reiterará las reglas jurisprudenciales relativas (i) al derecho a la salud de los NNA en condición de discapacidad, teniendo en cuenta el principio del interés superior del menor de edad; luego de lo cual abordará (ii) el examen de los servicios y tecnologías en salud incluidos en el PBS, siguiendo lo resuelto por este tribunal en la sentencia SU-508 de 2020. Con base en lo expuesto, se (iii) procederá a resolver el caso concreto.

D. EL DERECHO A LA SALUD DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD COMO COMPONENTE DEL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR DE EDAD. Reiteración de jurisprudencia

42. El artículo 44 de la Constitución establece que “*los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás*”. La fórmula anterior, proviene de la consagración de Colombia como un Estado Social de Derecho y se traduce en el especial grado de protección que tienen los menores de edad en la sociedad, pues se trata de sujetos en condiciones de vulnerabilidad^[40]. En este orden de ideas, la garantía del interés superior de los NNA es un asunto que compete a la familia, a la sociedad en general y al Estado^[41], por lo que todas las medidas que les conciernan deben atender a un trato preferente, de forma que se asegure su desarrollo integral y armónico como miembros de la comunidad^[42].

43. La fórmula relativa al especial y preferente cuidado que se debe otorgar a los menores de edad se encuentra prevista en el derecho internacional, en tanto que en ese escenario también han sido catalogados como sujetos de especial protección, con la finalidad de que los Estados implementen políticas y medidas tendientes a garantizar el ejercicio pleno de sus derechos^[43]. Precisamente, respecto de los derechos de los NNA en situación de discapacidad, el artículo 23 de la Convención sobre los Derechos del Niño contempla el derecho a recibir cuidados especiales, así como el deber de los Estados de alentar y asegurar la asistencia adecuada que requieran, brindando apoyo a los padres según sus circunstancias económicas y con sujeción a los recursos disponibles. En igual sentido, diferentes salas de revisión han considerado que la protección constitucional reforzada de los menores de edad en condición de discapacidad es mayor, por tratarse de sujetos en circunstancias especiales de debilidad manifiesta^[44].



44. En el ordenamiento jurídico interno se han desarrollado los principios constitucionales y las obligaciones internacionales contraídas por Colombia en materia de protección de los menores de edad en situación de discapacidad. En efecto, en materia de salud, el artículo 36 de la Ley 1098 de 2006^[45] establece que *“todo niño, niña o adolescente que presente anomalías congénitas o algún tipo de discapacidad, tendrá derecho a recibir atención, diagnóstico, tratamiento especializado, rehabilitación y cuidados especiales en salud, educación, orientación y apoyo a los miembros de la familia o a las personas responsables de su cuidado y atención (...)”*. Lo que resulta armónico con los numerales 9 y 12 del artículo 46 de la misma ley, los cuales contemplan las obligaciones especiales y correlativas del sistema de seguridad social en salud con los NNA^[46].

45. Adicional a lo expuesto, el artículo 11 de la Ley 1751 de 2015^[47] precisó que la atención en salud de los menores de edad en condición de discapacidad no deberá estar limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica, en la medida en que se trata de sujetos que gozan de una especial protección por parte del Estado^[48].

46. En conclusión, *los NNA en situación de discapacidad son sujetos de especial protección constitucional y, en este orden de ideas, la familia, la sociedad y el Estado están obligados a garantizar la primacía de sus derechos, incluyendo el acceso efectivo de forma preferente, prevalente y sin trabas administrativas a los servicios cubiertos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud*^[49].

E. SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS. Reiteración de jurisprudencia^[50]

47. De conformidad con lo establecido en el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015^[51], el derecho a la salud es fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Esta mención dada por el legislador responde a una nueva concertación sobre su contenido, que se origina desde la sentencia T-859 de 2003, posteriormente reiterada en la sentencia T-760 de 2008, en la que la Corte ya había admitido el carácter fundamental de este derecho, a través de una reconceptualización que advierte que sus pretensiones se encuentran vinculadas de forma directa con la garantía de la dignidad humana, y que, por ello, superan el carácter principalmente programático y prestacional de los denominados derechos económicos, sociales y culturales, como primera aproximación que esta corporación le otorgó al derecho a la salud^[52].

48. Siguiendo lo expuesto, y con miras a determinar el contenido prestacional del derecho fundamental a la salud, en la sentencia C-313 de 2014^[53], la Corte explicó que la Ley 1751 de 2015 contempla un modelo de exclusión expresa, por virtud del cual el legislador abandonó la distinción entre servicios y tecnologías de la salud: (i) excluidos expresamente, (ii) incluidos expresamente e (iii) incluidos implícitamente, y optó por una regla general en la que *todo servicio que no esté expresamente excluido, se encuentra incluido dentro del plan de beneficios*. Así las cosas, en la sentencia en cita se fijaron las siguientes subreglas:

(i) Las exclusiones deben fundamentarse en los criterios previstos en el inciso 2° del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015^[54].



(ii) Toda exclusión deberá ser expresa, clara y precisa, para ello el Ministerio de Salud o la autoridad competente deberá establecer cuáles son los servicios y tecnologías excluidos, mediante un procedimiento técnico científico público, colectivo, participativo y transparente; y

(iii) Es posible que el juez de tutela excepcione la aplicación de la lista de exclusiones, siempre y cuando, se acredite que: (a) la ausencia del servicio o tecnología en salud excluido lleve a la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o la integridad física del paciente, bien sea porque se pone en riesgo su existencia o se ocasione un deterioro del estado de salud vigente, claro y grave que impida que ésta se desarrolle en condiciones dignas; (b) no exista dentro del plan de beneficios otro servicio o tecnología en salud que supla al excluido con el mismo nivel de efectividad para garantizar el mínimo vital del afiliado o beneficiario; (c) el paciente carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del servicio o tecnología en salud y carezca de posibilidad alguna de lograr su suministro a través de planes complementarios de salud, medicina prepagada o programas de atención suministrados por algunos empleadores; y (d) el servicio o tecnología en salud excluido del plan de beneficios haya sido ordenado por el médico tratante del afiliado o beneficiario, profesional que debe estar adscrito a la entidad prestadora de salud a la que se solicita el suministro.

49. Más allá del modelo de exclusión expresa, uno de los principales componentes de la salud es el derecho al diagnóstico, cuya conceptualización se llevó a cabo en la sentencia SU-508 de 2020, en la que esta corporación explicó que “se trata de un componente integral del derecho fundamental a la salud e implica una valoración técnica, científica y oportuna que defina con claridad el estado de salud del paciente y los tratamientos médicos que requiere”. Por lo demás, señaló que, para efectos de que exista un diagnóstico eficaz, es necesario que se agoten las siguientes etapas: “(i) la etapa de identificación, que comprende la práctica de los exámenes previos que se ordenaron con fundamento en los síntomas del paciente; (ii) una vez se obtengan los resultados de los exámenes previos, se requiere una valoración oportuna y completa por parte de los especialistas que amerite el caso y; (iii) finalmente, los especialistas prescribirán los procedimientos médicos que se requieran para atender el cuadro clínico del paciente”^[55].

50. En la mencionada sentencia SU-508 de 2020, la Sala Plena de la Corte planteó las *subreglas* unificadas en relación con los servicios de salud que allí fueron estudiados, respecto de los cuales se hará especial énfasis, para el caso que nos ocupa, en la *subregla relacionada con el suministro de sillas de ruedas*^[56]:

Servicio	Subregla
Sillas de ruedas de impulso manual	(i) Están incluidas en el PBS . (ii) Si existe una prescripción médica, se puede ordenar directamente su entrega por vía de tutela. (iii) Si no existe orden médica, se advierten estas dos alternativas: (a) Si se evidencia que su entrega constituye un hecho notorio, a través de la verificación de la historia clínica o de otras pruebas allegadas al expediente, el juez de tutela puede ordenar su suministro directo, condicionado a la ratificación posterior de la necesidad por parte del médico tratante.



	<p>(b) Si no se evidencia un hecho notorio, el juez de tutela podrá amparar el derecho a la salud en la faceta de diagnóstico, cuando se requiera una orden de protección.</p> <p>(iv) Por la ley estatutaria de salud, no es necesario verificar la capacidad económica del usuario, para autorizar sillas de ruedas por vía de tutela.</p>
--	--

51. En atención a las *subreglas* antes referenciadas y fijadas por la Sala Plena en la sentencia SU-508 de 2020, se advierte que las sillas de ruedas de impulso manual son una ayuda técnica que permite complementar la capacidad física de una persona lesionada en su salud o en situación de discapacidad, ya que ayuda a trasladar al usuario en condiciones de seguridad de un lugar a otro, por lo que garantiza la vida en condiciones dignas^[57].

52. Por lo anterior, cuando el juez constitucional estudie una acción de tutela interpuesta para efectos de solicitar la autorización y entrega de una silla de ruedas de impulso manual, deberá determinar si existe orden médica. De advertir la existencia de la citada prescripción, le corresponderá conceder el amparo de los derechos fundamentales y acceder a su entrega. De lo contrario, tendrá que establecer si se evidencia la necesidad de la tecnología a través de la historia clínica y las demás pruebas allegadas al expediente, caso en el cual tutelaré las prerrogativas invocadas y ordenaré la entrega de la tecnología requerida, siempre que así lo ratifique el médico tratante. Finalmente, en caso de carecer de prescripción médica y de no advertir con certeza la necesidad de la silla de ruedas, se deberá tutelar el derecho a la salud en la faceta de diagnóstico, para efectos de que la EPS valore la necesidad de prescribir o no la tecnología señalada al paciente.

53. Ahora bien, aunque las sillas de ruedas de impulso manual son una tecnología en salud que no se encuentra expresamente excluida de las coberturas dispuestas en el PBS tal y como se explicó en los párrafos anteriores, lo cierto es que éstas no pueden ser financiadas con cargo a las UPC por disposición expresa del parágrafo 2 del artículo 60 de la Resolución 2481 de 2020. Al respecto, en la sentencia T-464 de 2018 se estableció que, en aras de garantizar el acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, las EPS deben adelantar el procedimiento de recobro ante la ADRES, de conformidad con lo establecido en la Resolución 1885 de 2018^[58], a través de la herramienta MIPRES.

54. La anterior regla fue, posteriormente, reiterada en la sentencia T-338 de 2021, providencia en la que la Sala Sexta de Revisión consideró que *“en suma, esta Corporación ha reiterado que las sillas de ruedas están incluidas en el PBS. Eso significa que, cuando son ordenadas por el médico tratante, las EPS deben suministrarlas. Sin embargo, no pueden ser financiadas con cargo a la UPC. Por lo tanto, esas entidades podrán adelantar el procedimiento establecido en la Resolución 1885 de 2018, para solicitar el pago del costo de la ayuda técnica (...)”*.

F. SOLUCIÓN AL CASO CONCRETO. LA EPS COMPENSAR VULNERÓ LOS DERECHOS A LA SALUD Y A LA VIDA DIGNA, ASÍ COMO LOS DERECHOS DE LOS NNA, DEL MENOR DE EDAD TBF

55. Con base en las consideraciones previamente expuestas, la Sala Tercera de Revisión considera que la EPS Compensar vulneró los derechos fundamentales a la



salud, a la vida digna y a los derechos de los NNA de TBF, por haberse negado a autorizar la entrega de la silla de ruedas pediátrica manual prescrita por los médicos tratantes.

56. De las reglas jurisprudenciales señaladas en el numeral 46, se advierte que los NNA en situación de discapacidad son sujetos de especial protección constitucional y, en ese orden de ideas, la familia, la sociedad y el Estado están obligados a garantizar la primacía de sus derechos, incluyendo el acceso efectivo y de forma preferente, prevalente y sin trabas administrativas a los servicios cubiertos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

57. En reiteración de las *subreglas* jurisprudenciales fijadas por la Sala Plena (ver *supra*, numerales 48 y 49), se tiene que la Ley 1751 de 2015 estableció un sistema de salud en el que todos los servicios y tecnologías en salud que no están expresamente excluidos del PBS se encuentran incluidos en éste y, por ende, deberán ser garantizados a los usuarios.

58. Esta Sala de Revisión identificó que para la época de la presentación de la acción de tutela -abril de 2021-, se encontraba vigente la Resolución 244 de 2019^[59]. Por lo cual, debe esta Sala verificar si las sillas de ruedas se encontraban expresamente excluidas en dicha resolución, o si por el contrario se deben entender incluidos en el PBS en atención al modelo de inclusiones vigente a partir de la Ley 1751 de 2015. Así, se constata que la mencionada Resolución no excluyó expresamente las sillas de ruedas manuales, por lo cual se entiende expresamente incluido en el PBS.

59. De acuerdo con lo anterior, al encontrarse incluidas las sillas de ruedas de impulso manual en el PBS, al juez constitucional le corresponderá verificar lo siguiente (ver *supra*, numerales 50 a 52): (i) si existe una orden médica del profesional tratante, para efectos de determinar si accede al amparo de los derechos fundamentales y ordena la entrega de la mencionada tecnología; y (ii) en caso de no existir orden médica, el juez constitucional podrá actuar con base en un hecho notorio, para garantizar su suministro, y ante la ausencia del mismo, podrá amparar el derecho a la salud en su faceta al diagnóstico. En ninguno de los escenarios señalados, se deberá verificar la capacidad económica del usuario, para autorizar sillas de ruedas por vía de tutela. En todo caso, corresponde a la EPS adelantar el procedimiento dispuesto en la Resolución 1885 de 2018 para solicitar el pago del costo de la ayuda técnica a través de la herramienta MIPRES (ver *supra*, numerales 53 y 54).

60. Con fundamento en los elementos de juicio que constan en el expediente, la Sala Tercera de Revisión advierte que el día 11 de junio de 2020, la Junta Médica Física y de Rehabilitación de la IPS Rangel ordenó la entrega de una silla de ruedas pediátrica manual a TBF^[60], dado su diagnóstico de parálisis cerebral infantil.

61. Por consiguiente, y sobre la base de lo expuesto, la negativa de la EPS Compensar de autorizar y ordenar la entrega de la silla de ruedas prescrita por los médicos tratantes a TBF (menor de edad en situación de discapacidad), constituye una barrera real y efectiva a la prestación del servicio de salud y, por ende, una transgresión de sus derechos fundamentales. En este orden de ideas, la Sala Tercera de Revisión revocará la decisión del juez de tutela de única instancia y, en su lugar, amparará los derechos a la salud, a la vida digna y a los derechos de los NNA del menor de edad TBF y ordenará a la EPS Compensar que, en el término de 48 horas siguientes a la notificación



de esta providencia, proceda a realizar los trámites para entregar la silla de ruedas pediátrica prescrita por los médicos tratantes de la IPS Rangel.

G. SÍNTESIS DE LA DECISIÓN

62. A la Sala le correspondió decidir si la EPS Compensar vulneró los derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a los derechos de los NNA del menor de edad TBF, por negarse la citada EPS a la autorización y entrega de una silla de ruedas pediátrica que le fue ordenada por los médicos tratantes, con el argumento de que se trata de un servicio excluido del PBS.

63. Tras reiterar la jurisprudencia constitucional, relacionada con la subsidiariedad de la acción de tutela, frente al mecanismo judicial dispuesto ante la Superintendencia Nacional de Salud, la Sala de revisión encontró acreditada la procedencia de la acción de tutela en el presente caso. Como resultado de las *sub-reglas* jurisprudenciales analizadas en la parte motiva de esta providencia, la Sala observó lo siguiente:

- (i) Los niños, las niñas y los adolescentes en situación de discapacidad son sujetos de especial protección constitucional y, en ese orden de ideas, la familia, la sociedad y el Estado están obligados a garantizar la primacía de sus derechos, incluyendo el acceso de forma preferente, prevalente y sin trabas administrativas a los servicios cubiertos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- (ii) En la misma línea de la sentencia SU-508 de 2020, la cual fija la interpretación constitucional en materia de insumos médicos no excluidos expresamente del PBS, cuando el juez constitucional estudie una acción de tutela interpuesta para efectos de solicitar la autorización y entrega de una silla de ruedas de impulso manual, deberá determinar si existe o no una orden médica. De advertir la existencia de dicha prescripción, le corresponderá conceder el amparo de los derechos fundamentales y acceder a la pretensión reclamada.
- (iii) De lo contrario, tendrá que establecer si se evidencia la necesidad de la tecnología a través de la historia clínica y de las demás pruebas allegadas al expediente, caso en el cual tutelar las prerrogativas invocadas y ordenará la entrega de la tecnología requerida, siempre que así lo ratifique el médico tratante. Finalmente, en caso de carecer de una prescripción médica y de no advertir –con certeza– la necesidad de la silla de ruedas, se deberá tutelar el derecho a la salud en la faceta de diagnóstico, para efectos de que la EPS valore la necesidad de prescribir la tecnología al paciente. Igualmente, no es necesario verificar la capacidad económica del usuario, para autorizar sillas de rueda de impulso manual vía tutela.

64. En el presente caso, esta Sala observó que (i) las sillas de ruedas de impulso manual no son una tecnología excluida del PBS, bajo la normatividad aplicable al momento de la interposición de la acción de tutela; y (ii) el día 11 de junio de 2020, la Junta Médica Física y de Rehabilitación de la IPS Rangel ordenó la entrega de una silla de ruedas pediátrica a TBF^[61], dado su diagnóstico de parálisis cerebral infantil.

65. En consecuencia, la Sala Tercera de Revisión de la Corte procederá a revocar la sentencia de tutela dictada el día 3 de mayo de 2021 por el Juzgado Cincuenta y Cuatro Penal con Función de Control de Garantías de Bogotá, por medio de la cual declaró



improcedente la acción de tutela interpuesta por DLFD, en representación de su hijo menor de edad TBF, en contra de la EPS Compensar. En su lugar, tutelaré los derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a los derechos de los NNA invocados en la acción de tutela, y como consecuencia de ello, ordenaré a Compensar que, en el término de las 48 horas siguientes contadas a partir de la notificación de esta sentencia, proceda a realizar los trámites para entregar la silla de ruedas pediátrica prescrita por los médicos tratantes de la IPS Rangel, de acuerdo con lo establecido en la orden médica del 11 de junio de 2020.

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Tercera 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.- Por las razones expuestas en esta providencia, **REVOCAR** la sentencia del 3 de mayo de 2021 dictada por el Juzgado Cincuenta y Cuatro Penal con Función de Control de Garantías de Bogotá, mediante la cual se declaró improcedente la acción de tutela presentada por DLFD, actuando en representación de su hijo menor de edad TBF, en contra de la EPS Compensar. En su lugar, **TUTELAR** los derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a los derechos de los niños, niñas y adolescentes de TBF.

Segundo.- ORDENAR a la EPS Compensar que, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de esta sentencia, proceda a realizar los trámites para entregar la silla de ruedas de impulso manual pediátrica prescrita a TBF por los médicos tratantes de la IPS Rangel, de acuerdo con lo establecido en la orden médica del 11 de junio de 2020.

Tercero.- DESVINCULAR de este proceso de tutela al Ministerio de Salud y de la Protección Social, por las razones invocadas en esta providencia.

Cuarto.- Por la Secretaría General de la Corte Constitucional, **LÍBRENSE** las comunicaciones de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los fines allí contemplados

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.



2.NORMATIVA



2.1. RESOLUCIONES.



2.1.1. Resolución 1638 de 2022

Por la cual se modifica la Resolución 2077 de 2021, en el sentido de incluir un procedimiento de administración de vacunas

LA MINISTRA 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, este Ministerio a través de la Resolución 2077 de 2021 vigente a partir de enero 1° de 2022, estableció la Clasificación Única de Procedimientos en Salud —CUPS-, contenida en sus anexos técnicos.

Que, el Anexo Técnico 2 "Lista Tabular de la citada Resolución 2077 de 2021, en el capítulo "99 - PROCEDIMIENTOS PROFILÁCTICOS, TERAPÉUTICOS Y OTROS PROCEDIMIENTOS MISCELÁNEOS", categoría "99.3.5. - VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES VÍRICAS", lista los procedimientos de aplicación, vacunación o inoculación contra enfermedades víricas determinadas.

Que, debido al riesgo epidemiológico asociado a la circulación de virus a nivel mundial, se hace necesario incluir dentro de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, un código que se encuentre disponible para vacunación de otros virus en caso de requerirse, como medida de contención ante alertas epidemiológicas.

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese la Resolución 2077 de 2021, en el sentido de adicionar en la categoría 99.3.5 "VACUNACIÓN E INOCULACIÓN PROFILÁCTICA CONTRA CIERTAS ENFERMEDADES VÍRICAS", del Anexo Técnico 2 "Lista Tabular", el siguiente procedimiento:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
99.3.5.23	VACUNACIÓN CONTRA OTRO VIRUS (ESPECÍFICO)
Excluye:	OTRAS VACUNACIONES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES U OTRAS INMUNIZACIONES PARA ENFERMEDADES VÍRICAS QUE YA ESTÉN DETERMINADAS EN ESTA LISTA TABULAR

Artículo 2. Vigencia. El presente acto administrativo rige a partir de su publicación y modifica la Resolución 2077 de 2021.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.1.2. Resolución 1703 de 2022

Por la cual se modifica la Resolución 1140 de 2022, en relación con la aplicación del segundo refuerzo de vacuna contra la COVID-19 en población entre 18 y 49 años, la vigilancia de eventos adversos posteriores a la vacunación, la ampliación del rango de edad para el uso de la vacuna SPIKEVAX COVID-19 VACCINE MODERNA en menores de 6 a 11 años y el desarrollo de espacios de coordinación al interior de las entidades territoriales

LA MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades, especialmente de las conferidas por el literal b del artículo 488 de la Ley 9 de 1979, los numerales 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, 42.1 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, 3, 4 y 9 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, 19.1 del artículo 19 del Decreto 109 de 2021, y

CONSIDERANDO

Que el Gobierno nacional mediante el Decreto 109 de 2021 modificado por los Decretos 404, 466, 630, 744, 1671 de 2021 y 416 de 2022 estableció como objetivos del Pla Nacional de Vacunación contra el COVID-19 la reducción de la morbilidad grave y la mortalidad específica por COVID-19, disminuir la incidencia de casos graves, proteger a la población con alta exposición al virus y aportar a la reducción de la transmisión del SARS-CoV-2 en la población general con el propósito de contribuir al control de la epidemia en el país.

Que mediante la Resolución 1140 de 2022 se adoptaron los nuevos lineamientos para la aplicación de las vacunas contra la COVID-19.

Que el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos — INVIMA mediante la Resolución 2022019162 del 24 de junio de 2022, concedió la renovación automática de la Autorización Sanitaria de Uso de Emergencia — ASUE, por una (1) sola vez, por el término de un (1) año, al producto SPIKEVAX COVID-19 VACCINE MODERNA, en la cual se incluye la indicación de uso para la población mayor a 6 años.

Que en sesión del 24 de agosto de 2022 el Comité Asesor para el Proceso Estratégico de Inmunización de la Población Colombiana frente a la COVID-19, analizó y recomendó la aplicación de un segundo refuerzo de la vacuna contra COVID-19 a la población de 18 a 49 años sin que para ello sea necesario una recomendación médica.

Que, adicionalmente, se requiere especificar que el Instituto Nacional de Salud -INS es el responsable de consolidar los casos de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación - EAPV graves y la información en Vigiflow e informar esos casos al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA.

Que, el artículo 20 del Decreto de 109 de 2021, refiere las responsabilidades de las entidades territoriales departamentales y distritales y en sus numerales 20.5 establece que deben 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 y en el 20.6 dispone que les corresponde definir las estrategias y tácticas de vacunación y el proceso de micro planificación para el logro de la meta establecida a los municipios, localidades o áreas de su jurisdicción.



Que, se hace necesario que las entidades territoriales a través de sus equipos de vigilancia en salud pública, los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del aseguramiento cuenten con un espacio de coordinación en el que se realice la conciliación de las estrategias a emplear en el Plan Nacional de Vacunación y el seguimiento al registro adecuado de las vacunas aplicadas.

Que, en desarrollo de tales espacios y en el marco de la estrategia de apertura y cierre de los puntos de vacunación asociados a las sedes de los prestadores, se dispondrá un instrumento en el que se diligencia dicha información.

Que en consideración a lo expuesto se hace necesario modificar los numerales 2.1 ,2.4, 6.1, 6.2.2., 8.1 y 14.1 del Anexo Técnico 1 de la Resolución 1140 de 2022 y sustituir sus Anexos Técnicos 2 y 7.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modificar los numerales 2.1 *"Entidades territoriales departamentales y distritales"* y 2.4 *"Prestadores de servicios de salud"* del numeral 2 del Anexo Técnico 1 *"Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación 'contra el COVID-19'"* de la Resolución 1140 de 2022, en los siguientes términos:

"2. Responsabilidad de los actores"

Los actores que tienen a cargo el desarrollo de las actividades de vacunación contra la COVID-19 deberán:

2.1. Entidades territoriales departamentales y distritales

2.1.1. Adoptar y adaptar los lineamientos técnicos y operativos de la vacunación contra la COVID-19.

2.1.2. Verificar el cumplimiento a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 por parte de las IPS de su territorio, así como de la suficiencia del talento humano para garantizar la vacunación con oportunidad contra la COVID-19.

2.1.3. Contar con personal para la gestión y operación de la vacunación contra la COVID-19.

2.1.4. Participar en las reuniones de actualización y seguimiento de acuerdo con la convocatoria por parte de este Ministerio.

2.1.5. Apoyar, con su equipo de vigilancia en salud pública y a través espacios de coordinación, las actividades de vacunación contra la COVID-19, con la participación de los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del aseguramiento que operen en el territorio.

2.1.6. Efectuar el seguimiento a las actividades que realicen los responsables del aseguramiento y los prestadores de servicios de salud para la vacunación contra la COVID-19 en el territorio.

2.1.7. Brindar asistencia técnica a los municipios y demás entidades responsables de la vacunación en la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de la vacunación en su territorio incluyendo la realizada contra la COVID-19.



2.1.8. Coordinar con instituciones responsables de la vacunación en el territorio, así como con actores aliados y demás entidades que desarrollan políticas públicas, la difusión y divulgación de la vacunación como una medida más costo efectiva para la prevención de enfermedades, incluyendo la vacuna contra la COVID-19.

2.1.9. Fortalecer los equipos de farmacovigilancia.

2.1.10. Verificar que se realice la notificación oportuna del error programático en el aplicativo VigiFlow, informar el caso al Ministerio de Salud y Protección Social, participar en las mesas técnicas que se programen, realizar seguimiento a los compromisos establecidos en las actas de mesa técnica en sus municipios e instituciones prestadoras de servicios de salud, donde se evidencien las acciones derivadas de los planes de mejora en las Instituciones vacunadoras, así como fortalecer las estrategias de capacitación y adherencia a los lineamientos del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 en su territorio, para evitar errores o eventos adversos.

2.1.11. Notificar al Ministerio de Salud y Protección Salud en la herramienta Excel de error programático y fortalecer las acciones de seguimiento, así como de fortalecimiento de capacidades descritas en el Manual Técnico y Operativo del PAI, en su capítulo 6 titulado Vacunación Segura.

2.1.12. Realizar solicitud de biológicos e insumos para la vacunación contra COVID-19 al Ministerio de Salud y Protección Social de manera periódica, garantizando un stock suficiente para cubrir las necesidades de sus instituciones prestadoras de servicios de salud y municipios.

2.1.13. Distribuir oportunamente las vacunas, diluyentes, jeringas, carné y otros insumos al interior de su territorio.

2.1.14. Realizar el seguimiento al movimiento de insumos y biológicos.

2.1.15. Amparar las vacunas e insumos para la vacunación, mediante póliza de seguro con cobertura todo riesgo, mientras estos estén bajo su custodia.

2.1.16. Consolidar de forma semanal los reportes del avance de la vacunación contra la COVID-19 según lo defina este Ministerio, con criterios de calidad de la información reportada.

2.1.17. Monitorear y evaluar los resultados del avance de la vacunación contra la COVID-19 y priorizar intervenciones tendientes a mejorar las coberturas en su territorio.

2.1.18. Garantizar la correcta custodia y almacenamiento de los biológicos e insumos.

2.1.19. Garantizar la cadena de frío según los requerimientos del fabricante y lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.20. Garantizar el monitoreo permanente de las condiciones de almacenamiento y de transporte con instrumentos debidamente calibrados de las vacunas bajo su custodia.

2.1.21. Contar con una planta eléctrica con transferencia automática y garantizar el combustible para su funcionamiento.

2.1.22. Realizar seguimiento para el correcto uso de los bienes e insumos que sean entregados por el Gobierno nacional.

(...)

2.4 Prestadores de servicios de salud



- 2.4.1. Realizar el cálculo de necesidades de talento humano, vacuna e insumos de la vacunación contra la COVID-19 según la meta.*
- 2.4.2. Garantizar la contratación de los equipos vacunadores de acuerdo con la población asignada.*
- 2.4.3. Capacitar y actualizar permanentemente al talento humano en salud encargado de la vacunación contra la COVID-19.*
- 2.4.4. Realizar seguimiento a la aplicación del esquema completo de la vacuna contra la COVID-19.*
- 2.4.5. Desarrollar las estrategias y tácticas de vacunación acordadas con las entidades responsables del aseguramiento que tienen a cargo actividades dentro del Plan Nacional de Vacunación y entidades territoriales, teniendo en cuenta el enfoque diferencial para grupos vulnerables y grupos étnicos y registrar en SISPRO el anexo denominado "Formulario para la actualización de los puntos de vacunación por sede de prestador".*
- 2.4.6. Almacenar y custodiar los biológicos cumpliendo las normas de cadena de frío.*
- 2.4.7. Amparar mediante póliza de seguro todo riesgo las vacunas e insumos para la vacunación contra la COVID-19, mientras estos estén bajo su custodia.*
- 2.4.8. Contar con la disponibilidad suficiente de los insumos requeridos para el proceso de vacunación contra la COVID-19.*
- 2.4.9. Distribuir el biológico a sus vacunadores según meta día, de acuerdo con las normas de cadena de frío.*
- 2.4.10. Garantizar los elementos de protección personal para el equipo de vacunación y de red de frío.*
- 2.4.11. Garantizar la correcta custodia y almacenamiento de los biológicos e insumos*
- 2.4.12. Garantizar el monitoreo permanente de las condiciones de almacenamiento y de transporte con instrumentos debidamente calibrados de las vacunas bajo su custodia.*
- 2.4.13. Contar con una planta eléctrica con transferencia automática y garantizar el combustible para su funcionamiento.*
- 2.4.14. Elaborar, socializar y garantizar el protocolo y ruta de atención, al servicio de urgencias para los usuarios que asilo requieran.*
- 2.4.15. Garantizar técnica y financieramente el funcionamiento del sistema de información, en cada uno de los niveles conforme a las responsabilidades establecidas por este Ministerio.*
- 2.4.16. Cargar la información al aplicativo PAIWEB y consolidar la información en los formatos diseñados para la vacunación contra la COVID-19. De no ser posible realizarlo en su institución, deberá hacer las gestiones pertinentes para que la información sea cargada al aplicativo PAIWEB desde otro punto que cuente con la conectividad requerida para dicho proceso y que esta se mantenga actualizada.*
- 2.4.17. Consolidar el informe de avance de las personas vacunadas contra la COVID-19 y enviarlo al nivel superior de forma semanal*



- 2.4.18. *Garantizar la confidencialidad de la información de los usuarios vacunados.*
- 2.4.19. *Garantizar que su red prestadora de servicios de cumplimiento a la Circular No 044 del 19 de noviembre de 2013 expedida por este Ministerio.*
- 2.4.20. *Dar cumplimiento al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios frente al manejo de los residuos que genere el procedimiento de vacunación y actualizarlo de acuerdo con los sitios de expansión y a los residuos generados por la red de frío.*
- 2.4.21. *Realizar la facturación y envío de soportes definidos para el pago del servicio.*
- 2.4.22. *Garantizar el mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos de red de frío.*
- 2.4.23. *Notificar al MSPS en la herramienta Excel de error programático y fortalecer las acciones de seguimiento, así como de fortalecimiento de capacidades descritas en el Manual Técnico y Operativo del PAI, en su capítulo 6 titulado Vacunación Segura.*
- 2.4.24. *Verificar que se realice la notificación oportuna del error programático en el aplicativo VigiFlow, informar el caso al departamento o distrito*
- 2.4.25. *Realizar mesas técnicas interinstitucional con las áreas de seguridad del paciente, oficina de calidad, gestión del riesgo, talento humano, fármaco vigilancia, epidemiología y PAI, la cual como resultado debe generar un acta, plan de mejora y seguimiento al usuario.*
- 2.4.26. *Realizar seguimiento a los compromisos establecidos en las actas que soportan el proceso, donde se evidencien las acciones derivadas de los planes de mejora en las Instituciones.*
- 2.4.27. *Detectar y notificar los Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación graves y garantizar la atención integral en salud.*
- 2.4.28. *Implementar las acciones de información en salud y educación y comunicación para la salud acerca de la vacunación contra la COVID-19, cumpliendo medidas de accesibilidad y adaptabilidad, conforme a los lineamientos de este Ministerio.*
- 2.4.29. *Garantizar los apoyos y ajustes razonables para que las personas accedan según el enfoque diferencial a la vacunación sin barreras físicas, comunicacionales y actitudinales.*
- 2.4.30. *Brindar información al usuario relacionada con la vacuna, beneficios, riesgo, indicaciones, contraindicaciones, posibles eventos adversos, así como verificar si la persona comprendió la información suministrada.*
- 2.4.31. *Informar a los usuarios que la vacunación es voluntaria y diligenciar el consentimiento informado, así como salvaguardado.*
- 2.4.32. *Cumplir con los requisitos definidos, tanto en la modalidad intramural como en la extramural"*

Artículo 2. Modificar el numeral 6.1 "Esquema primario" del Anexo Técnico 1 "Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19" de la Resolución 1140 de 2022, en los siguientes términos:

"6.1 Esquema primario

El esquema primario está constituido por la aplicación de dos dosis o vacunas de dosis única a la población según el siguiente esquema:



Tabla 1. Esquema y biológico recomendado para vacunación contra la COVID-19

Edad recomendada de aplicación	Biológico recomendado
3 a 5 años	Sinovac Life Sciences Co Ltd denominada CoronaVac
6 a 11 años	Sinovac Life Sciences Co Ltd denominada CoronaVac
	Moderna ARNm-1273, Switzerland GmbH*
12 a 17 años	Pfizer Inc y BioNTech
	Moderna ARNm-1273, Switzerland GmbH
	Sinovac Life Sciences Co Ltd denominada CoronaVac
18 años y más	Sinovac Life Sciences Co Ltd denominada CoronaVac
	Pfizer Inc y BioNTech
	Moderna ARNm-1273, Switzerland GmbH
	ChAdOx1-S* recombinante o AZD1222 del laboratorio AstraZeneca
	Janssen Pharmaceutica NV

*La administración de vacuna Moderna ARNm-1273, Switzerland GmbH, en niños de 6 a 11 años se realizará en una serie de 2 (dos) dosis de 50 micro gramos (0,25 ml cada una) con un intervalo de 28 días después de la primera dosis"

Artículo 3. Modificar el numeral 6.2.2. "Segundo refuerzo" del Anexo Técnico 1 "lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19" de la Resolución 1140 de 2022, en los siguientes términos:

"6.2.2. Segundo refuerzo

Las personas mayores de 18 años podrán recibir una segunda dosis de refuerzo de vacuna contra la COVID-19, la cual deberá ser aplicada a partir del cuarto mes posterior a la aplicación del primer refuerzo.

Las vacunas que deberán ser usadas para este segundo refuerzo son las de plataforma mensajero (Pfizer o Moderna). Cuando el segundo refuerzo se realice con vacuna del laboratorio Moderna, se deberá usar la mitad de la dosis, equivalente a 50 microgramos (0.25 ml); embargo, podrán recibir la dosis de otro biológico si el médico así lo recomienda, siempre cuando esté disponible y autorizado en el país."

Artículo 4. Modificar el numeral 8.1 Estrategias de vacunación del Anexo Técnico 1 "lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19" de la Resolución 1140 de 2022, en los siguientes términos:

"8.1 Estrategias de Vacunación

Dando cumplimiento a lo establecido en la Resolución 3100 de 2019, la vacunación se realiza a través de las modalidades intramural o extramural como parte de las acciones de salud pública para lograr la protección de la población y según los estándares establecidos para la prestación del servicio. En la medida que progresivamente se da cumplimiento a la vacunación en la población sujeto, se deben ir evaluando los avances y las tácticas establecidas e ir incorporando nuevas cuando las anteriores ya disminuyan su productividad, incluso el operar varias tácticas al tiempo puede agilizar los procesos de vacunación, siempre y cuando se realice evaluación periódica de las mismas.

La estrategia de vacunación se define entre los prestadores de servicios de salud y las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, los administradores de regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de libertad y los departamentos y distritos en los espacios de coordinación territorial, debiendo diligenciar el prestador de servicios de



salud el "Formulario para la actualización de los puntos de vacunación por sede de prestador" en la Plataforma SISPRO y la entidad territorial un acta o registro de control del desarrollo de dichas mesas."

Artículo 5. Modificar el numeral 14.1 *"Vigilancia de eventos adversos posteriores a la vacunación Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación"* del Anexo técnico 1 *"lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el COVID-19"* de la Resolución 1140 de 2022, en los siguientes términos:

"14.1 Vigilancia de eventos adversos posteriores a la vacunación EAPV"

La vigilancia de los Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación — EAPV contribuye a la detección temprana y clasificación adecuada de los casos producidos por vacunas COVID-19; de acuerdo con el Decreto 601 del 2021 "Por el cual se desarrollan las competencias frente a la vigilancia de los eventos adversos posteriores a la vacunación contra el Co vid — 19 y se reglamenta el artículo 4 de la Ley 2064 de 2020".

Artículo 6. Sustituir el Anexo Técnico 2 *"Consentimiento informado para la aplicación de la vacuna contra el SARS-COV-2/ COVID-19"* y el Anexo Técnico 7 *"Anexo técnico para la aplicación de la vacuna Moderna Rnam-1273 contra la COVID-19"* de la Resolución 1140 de 2022.

Artículo 7. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica el Anexo Técnico 1 y sustituye los Anexos Técnicos 2 y 7 de la Resolución 1140 de 2022.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver anexo técnico en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201703%20de%202022.pdf



2.1.3. Resolución 1719 de 2022

Por la cual se modifica el párrafo transitorio del artículo 17 de la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de ampliar el plazo para registrar el Plan de Visitas de Verificación

LA MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en los artículos 173, numeral 3 de la Ley 100 de 1993 y numeral 13 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011 y en desarrollo de los Capítulos 1, 2, 3 y 7 del Título I de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, y,

CONSIDERANDO

Que el Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución 3100 de 2019 definió los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adoptó el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Que en el artículo 17 ibidem, se definió la periodicidad en que las secretarías de salud departamentales o distritales, o quiénes hagan sus veces, deben formular el plan de visitas a los prestadores de servicios de salud inscritos en el REPS y así verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación.

Que el artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019 estableció las reglas transitorias para la aplicación de lo dispuesto en dicho acto administrativo, referidas, entre otras, al plazo del que disponen los prestadores de servicios de salud inscritos en el REPS con servicios habilitados, para la realización de la actualización del portafolio de servicios y la autoevaluación de las condiciones de habilitación.

Que mediante la Resolución 1138 de 2022 se modificaron los artículos 17, 21 y 26 de la Resolución 3100 de 2019, en relación con el plan de visitas de verificación, la responsabilidad en validación de la información y las reglas de transitoriedad ante la finalización de la emergencia sanitaria causada por el coronavirus COVID 19, acto administrativo que fue corregido mediante la Resolución 1410 de 2022.

Que de acuerdo con lo preceptuado en el párrafo del artículo 17 de la Resolución 3100 de 2019, modificado por la Resolución 1138 de 2022, las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, tendrían hasta el 31 de agosto de 2022 para registrar en el REPS el plan de visitas de verificación que sería ejecutado en los meses de septiembre a diciembre de 2022.

Que de acuerdo con los análisis realizados por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte al 31 de agosto de 2022, se puede concluir que 18.103 sedes de prestadores de servicios de salud tienen pendiente la actualización del portafolio y la realización de la autoevaluación, así las cosas, la ejecución del plan de visitas de verificación por parte de las secretarías de salud departamentales o distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, pueden presentar dificultades por cuanto un 22% de las



sedes de los prestadores de servicios de salud no están listos para ser verificados, por encontrarse realizando la actualización del portafolio y la autoevaluación de los servicios de salud.

Que adicionalmente, mediante el artículo 3 de la Resolución 1138 de 2022, modificatorio del artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019 y corregido por el artículo 1 de la Resolución 1410 de 2022, se amplió el plazo para que los prestadores de servicios de salud que se encuentren inscritos en el REPS con servicios habilitados actualicen, por una única vez, el portafolio de servicios y realicen la autoevaluación de las condiciones de habilitación.

Que, teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario modificar el párrafo transitorio del artículo 17 de la Resolución 3100 de 2019, con el objeto de unificar los tiempos de las visitas de verificación con los tiempos dispuestos para la actualización del portafolio de servicios y la autoevaluación de las condiciones de habilitación definidas en numeral 26.1 del artículo 26 de la Resolución 3100 de 2019, modificado por las Resoluciones 1317 de 2021 y 1138 de 2022, corregida por la Resolución 1410 de 2022.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modifíquese el párrafo transitorio del artículo 17 de la Resolución 3100 de 2019 modificado por la Resolución 1138 de 2022, el cual quedará así:

“Artículo 17. Plan de visitas de verificación. Las secretarías de salud departamentales y distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, con una periodicidad anual formularán y ejecutarán un plan de visitas a los prestadores de servicios de salud inscritos en el REPS, con el objeto de verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación.

El plan deberá estar formulado a más tardar el 30 de noviembre de la vigencia anterior en la cual será ejecutado y deberá ser registrado en el REPS hasta el 20 de diciembre del mismo año. La Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento del registro de plan, así como su ejecución posterior, para lo cual tendrá acceso al REPS.

La formulación del plan de visitas de verificación deberá tener en cuenta el siguiente orden de prioridad:

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

17.2 Los servicios oncológicos habilitados.

17.3 Los servicios oncológicos que reporten alguna de las siguientes novedades: apertura de modalidad, reactivación de servicio o traslado de servicio.

17.4 Los prestadores de servicios de salud que no han tenido visita de verificación desde su inscripción.

17.5 Los servicios para la atención del parto que no hayan sido visitados en los últimos cuatro (4) años inmediatamente anteriores a la formulación del plan de visitas de cada vigencia.



- 17.6** Los prestadores de servicios que tengan habilitados servicios quirúrgicos de cirugía plástica y estética.
- 17.7** Los prestadores de servicios que se postulen ante el ente acreditador y no cuenten con certificación de habilitación. La visita de verificación se realizará en un término no mayor a tres (3) meses contados a partir de la solicitud presentada a la secretaría de salud departamental, distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.
- 17.8** Los prestadores de servicios que se postulen para conformar organizaciones funcionales y requieran la certificación de habilitación no mayor a un año. Dicha visita de verificación se realizará en un término no mayor a tres (3) meses contados a partir de la solicitud presentada ante la instancia pertinente.
- 17.9** Las demás visitas que las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, definan en ejercicio de sus funciones.

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

El plan de visitas de verificación que definan las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, no excluye la posibilidad de realizar las visitas de verificación que sean necesarias para garantizar la adecuada atención de la población en su jurisdicción, las visitas previas que se requieran o las que surtan en cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control, las visitas que se realicen por alguna de estas situaciones, harán parte del plan de visitas de verificación.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas, durante la vigencia de dicha acreditación, no requerirán visita de verificación de sus condiciones de habilitación salvo aquellas que vayan a realizar la apertura de nuevos servicios de urgencias, oncología, alta complejidad, atención del parto o transporte asistencial, las que deberán contar con visita de verificación previa, de acuerdo con lo establecido en la presente resolución. La información de los prestadores de servicios de salud acreditados estará disponible en el REPS para lo cual este Ministerio dispondrá lo pertinente.

Parágrafo transitorio. *Las secretarías de salud departamentales o distritales o la entidad que tenga a cargo dichas competencias tendrán hasta el 30 de junio de 2023 para registrar en el REPS el plan de visitas de verificación que será ejecutado en el segundo semestre de 2023 iniciando el 1 de julio.*

En el plan se deberán incluir las visitas que se deban realizar para los servicios autorizados transitoriamente, en cumplimiento de los numerales 26.6.2 y 26.6.3 del artículo 26 de la Resolución 1138 de 2022 corregida por la Resolución 1410 de 2022.

Los planes de visitas registrados en el REPS al 31 de agosto de 2022 quedaran sin efecto a partir de la expedición de la presente resolución, no procediendo visita alguna con respecto a dicha programación.



Si vencido el término establecido en el numeral 26.5 del artículo 26 de la presente resolución y hasta el 1 de julio de 2023, las instituciones prestadoras de servicios de salud solicitan la evaluación del cumplimiento de los estándares para la acreditación ante el ente acreditador, podrán presentar como soporte de visita de verificación ante dicho organismo, la certificación que se le haya expedido en el marco de la Resolución 2003 de 2014 por la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. Vencido dicho término, deberán presentar la certificación de verificación expedida por la secretaría de salud departamental, distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, correspondiente a la vigencia que determine el organismo acreditador."

Artículo 2. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica el artículo 17 de la Resolución 3100 de 2019, modificado por la Resolución 1138 de 2022.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.1.4. Resolución 1736 de 2022

Por la cual se modifican los artículos 1, 6 y 8 y se sustituyen el 3, 4, 5 de la Resolución 166 de 2021 en relación con la metodología para la definición del valor para el reconocimiento, agendamiento, aplicación de las vacunas contra el COVID-19 y la gestión de verificación, control y validación asociada

LA MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015 y los artículos 23, 24 y 25 del Decreto 109 de 2021 y,

CONSIDERANDO

Que, mediante el Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 404, 466, 630, 744, 1671 de 2021 y 416 de 2022, el Gobierno nacional adoptó el Plan Nacional de Vacunación — PNV contra el COVID-19 y estableció, entre otros aspectos, los criterios, la priorización, las fases y la ruta para la aplicación de las vacunas, así como las responsabilidades de los diferentes actores que participan en el procedimiento propio de la mencionada aplicación, indicando que compete a los prestadores de servicios de salud garantizar la operación para el agendamiento y aplicación de la vacuna y a las entidades responsables del aseguramiento en salud, definidas en ese mismo decreto, garantizar la verificación y apoyo de dicho proceso, así como la validación para el pago de los costos que genera su aplicación.

Que el artículo 22 ibídem estableció que los costos asociados a la aplicación de las vacunas se sufragarán con cargo a los recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME por parte de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres — UNGRD y el artículo 24 dispuso el procedimiento de reconocimiento y pago de los costos asociados al agendamiento y a la aplicación de la vacuna.

Que mediante la Resolución 166 de 2021, modificada por las Resoluciones 508, 651 y 1324 de 2021, este Ministerio adoptó la metodología para la determinación de los valores a reconocer por los costos asociados al agendamiento de las citas y la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 y se definió el procedimiento para su reconocimiento y pago, tanto a los prestadores de servicios de salud y a las demás entidades con servicios de vacunación habilitados como a las entidades responsables del aseguramiento en salud, por los costos asociados al proceso de validación para el pago.

Que, como resultado de la vacunación masiva, realizada a través de la priorización de la población con mayor riesgo y posteriormente con la unificación de las etapas del Plan Nacional de Vacunación, se ha logrado aplicar, según el reporte realizado por los prestadores de servicios de salud a los departamentos y consolidado por este Ministerio, entre el 17 febrero 2021 y el 23 de agosto de 2022 un total de 87.946.713 dosis, logrando coberturas del 83,8% en primeras dosis, del 71.6% en esquemas completos y en refuerzos del 41.5%, lo cual ha contribuido a la reducción de casos, hospitalizaciones y muertes, a modificar el comportamiento epidemiológico de la enfermedad por COVID-19 y la flexibilización de las medidas de prevención del contagio diferenciadas por municipio, según su grado de avance.



Que, para el periodo marzo — agosto de la vigencia 2022 se ha evidenciado una disminución del ritmo de vacunación con un promedio de dosis aplicadas por semana de 368.944 dosis, tal como se advierte en el consolidado de dosis aplicadas a cargo de esta cartera Ministerial, lo cual implica la necesidad de desarrollar una dinámica diferente dada la disponibilidad de vacunación contra el COVID-19.

Que atendiendo lo anterior y teniendo en cuenta la gran experiencia y estructura operativa con la que hoy cuenta el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, mediante la Circular 028 de 2022, se señaló que la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 se realice en los puntos del programa permanente, lo cual genera la necesidad de ajustar los valores de la aplicación del biológico en la estrategia intramural, reconociendo que no se requieren equipos exclusivos conformado por 4 perfiles para la vacunación pero sí se deben incluir los Elementos de Protección Personal —EPP— dado el estándar del servicio de vacunación definido en la Resolución 3100 de 2019, modificada por la Resolución de 1138 de 2022.

Que, así mismo, los artículos 20 y 21 del Decreto 109 de 2021 citado previamente, definieron, las responsabilidades de las secretarías de salud o la entidad que haga sus veces y de las instituciones prestadores de servicios de salud, frente al reporte de información en la plataforma PAIWEB 2.0 y la notificación con MS Excel vía correo electrónico oficial, los cuales soportan el reconocimiento y pago de las dosis aplicadas mediante los mecanismos de giro previo, legalización de giro previo y facturación.

Que, al respecto, si bien desde el inicio del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID 19 se generó un formulario de captura de información de dosis aplicadas que se remite mediante rutina de notificación con MS Excel vía correo electrónico oficial al Ministerio de Salud y Protección Social, para asegurar información en tiempo real sobre el avance de la vacunación (soporte de giro previo), en materia de reporte a PAIWEB (soporte facturación y legalización del giro previo), con corte al 16 de agosto de 2022 se observa un rezago del 21,7% en la digitación de las dosis aplicadas en la mencionada plataforma, de acuerdo con lo señalado por la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de este Ministerio, situación que afecta el giro de los recursos a los prestadores de servicios de salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados.

Que, con base en el seguimiento realizado por este Ministerio se han detectado algunas inconsistencias en el proceso de reporte de información (duplicados, identificación de los usuarios, número de dosis) y registro de la variable estrategia que han generado que los prestadores de servicios modifiquen los registros digitados en PAIWEB, lo cual impactó los recursos entregados por concepto de giro previo y los avances de pago total de las dosis.

Que, en consecuencia, se requiere estructurar una metodología para la validación de la calidad del dato dentro del proceso de conciliación territorial del Plan Nacional de Vacunación con los agentes del Sistema, en el marco de las responsabilidades asignadas en el Decreto 109 de 2021, con el fin de agilizar el proceso de pago total de la vacunación e incluir nuevas disposiciones alrededor del giro previo y su legalización, con el propósito de reliquidar los valores, cubrir el total de las vacunas aplicadas y determinar el reintegro a los que haya lugar.

Que los contenidos de los Anexos Técnicos 3 al 6 de la Resolución 166 de 2021, por razones operativas y para agilizar los procesos de reconocimiento y pago, se encuentran publicados en la plataforma Mi Vacuna como Anexos PAI 142 y PAI 143, por lo cual solamente se mantendrán



como parte de la estructura del presente acto administrativo el Anexo Técnico 1 *"Metodología para determinar los valores a reconocer 'Definición del valor para el reconocimiento del agendamiento y aplicación de la vacuna contra el SARS CoV2 [COVID-19] y la gestión de verificación, control y validación asociada"* y el Anexo Técnico 2 *"Listado de los departamentos y municipios por regiones"*.

Que, por las razones expuestas, se hace necesario modificar la Resolución 166 de 2021, modificada por las Resoluciones 508, 651 y 1324 de 2021.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modificar el artículo 1 de la Resolución 166 de 2021, el cual quedará así:

"Artículo 1. Objeto. *La presente resolución tiene por objeto adoptar la metodología para determinar los valores a reconocer tanto a los prestadores de servicios de salud, por los costos asociados al agendamiento de las citas y a la aplicación de las vacunas contra el COVID-19, como a las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, por los costos asociados al proceso de validación que deba adelantarse por vacuna aplicada para efectos del pago y al proceso de verificación y apoyo para que los prestadores cumplan con sus obligaciones en relación con su aplicación; así como fijar los valores a reconocer y definir el procedimiento para su reconocimiento y pago por parte de la Unidad Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres — Fondo Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres -UNGRD-.*

La presente resolución estará conformada por dos (2) anexos técnicos, los cuales hacen parte integral de la misma y estarán denominados así: Anexo Técnico 1 "Metodología para determinar los valores a reconocer 'Definición del valor para el reconocimiento del agendamiento y aplicación de la vacuna contra el SARS CoV2 [COVID-19] y la gestión de verificación, control y validación asociada" y Anexo Técnico 2 "Listado de los departamentos y municipios por regiones"

Artículo 2. Sustituir el artículo 3 de la Resolución 166 de 2021, el cual quedará así:

"Artículo 3. Valor unitario de reconocimiento y pago.

Los valores unitarios por cada dosis aplicada a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, calculados conforme a la metodología establecida en el Anexo 1, son los siguientes:



Tabla 1. Valores Unitarios de reconocimiento y pago

Región	Procesos costeados	Intramural	Extramural urbano	Extramural rural disperso
		Vr. Dosis	Vr. Dosis	Vr. Dosis
AMAZONÍA	Agendamiento y aplicación de la dosis	\$ 3.889	\$ 22.705	\$ 94.371
	Gestión de verificación, apoyo y validación por las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos	\$ 310	\$ 310	\$ 310
	COSTO TOTAL	\$ 4.199	\$ 23.015	\$ 94.681
ANDINA, CARIBE Y CIUDADES	Agendamiento y aplicación de la dosis	\$ 3.889	\$ 19.589	\$ 46.196
	Gestión de verificación, apoyo y validación por las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos	\$ 310	\$ 310	\$ 310
	COSTO TOTAL	\$ 4.199	\$ 19.899	\$ 46.506
PACÍFICO	Agendamiento y aplicación de la dosis	\$ 3.889	\$ 21.252	\$ 60.458
	Gestión de verificación, apoyo y validación por las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, los administradores de	\$ 310	\$ 310	\$ 310
	COSTO TOTAL	\$ 4.199	\$ 21.562	\$ 60.768
ORINOQUÍA	Agendamiento y aplicación de la dosis	\$ 3.889	\$ 25.541	\$ 55.914
	Gestión de verificación, apoyo y validación por las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos	\$ 310	\$ 310	\$ 310
	COSTO TOTAL	\$ 4.199	\$ 25.851	\$ 56.224

Parágrafo 1. Los prestadores de salud que ofrezcan el servicio de vacunación deben estar habilitados conforme a lo previsto en la Resolución 3100 de 2019: modificada por la Resolución 1138 de 2022.

Parágrafo 2. Los valores a cancelar por cada dosis corresponderán a los dispuestos en la normatividad vigente a la fecha de su aplicación.”

Artículo 3. Sustituir el artículo 4 de la Resolución 166 de 2021, el cual quedará así:



"Artículo 4. Términos y condiciones de la inscripción para el pago. Los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, inscribirán una cuenta bancaria ante el Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, en el que recibirán el pago por las acciones que tienen a cargo descritas en el artículo 1 de la presente resolución, para lo cual, deben remitir al correo electrónico: pagosvacunas@gestiondelriesgo.gov.co los siguientes documentos:

- a. Certificado de existencia y representación legal.
- b. Certificación bancaria.
- c. Copia del Registro Único Tributario -RUT.
- d. Copia del Registro de Información Tributaria -RIT (para entidades ubicadas en Bogotá).
- e. Copia del documento de identificación del representante legal.
- f. Certificación de pago de parafiscales, que corresponda al periodo de la factura, emitida por su revisor fiscal (adjuntando cédula de ciudadanía, tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios) o representante legal de la entidad.
- g. Formato en el que indique si autoriza o no la notificación electrónica de actos administrativos.

Parágrafo 1. La cuenta bancaria debe ser creada exclusivamente para la destinación de los recursos de que trata este acto administrativo y su registro contable deberá realizarse de forma separada del resto de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 2. De conformidad con lo establecido en el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015, los recursos referidos en esta resolución por tratarse de recursos públicos que financian la salud no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos en el Decreto 109 de 2021 y son inembargables".

Artículo 4. Sustituir el artículo 5 de la Resolución 166 de 2021, el cual quedará así:

"Artículo 5. Reconocimiento y pago de los costos asociados al agendamiento ya la aplicación de la vacuna hasta el 21 de septiembre de 2022. Se reconocerán los costos asociados a la aplicación de la vacuna en función de las dosis aplicadas durante el mes, a los prestadores de servicios de salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente se 'les reconocerán los costos asociados al agendamiento y aplicación de la vacuna en función a las dosis aplicadas durante el mes, previa validación de las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, respecto de la población no afiliada que tengan a cargo o para la población que estando afiliada sea objeto de estrategias de vacunación definidos por esta en coordinación con dichas entidades responsables del aseguramiento.

El reconocimiento se realizará en dos momentos a saber) I) giro previo; y II) reconocimiento del valor total a pagar y/o legalización del giro previo y facturación del saldo, este último cuando haya lugar conforme el siguiente procedimiento:



5.1. Giro previo

Solo se predicará respecto a las dosis aplicadas hasta el 21 de septiembre 2022. La Unidad Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres — Fondo Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres -UNGRD realizará giros previos al proceso de validación, teniendo en cuenta el registro de las dosis aplicadas por los prestadores de servicios de salud, las entidades habilitadas para prestar el servicio de vacunación y las autorizadas transitoriamente. El giro previo corresponderá al ochenta por ciento (80%) del valor que resulte de multiplicar el número de dosis aplicadas en el periodo por \$9.025. El reporte de las dosis aplicadas se realizará a través de los siguientes mecanismos:

- a. Para las dosis aplicadas entre el 17 de febrero y el 20 de agosto de 2021, los departamentos y distritos deberán certificar, a más tardar el 2 de septiembre de 2021, el número de dosis aplicadas en su territorio, discriminado el dato de forma mensual y por prestador habilitado; para lo cual deberán ingresar al REPS en la funcionalidad denominada "Registro giro previo excepcional plan nacional de vacunación CO VID 19". La secretaría de salud departamental o distrital verificará y validará la información mensual registrada para cada sede de la institución prestadora de servicios de salud. La funcionalidad generará la constancia de los registros que fueron aceptados y certificará tal información la cual deberá ser impresa y firmada por el secretario de salud departamental o distrital, y ser remitida al correo electrónico que determine la Dirección de Promoción y Prevención quien procederá a verificar la completitud y congruencia de esta. El instructivo se encuentra publicado en la funcionalidad antes mencionada.*
- b. Para las dosis aplicadas entre el 21 de agosto de 2021 y el 21 de septiembre de 2022, los departamentos y distritos deberán certificar por cada prestador, las dosis aplicadas en su territorio el día siguiente a la aplicación, a través del reporte rápido diario de aplicación de dosis, el cual será remitido al correo electrónico: reportesvaccovid19@minsalud.gov.co por el mecanismo que para tal efecto defina este Ministerio; sin embargo, todas las dosis aplicadas deben ser registradas en PAIWEB 2.0.*

El giro previo se realizará sobre las dosis aplicadas que no hayan sido objeto de giro previo o de facturación con corte a 31 de agosto de 2021. Este Ministerio publicará la información dispuesta para el giro previo por prestador atendiendo la formula descrita previamente.

Las entidades territoriales departamentales y distritales serán responsables de la veracidad, oportunidad, pertinencia y transparencia de la información reportada y su incumplimiento dará lugar a las sanciones administrativas, disciplinarias, fiscales previstas en la normativa vigente, sin perjuicio del cargo que los prestadores de servicios de salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente deben realizar en PAIWEB, de las dosis aplicadas. Este Ministerio dispondrá a cada prestador de servicios de salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente y a la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Fondo Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres - la información de las dosis aplicadas y el valor correspondiente del giro previo.

- Cobro del giro previo*



Los prestadores de servicios de salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente deberán remitir al correo electrónico pagosvacunas@gestiondelriesgo.gov.co del Fondo Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres - FNGRD, los siguientes documentos en un término no superior a cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de disposición del archivo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social:

- i. Cuenta de cobro firmada por el representante legal, que contenga el número de dosis y el valor dispuesto por el Ministerio.
- ii. Certificado de existencia y representación legal, expedido con una antelación máxima de 30 días calendario o resolución de creación u ordenanza.
- iii. RUT
- iv. RIT para entidades de Bogotá
- v. Certificación bancaria
- vi. Documento de identidad del representante legal

Los documentos establecidos en los numerales ii al vi se presentarán por una sola vez al Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y serán actualizados si hay novedad en su contenido. Estos mismos documentos se exigirán para las cuentas ya radicadas.

Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la presentación de la documentación requerida, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Fondo Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres -UNGRD realizará el giro previo a los prestadores de salud y demás entidades habilitadas para prestar el servicio de vacunación, en la cuenta inscrita por ellos.

5.2. Reconocimiento del valor total a pagar legalización del giro previo y facturación del saldo.

5.2.1 Dentro de los cuatro (4) primeros días calendario de cada mes, la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación - OTIC de este Ministerio dispondrá a las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, la información registrada y dispuesta en PAIWEB de la población a su cargo a través del SFTP del Sistema de Afiliación Transaccional — SAT y estas entidades responsables del aseguramiento en salud, validarán y reportarán semanalmente el resultado de la información sobre la población vacunada, así como la estrategia utilizada teniendo en cuenta la información dispuesta por este Ministerio; en todo caso, dispondrán de un plazo máximo de dos meses para cerrar los procesos de los datos, para cerrar los procesos de validación y verificación de información de dosis aplicadas.

Para efectos de la validación, solo se tendrán en cuenta los siguientes criterios: a) que el afiliado corresponde a la entidad responsable del aseguramiento o a la entidad territorial en el momento de la vacunación; b) la estrategia de vacunación, conforme con las condiciones establecidas en los lineamientos adoptados por este Ministerio para la aplicación de cada vacuna y c) número de dosis aplicadas.



Así las cosas, las causales de no superación del proceso de verificación y validación son: i) el afiliado se encontraba fallecido en el momento de la vacunación; ü) la estrategia de vacunación no corresponde; producto del proceso de validación, se adviertan que la dosis no fue efectivamente aplicada y, iv) No aplican condiciones técnicas para la vacunación.

Una vez realizada la validación y en atención a los valores establecidos en el artículo 3 de la presente resolución, las entidades responsables del aseguramiento en salud citadas previamente, realizarán la liquidación nominal y por prestador, según el código definido por el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud — REPS, de los valores certificados, para ser facturados. Se entenderá que la información está certificada con la remisión de esta a través de la plataforma PISIS. Si de la información reportada acerca de la estrategia de vacunación no se puede establecer que la atención corresponda a una atención extramural urbana o a una atención extramural rural dispersa, dichas entidades deberán determinar cuál fue la estrategia utilizada.

5.2.2. Dentro del plazo de dos meses establecido en el primer inciso del numeral anterior y una vez verificada y validada a aplicación de las vacunas, las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos dispondrán la información validada en la Plataforma PISIS, mediante el documento publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social - Documentos Técnicos MIVA CUNA.

Con la información de liquidación de los valores a facturar, verificados y validados por las mencionadas entidades responsables del aseguramiento en salud, este Ministerio dispondrá dicha información a los prestadores de salud, a las demás entidades habilitadas para garantizar el servicio de vacunación y a las autorizadas transitoriamente, con el fin de que estos emitan la factura electrónica a nombre del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, por el valor validado. La misma información será dispuesta por el Ministerio a la Unidad de Gestión del Riesgo de Desastres - Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD).

La factura deberá enviarse al Fondo Nacional de Gestión de/Riesgo de Desastres de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres a través del correo electrónico pagosvacunas@gestiondelriesgo.gov.co acompañada de los siguientes documentos:

- i. Certificación de pago de parafiscales emitida por el representante legal o revisor fiscal, adjuntando para este último, cédula de Ciudadanía, tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios.*
- ii. Certificado de existencia y representación legal expedido con una antelación máxima de 30 días calendario, por la autoridad competente, o resolución de creación u ordenanza.*
- iii. Registro Único Tributario — RUT.*
- iv. Registro de Información Tributaria -RIT, para entidades de Bogotá*



- v. *Certificación bancaria*
- vi. *Documento de identidad del representante legal.*

Los requisitos establecidos en los numerales u al vi se presentarán por una sola vez al Fondo Nacional de Gestión del riesgo y desastres y en caso de existir novedades en la información de estos.

- 5.2.3. *Dentro de lo diez (10) días hábiles siguientes a la presentación de la factura, la Unidad de Gestión del Riesgo de Desastres - Fondo Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastre -UNGRD realizará el giro de los valores verificados y validados por las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos y facturados por los prestadores de salud y demás entidades habilitadas para prestar el servicio de vacunación o autorizadas transitoriamente.*
- 5.2.4. *La Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres - Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres registrará los giros efectuados a las instituciones encargadas de prestar el servicio de vacunación, mediante el documento técnico que publique la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación - OTIC en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social- Documentos Técnicos MIVACUNA.*
- 5.2.5. *Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos remitirán a este Ministerio los registros que no hayan superado el proceso de verificación por falta de cumplimiento de los criterios establecidos en el numeral 5.2.1. del presente artículo y dentro del término allí señalado, en el documento establecido en el numeral 5.2.2. del presente artículo, publicado por la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación - OTIC para el efecto e informarán las causales por las cuales no superó el proceso de verificación. Los prestadores de salud podrán realizar la revisión y ajuste de dicha información, la cual deberá quedar consignada en PAIWEB y se tendrá en cuenta para el siguiente proceso de verificación y pago.*
- 5.2.6. *La Unidad Nacional del Riesgo de Desastres - Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres legalizará el giro previo realizado y de ser el caso, girará los valores que resulten a favor de los prestadores de servicios de salud. Para lo anterior las entidades territoriales, los prestadores de servicios de salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente con el acompañamiento de este Ministerio realizarán una revisión pormenorizada de las vacunas aplicadas hasta el 21 de septiembre de 2022, para cuyo efecto se definirán dos cortes de información que les permitan a los prestadores de servicios de salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente, organizar la depuración de la información en PAIWEB, agotando el siguiente procedimiento:*



Fechas de corte para validación

Agente del sistema	Acción	Corte de información	
		Dosis aplicadas 17/02/2021 al 31/12/2021	Dosis aplicadas 01/01/2022 al 21/09/2022
IPS entidad territorial MSPS	Revisión de inventarios Ajuste de reportes de información Validación de dosis aplicadas	Hasta el 30/09/2022	Hasta el 15/10/2022
IPS	Ajuste de la información nominal (variables estrategia) mediante Webservice Subsanación de rezago de información PAIWEB mediante cargue masivo	Hasta el 15/10/22	Hasta 31/10/2022
MSPS	Publicación de datos para validación y verificación por parte de las entidades responsables del aseguramiento	24/10/2022	30/11/2022
Entidad responsable del aseguramiento	Validación y verificación de dosis aplicadas	Del 25/10/2022 al 8/11/2022	Del 1/12/2022 al 15/12/2022
MSPS	Publicación de cruces de cuentas	23/11/2022	22/12/2022
UNGRD	Pagos a los agentes del sistema	A partir del 24/11/2022	A partir del 23/12/2022

* Debido al cierre fiscal, el 15 de diciembre de 2022 es el último día de recepción de facturas por cierre contable anual; posterior a esta fecha, se volverá a recibir documentación el 01/01/2023.

Respecto a las fechas de corte definidas, se deberá tener en cuenta lo siguiente:

- Los prestadores de servicios de salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente que al momento del primer corte de información (17 de febrero de 2021 al 31 de diciembre de 2021), no hayan finalizado el proceso de ajuste serán reportados a las Superintendencia Nacional de Salud sin perjuicio de que se mantenga su obligación de reporte.
- En los cortes establecidos, la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación — OTIC- de este Ministerio dispondrá a las entidades promotoras de salud, los administradores de regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, la información registrada y dispuesta en PAIWEB de la población a su cargo a través del SFTP del Sistema de Afiliación Transaccional — SAT.
- Las entidades promotoras de salud, los administradores de Regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, validarán y reportarán el resultado de la información sobre la población vacunada, así como la estrategia utilizada teniendo en cuenta la información dispuesta por este Ministerio.

Para efectos de la validación, solo se tendrán en cuenta como criterios: la estrategia de vacunación, conforme con las condiciones establecidas por este Ministerio en los lineamientos vigentes al momento de la aplicación de cada vacuna y el número de las dosis aplicadas. Así las cosas, las causales de no superación del proceso de verificación son:



- i. *El afiliado se encontraba fallecido en el momento de la vacunación.*
- ii. *La estrategia de vacunación no corresponde.*
- iii. *Se advierta que la dosis no fue efectivamente aplicada, luego de surtido el proceso de validación.*

Si de la información reportada acerca de la estrategia de vacunación no se puede establecer que la atención corresponda a una atención extramural urbana o a una atención extramural rural dispersa, esta tendrá que ser revisada por las entidades promotoras de salud, los administradores de regímenes los Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos con las entidades territoriales donde se aplicó la vacuna, luego de lo cual las citadas entidades responsables del aseguramiento deberán determinar con ello cuál fue la estrategia utilizada.

El Ministerio acorde con los resultados del proceso de verificación de la calidad del dato realizado por parte de las entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente, dispondrá a las entidades promotoras de salud, los administradores de Regímenes Especial y de Excepción en salud, al Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad ya los departamentos y distritos, todos los datos que hayan tenido alguna inconsistencia para su revalidación, lo cual no implica un doble pago por registro revisado.

Una vez, que las mencionadas entidades responsables del aseguramiento revisen los datos y establezcan los valores certificados para ser reconocidos por la aplicación de las vacunas, la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación — TIC-, realizará el cruce de cuentas y publicará el valor a facturar por parte de los prestadores de servicios de salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente.

5.2.7. En los casos en que el Ministerio de Salud y Protección Social identifique que se hayan pagado valores cuyo monto sea superior al que corresponde a las dosis realmente aplicadas ya sea por giro previo, facturación y legalización de giro previo, dichos valores deberán ser reintegrados por parte del prestador o debitados a este para cuyo efecto le informará a la UNGRD para que esta en el marco de los procedimientos internos realice el trámite respectivo, bajo el siguiente mecanismo:

- i. *Se debe expedir una certificación de representante legal o revisor fiscal, con los valores correspondientes al reintegro de los recursos en donde se discrimine giro previo, facturación y legalización de giro previo.*
- ii. *Para efectos de los rendimientos financieros se debe anexar certificado de la entidad bancaria, en donde relacione los rendimientos generados por los recursos transferidos. Los rendimientos se estimarán sobre el valor resultante a favor de la Unidad Nacional del Riesgo de Desastres - Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, luego de realizada la revisión pormenorizada, y estos deberán ser liquidados a la tasa establecida en la ley hasta la fecha de reintegro de dichos recursos.*



- iii. Los recursos girados por mayor valor a lo certificado por este Ministerio, más los rendimientos generados hasta la fecha efectiva de su reintegro deberán consignarse a la cuenta de ahorros No. 021040332 del Banco Da vivienda a nombre de la Fiduprevisora.

La Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres podrá adelantar todas las acciones administrativas para obtener la satisfacción de la obligación de cobro por medio del procedimiento administrativo persuasivo o coactivo contemplado para el efecto e iniciar las acciones judiciales y extrajudiciales que sean necesarias para dichos efectos.

5.2.8 Adicionalmente, se deberá tener en cuenta lo siguiente:

5.2.8.1. Los valores reconocidos por concepto del agendamiento y aplicación de vacunas están exentos de cualquier tipo de descuento, impuesto, tasa, contribución o retención.

5.2.8.2. Las entidades deben enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual garantiza 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.

5.2.8.3 Los prestadores de servicios de salud y entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos son responsables de la veracidad, oportunidad pertinencia y transparencia de la información reportada; sin perjuicio de las eventuales investigaciones a que haya lugar por el suministro de información inconsistente.

5.2.8.4. Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad, los departamentos y distritos y el Fondo Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres no podrán solicitar a los prestadores de servicios de salud y demás entidades habilitadas para prestar el servicio de vacunación o autorizadas transitoriamente, requisitos o información adicional a la contenida en esta resolución.

Parágrafo 1. El Ministerio solo dispondrá los datos de los prestadores de servicios de salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente, que hayan realizado los ajustes de la información en la plataforma PAIWEB, como consecuencia del proceso de revisión pormenorizada, soportados en metodología aplicada por el Ministerio.

Parágrafo 2. No se recibirán documentos so porte para el pago de cuentas de cobro correspondientes a giro previo y facturas si existen procesos de legalización publicados, pendientes por ejecutar. La factura electrónica de legalización y/o pago de los valores que resulten a favor de los prestadores de servicios de salud deberá cumplir con requisitos, emitidos por parte de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN)."

Artículo 5. Modificar el artículo 6 de la Resolución 166 de 2021, el cual quedará así:



"Artículo 6. Reconocimiento y pago de los costos asociados a la aplicación de la vacuna a partir del 22 de septiembre de 2022. Se realizará el pago total de los costos asociados a la aplicación de la vacuna a los prestadores de servicios de salud en función a las dosis aplicadas solo frente a las que hayan sido digitadas en PAIWEB y hayan superado el proceso de verificación y validación de las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, respecto de la población no afiliada que tengan a cargo o para la población que estando afiliada sea objeto de estrategias de vacunación definidos por esta en coordinación con dichas entidades y verificación por parte de este Ministerio.

Para las dosis de que trata el presente artículo, se aplicará el siguiente procedimiento

Agente del sistema	Acción	Corte de información
		Dosis aplicadas 22/09/2022 al 31/12/2022
IPS	Digitación de las dosis aplicadas en PAIWEB 2.0	Diario
MSPS	Publicación de datos para validación y verificación por parte de las ERAseg	Dentro de los cuatro (4) primeros días calendario de cada mes
Entidad responsable del aseguramiento	Validación y verificación de dosis aplicadas	15 días calendario posterior a la publicación del MSPS
MSPS	Publicación de dosis validadas	5 días hábiles posterior al envío de la información validada por parte de las entidades responsables del aseguramiento
UNGRD	Pagos a los agentes del sistema	*Hasta el 30/04/2023

* Debido al cierre fiscal, el 15 de diciembre de 2022 es el último día de recepción de facturas por cierre contable anual; posterior a esta fecha, se volverá a recibir documentación el 01/01/2023.

Una vez realizada la validación de las dosis aplicadas y reportadas en PAIWEB establecida en los numerales 5.2. del artículo 5 de la presente resolución y en atención a los valores establecidos en el artículo 3 del mismo, las entidades promotoras de salud, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción en Salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, realizarán la liquidación nominal y por prestador, según el código definido por el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, de los valores certificados, sobre los cuales se deberá realizar la facturación. Se entenderá que la información está certificada con la remisión de esta a través de la plataforma PISIS.

Dentro del plazo establecido en el numeral 5.2.1 del presente acto administrativo y una vez verificada y validada la aplicación de las vacunas, las entidades promotoras de salud, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, dispondrán la información validada en la Plataforma PISIS, mediante el documento publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social - Documentos Técnicos MIVACUNA.

Con la información de liquidación de los valores a facturar, verificadas y validadas por parte de las entidades promotoras de salud, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, este Ministerio realizará la liquidación final por periodo de información, la cual tendrá en cuenta el valor reliquidado por parte de las



entidades responsables de aseguramiento para las dosis ya reconocidas y que fueron ajustadas en la variable estrategia por parte de las IPS y los valores reconocidos previamente por la aplicación de estas vacunas, y dispondrá dicha información a los prestadores de salud, demás entidades habilitadas para garantizar el servicio de vacunación las autorizadas transitoriamente, con el fin de que estos emitan la factura electrónica a nombre del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, por el valor validado. La misma información será dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social a la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD) - Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (FNGRD).

La factura de legalización y/o pago de los valores que resulten a favor de los prestadores de servicios de salud se realizará sobre los procesos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según la metodología que se encuentra publicada en la página de anexos técnicos Mivacuna CO VID 19 "Guía de facturación legalización giros previos"

La factura de legalización y/o pago de los valores que resulten a favor de los prestadores de servicios de salud y sus soportes deben enviarse a la UNGRD — FNGRD dentro de los noventa (90) días calendario, a través del correo electrónico legalizacionespvn@gestiondelriesgo.gov.co, o el medio que dicha Unidad disponga, acompañada de /a certificación de pago de parafiscales emitida por el representante legal o revisor fiscal, adjuntando para este último, cédula de ciudadanía, tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios. De acuerdo con la metodología que se encuentra publicada en la página de anexos técnicos Mivacuna CO VID 19 "Guía de facturación legalización giros previos.

Una vez transcurrido dicho término, la UNGRD - FNGRD generará un reporte para este Ministerio de aquellas entidades que no hayan realizado el proceso de radicación de facturas de legalización y/o pago, para el seguimiento pertinente que le permita la UNGRD realizar el desembolso.

Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la radicación de la documentación requerida en el numeral 5.2.3 y que se encuentre de manera correcta, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo realizará el giro de los valores facturados por los prestadores de salud y demás entidades habilitadas para prestar el servicio de vacunación o autorizadas transitoriamente.

La Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres registrará los giros y legalizaciones efectuados a las instituciones encargadas de prestar el servicio de vacunación, mediante el documento técnico que publique la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación — O TIC.

Las entidades promotoras de salud, los administradores de los Regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos remitirán a este Ministerio la información de los registros que no hayan superado el proceso de verificación por falta de cumplimiento de los criterios establecidos en el numeral 5.2.1. de la presente resolución y dentro del término allí señalado en el documento establecido en su numeral 5.2.2, publicado por la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación - OTIC para el efecto e informarán las causales por las cuales no superó el proceso de verificación.



Los prestadores de salud podrán realizar por una única vez, la revisión y ajuste de dicha información en un plazo de máximo un mes, la cual deberá quedar consignada en PAIWEB y se tendrá en cuenta para el siguiente proceso de verificación y pago.

Con la información de liquidación de los valores a facturar, validados por las entidades promotoras de salud, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, este Ministerio dispondrá dicha información a los prestadores de salud, demás entidades habilitadas para garantizar el servicio de vacunación y las autorizadas transitoriamente, con el fin de que estos emitan la factura electrónica a nombre del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, por el valor validado. La misma información será dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social a la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD).

La factura deberá enviarse al Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres a través del correo electrónico pagosvacunas@gestiondelriesgo.gov.co o por el medio que dicha Unidad disponga, acompañada de los siguientes documentos:

- i. Certificación de pago de parafiscales emitida por el representante legal o revisor fiscal, adjuntando para este último, cédula de ciudadanía, tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios;*
- ii. Certificado de existencia y representación legal expedido con una antelación máxima de 30 días calendario, por la autoridad competente, o resolución de creación u ordenanza;*
- iii. Registro Único Tributario (RUT);*
- iv. Registro de Información Tributaria, para entidades de Bogotá;*
- v. Certificación bancaria;*
- vi. Documento de identidad del representante legal.*
- vii. Formato en el que indique si autoriza o no la notificación electrónica de actos administrativos.*

Los requisitos establecidos en los numerales ii al vi se presentarán por una sola vez al Fondo Nacional de Gestión del Riesgo y Desastres y en caso de existir novedades en la información de estos.

La Fiduprevisora, como entidad responsable de realizar el giro de los recursos, por mandato del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres está obligada a reportar a la UNGRD, cinco (5) días hábiles posteriores a la ejecución de los pagos, las devoluciones que reportan las entidades bancarias, con el fin que la UNGRD gestione los respectivos ajustes con los prestadores de servicios de salud.

Adicionalmente, se deberá tener en cuenta lo siguiente:

- a. Los valores reconocidos por concepto del agendamiento y aplicación de vacunas están exentos de cualquier tipo de descuento, impuesto, tasa, contribución o retención.*



- b. *Las entidades deben enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual garantiza 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.*
- c. *Los prestadores de servicios de salud y entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos son responsables de la veracidad, oportunidad pertinencia y transparencia de la información reportada; sin perjuicio de las eventuales investigaciones a que haya lugar por el suministro de información inconsistente.*
- d. *Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especiales y de Excepción, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad, los departamentos y distritos y el Fondo Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres no podrán solicitar a los prestadores de servicios de salud y demás entidades habilitadas para prestar el servicio de vacunación o autorizadas transitoriamente, requisitos o información adicional a la contenida en esta resolución.*

Parágrafo 1. *El Ministerio solo dispondrá los datos de los prestadores de servicios de salud y demás entidades con servicios de vacunación habilitados o autorizados transitoriamente, que hayan realizado los ajustes de la información en la plataforma PAIWEB, como consecuencia del proceso de revisión pormenorizada, soportados en la metodología aplicada por el Ministerio.*

Parágrafo 2. *No se recibirán documentos soporte para el pago de cuentas de cobro correspondientes a facturas si existen procesos de legalización publicados, pendientes por ejecutar. La factura electrónica de legalización y/o pago de los valores que resulten a favor de los prestadores de servicios de salud deberá cumplir con los requisitos, emitidos por parte de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN)".*

Artículo 6. *Modificar el artículo 8 de la Resolución 166 de 2021, modificada por las Resoluciones 508, 651 y 1324 de 2021, el cual quedará así:*

“Artículo 8. Procedimiento para el reconocimiento y pago de los costos por verificación, apoyo y validación de las vacunas contra el COVID-19. *El reconocimiento y pago de los costos asociados a la verificación, apoyo y validación de las vacunas a las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, atenderá al procedimiento funcional para este proceso y la guía para la validación de la calidad del dato en el marco del proceso de conciliación territorial dentro del Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19, según lo establecido y publicado en la página de anexos técnicos Mivacuna CO VID 19 "Guía de facturación" y a las siguientes acciones:*

8.1 *Determinarán una muestra para realizar llamadas telefónicas o la utilización de alternativas electrónicas:*



8.1.1 *Para la validación de las vacunas aplicadas por cada prestador se obtendrá una muestra de tamaño N sobre el total de la registrada y dispuesta de PAIWEB en cada uno de los procesos, de la siguiente manera:*

*$n = 0,3 * N$, cuando el total de dosis aplicadas sea menor a 900.*

A partir de $N = 900$ aplicar la siguiente formula:

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5^2 * N}{0,05^2 * (N - 1) + 0,5^2 * 1,96^2}$$

Donde N corresponde al total de las dosis facturadas por prestador.

8.1.2 *Las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, los administradores de regímenes especial de excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, cuando establezcan mecanismos adicionales o complementarios para validar la aplicación de la vacuna deberán tener disponible la metodología y los soportes documentales de esto, para la verificación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y los organismos de control. En todo caso, esta metodología deberá ser correspondiente y suficiente con la establecida en el numeral 8.1.1 del presente artículo.*

En el caso que la entidad responsable del aseguramiento no logre contactar a los usuarios para la verificación de la aplicación de la vacuna, podrá establecer comunicación con los prestadores de servicios de salud para identificar y verificar el consentimiento informado.

8.2 *Las entidades promotoras de salud, los administradores de regímenes Especial de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, deberán remitir vía plataforma PISIS: O el resultado de la verificación y validación de la aplicación de las dosis de vacunas que resulten con registros consistentes, es decir, que cumplan con los criterios establecidos en el numeral 5.2.1 de/a presente resolución; ii) los registros inconsistentes, es decir, aquellos registros que tienen una o más causales de no superación del proceso de verificación; y iii) los registros para acreditar la realización de llamadas o la utilización de alternativas electrónicas de verificación y validación de la aplicación de las dosis de acuerdo con lo establecido en el numeral 8.1.1.*

La descripción y características del documento técnico se encuentra publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social- Anexos Técnicos MIVA CUNA. Una vez recibida la totalidad de los registros, el Ministerio de Salud y Protección Social publicará el valor a facturar de acuerdo con el número de dosis validadas y verificadas como dosis efectivamente aplicadas.

8.3. *Las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, los administradores de regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos, facturarán el valor de la gestión de verificación, apoyo y validación de las dosis aplicadas, remitiendo los registros descritos en el presente artículo. La factura deberá enviarse a la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres -Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres de la*



Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres a través del correo electrónico pagosvacunas@gestiondelriesgo.gov.co o del medio que dicha Unidad disponga, acompañada de los siguientes documentos:

- i. Certificación de pago de parafiscales que corresponda al período de la factura emitida por el representante legal o revisor fiscal, adjuntando para este último, cédula de ciudadanía, tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios;
- ii. Certificado de existencia y representación legal expedido con una antelación máxima de 30 días calendario, por la autoridad competente, o resolución de creación u ordenanza;
- iii. Registro Único Tributario (RUT);
- iv. Registro de Información Tributaria, para entidades de Bogotá;
- v. Certificación bancaria;
- vi. Documento de identidad del representante legal.
- vii. Formato en el que indique si autoriza o no la notificación electrónica de actos administrativos

Los requisitos establecidos en los numerales ü al vii se presentarán por una sola vez al Fondo Nacional de Gestión del Riesgo y Desastres y en caso de existir novedades en la información de estos.

8.5. La Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres realizará el giro del valor total de la factura, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de esta con sus soportes, a las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, los administradores de los regímenes Especial y de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos a la cuenta inscrita en los términos previstos en el artículo 4 de este acto administrativo.

La información será dispuesta por este Ministerio a la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD) - Fondo Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (FNGRD).

Parágrafo 1. La notificación electrónica de actos administrativos de carácter particular que en el marco del presente procedimiento se profieran relacionados con el pago que deba realizarse a los prestadores de servicios de salud y las entidades promotoras de salud, los administradores de regímenes Especial de Excepción en salud, el Fondo Nacional de Salud de las personas privadas de la libertad y los departamentos y distritos y aquellos que se expidan con ocasión de la interposición de los recursos de ley, se notificarán conforme a lo previsto en Ley 1437 de 2011.

Parágrafo 2. Para garantizar la seguridad y veracidad de la información reportada, las entidades 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.



Parágrafo 3. *La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, ejercerá la función de inspección, vigilancia y control en el cumplimiento de los términos y condiciones establecidos en la norma.”*

Artículo 8. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su publicación, modifica los artículos 1, 6 y 8 de la Resolución 166 de 2021, modificada por las Resoluciones 508, 651 y 1324 de 2021 y sustituye sus artículos 3, 4 y 5.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.2. CIRCULARES.



2.2.1. Circular externa 38 de 2022

PARA: Secretarías Departamentales, Distritales y Locales de Salud, Gerentes de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Públicas y Privadas -IPS, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB y otras entidades responsables del pago de los servicios de Salud.

DE: Ministra de Salud y Protección Social

ASUNTO: Lineamientos para la preparación y respuesta sectorial, frente a los posibles efectos en salud, incluyendo la COVID-19, durante la actual temporada de lluvias y fenómeno de variabilidad climática "La Niña 2022— 2023"

FECHA: 9 SEP 2022

Para el segundo semestre de 2022, las previsiones climáticas muestran que la temporada de lluvias tendrá la influencia de ondas intraestacionales y ecuatoriales así como del fenómeno de La Niña y de una activa Temporada de Huracanes 2022 (que inició el primero de junio y finaliza el 30 de noviembre) cuyo influjo ya se evidenció con el paso de la Tormenta Tropical Bonnie a su paso por el Caribe Colombiano a comienzos del mes de julio; a estas circunstancias meteorológicas se suma la presencia de COVID-19 en todo el país aún.

Al respecto, el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales — IDEAM, en su Comunicado Especial No. 93 de 15 agosto de 2022, refiere que se mantiene la probabilidad de que el fenómeno de La Niña continúe en el segundo semestre de 2022. Menciona además la predicción indica que este fenómeno de variabilidad climática tiene una probabilidad del 80 % de que se presente con intensidad entre débil y moderada, lo que ocasionaría precipitaciones superiores a lo normal entre los meses de septiembre y octubre en algunas regiones del país. Recomendamos reforzar las medidas preventivas debido a los impactos sociales, ambientales y económicos que se pueden presentar, así como tener especial atención en el monitoreo de precipitaciones extremas, vendavales, granizadas, crecientes súbitas, deslizamientos, avenidas torrenciales, avalanchas e inundaciones en el territorio nacional. En el mismo sentido, y de acuerdo con el modelo de predicción climática para las precipitaciones, durante el período agosto - octubre, se esperan volúmenes entre 20% y 60% por encima de los promedios en la mayor parte de la región Caribe y Andina y disminuciones del 30% en algunas zonas de Orinoquía y Amazonía.

Así mismo, la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo — UNGRD, a través de la Circular No. 021 del 28 de junio de 2022, brinda recomendaciones para la preparación y alistamiento ante segunda temporada de menos lluvias, dirigida gobernadores, Alcaldes, Entidades Técnicas y Operativas, Sectores, Consejos Municipales y Departamentales de Gestión del Riesgo de Desastres y demás integrantes del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres - SNGRD.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante resaltar que el incremento de las lluvias y las bajas temperaturas se asocia con posibles efectos nocivos en la salud y las consecuencias de estos fenómenos, deberán considerarse en el ajuste y preparación de los planes de contingencia del sector salud, entre los que se destacan los siguientes:



- Incremento de la Infección Respiratoria Aguda IRA (incluida la posibilidad de contagio por COVID-19).
- Incremento de enfermedades transmitidas por vectores.
- Incremento de enfermedades transmitidas por agua y alimentos (Enfermedad Diarreica Aguda -EDA, Hepatitis A, Fiebre tifoidea y Paratifoidea, y Cólera), por afectaciones de los sistemas de abastecimiento de agua para consumo.
- Riesgo para la seguridad alimentaria y nutricional.
- Aumento en la incidencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.
- En zonas de inundación, aumento de accidentes ofídicos, agresiones por animales ponzoñosos y enfermedades como la Leptospirosis y Rickettsiosis.
- Aumento en la demanda de atención en los servicios de salud asociados a traumatismos e infecciones respiratorias.
- Reducción de la disponibilidad del agua para uso hospitalario por afectaciones de redes y sistemas de acueducto.
- Afectación en la infraestructura hospitalaria por inundaciones, deslizamientos, vendavales, desbordamiento de ríos, entre otros fenómenos de origen natural.
- Dificultad para el acceso a los servicios de salud y desabastecimiento de la red hospitalaria, por afectaciones en las vías de comunicación.
- Afectación de los sistemas de alcantarillado, saneamiento y drenaje de aguas residuales.
- Posibles concentraciones de personas en alojamientos temporales que sean desplazadas de su lugar de residencia afectadas por las lluvias.
- Incremento en los problemas de salud mental asociados a las pérdidas que ocasionan estas situaciones.

Ante estas potenciales amenazas que deberán contemplarse en los planes de contingencia de cada entidad territorial, el Ministerio de Salud y Protección Social, para mitigar el impacto en la salud pública que puede generarse durante la segunda temporada de lluvias 2022 y el fenómeno de variabilidad climática "La Niña", así como el impacto que puede tener frente a la prevención en el contagio de la COVID-19, imparten las siguientes **INSTRUCCIONES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO:**

1. SOBRE LA ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL E INTRASECTORIAL DE LAS DIRECCIONES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD:

- 1.1. Coordinar las acciones en salud con los Consejos Departamentales, Distritales o Municipales para la Gestión del Riesgo de Desastres, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Circular Conjunta 040 de 2014 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social y la UNGRD. En estos espacios de gestión, se deben compartir los posibles escenarios de riesgos en salud para la temporada de lluvias y fenómeno de "La Niña", verificar las capacidades operativas de los actores del sector y demás condiciones que garanticen una respuesta oportuna.
- 1.2. Disponer espacios para la coordinación y seguimiento de las acciones en salud con las diferentes áreas de la entidad tales como Vigilancia en Salud Pública, Comité Operativo de Emergencias, Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE, Prestación de Servicios de Salud, Aseguramiento, Promoción y Prevención, fortalecimiento de las acciones de



inspección, vigilancia y control, salud ambiental, zoonosis, nutrición, vacunación y el Laboratorio de Salud Pública, entre otros.

- 1.3. Disponer de los recursos para el fortalecimiento de los Centros de Reserva del sector salud, que apoyen la atención oportuna de la población que resulte afectada por el fenómeno.
- 1.4. Considerar el enfoque diferencial y las características particulares de la población, en los procesos de preparación y respuesta, como, por ejemplo: género, pertenencia étnica, curso de vida, situación de discapacidad (física, mental, visual, auditiva, cognitiva, entre otros).

2. ACCIONES DE LAS DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, RELACIONADAS CON LA COMUNICACIÓN DEL RIESGO:

- 2.1. En coordinación con los actores del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, las IPS y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB, deberán elaborar un plan de comunicaciones que contemple los siguientes aspectos: objetivo general, alcance, responsabilidades, población objetivo, materiales, equipos, recursos y los contenidos.
- 2.2. Definir mecanismos que permitan centralizar y difundir la información, evitando la distorsión de los mensajes y la generación de alarmas innecesarias. En lo posible, los contenidos se deben enfocar a las medidas que ayuden a promocionar hábitos saludables, prevenir y controlar los riesgos para la salud identificados; debe hacerse en lenguaje sencillo, con orientaciones e indicaciones claras de acuerdo con el tipo de emergencia y, en lo posible, utilizar pictogramas, lengua de señas y las lenguas propias de los grupos étnicos; deben ser mensajes diferenciados de acuerdo con las necesidades del público al que se quiere llegar, niños, niñas, jóvenes, adultos, personas mayores, personas en situación de discapacidad, personas pertenecientes a diferentes grupos étnicos, entre otros.
- 2.3. Establecer mecanismos de participación comunitaria que permitan la construcción de mensajes de acuerdo con las características sociales, ambientales, culturales, económicas y necesidades de cada zona, contando con el apoyo de los líderes y organizaciones comunitarias.
- 2.4. Promover la capacitación de los comunicadores sociales y periodistas para que contribuyan con información adecuada y pertinente, en articulación con los Consejos Departamentales, Distritales y Municipales de Gestión de Riesgo de Desastres.
- 2.5. Divulgar los protocolos de bioseguridad expedidos por el Ministerio de Salud y Protección para evitar el contagio por COVID-19 y desarrollar las estrategias de prevención allí previstas, en los diferentes escenarios y ámbitos.

3. SOBRE LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA:

- 3.1. *Acciones de las Direcciones Territoriales de Salud, para la gestión de entornos saludables:*



- 3.1.1. Fortalecer y mantener las actividades de la Estrategia de Entornos Saludables específicamente en viviendas, establecimientos educativos y entornos comunitarios saludables.
- 3.1.2. Continuar con las acciones en el marco de la Estrategia de Gestión Integrada de enfermedades transmitidas por vectores para atender posibles brotes de enfermedades de transmisión vectorial como el Dengue, Chikunguña, Zika y Malaria.
- 3.1.3. Mantener y optimizar los procesos para la gestión de insumos críticos, maquinaria y equipos de uso en salud pública para la prevención y control de vectores.
- 3.1.4. Promover con la comunidad y las organizaciones sociales la información relacionada con la tenencia segura de mascotas y demás animales domésticos.
- 3.1.5. Levantar un diagnóstico sanitario en áreas de riesgo con presencia de vectores a través de la identificación, cuantificación y jerarquización de roedores plaga (ratas y ratones) y artrópodos con potencial riesgo sanitario (cucarachas, pulgas, piojos, garrapatas, entre otros). La intervención se debe orientar hacia un control integral fundamentado en el buen manejo y eliminación de residuos sólidos y líquidos, educación sanitaria, fortalecimiento de hábitos higiénicos y de aseo, propendiendo por la participación activa de la comunidad.
- 3.1.6. Coordinar con las autoridades competentes del sector agropecuario, ambiental, de sanidad animal, autoridades municipales y las empresas de servicios públicos domiciliarios, las estrategias para la disposición adecuada de cadáveres de animales.
- 3.1.7. Promover educación comunitaria utilizando estrategias de Información, educación y comunicación — IEC en temas relacionados con el manejo de la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda, enfermedades transmitidas por vectores y enfermedades transmitidas por alimentos, con el propósito de considerar los factores de riesgo para complicaciones e identificación de signos de alarma. Así mismo, promover el lavado de manos para evitar la transmisión de enfermedades, entre ellos y principalmente la COVID-19.
- 3.1.8. Disponer de la información consignada en el Boletín de Clima y Salud respecto a la predicción climática mensual y recomendaciones en salud que se encuentra dispuesta en los siguientes enlaces:

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=,BOLETIN,7020CLIMA7020Y%20SALUD,%202022&scope=Todos>
- <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Factores-de-Riesgo-Ambiental.aspx>
- <http://www.ideam.gov.co/web/tiempo-y-clima/boletin-clima-y-salud>



- 3.1.9. Los departamentos y distritos deben verificar la disponibilidad de biológicos antirrábicos, humanos y animales, para realizar las actividades de prevención y control de forma adecuada; se debe mantener en todo momento la red de frío con el fin de asegurar la preservación de los biológicos.
 - 3.1.10. Los departamentos y distritos deben verificar la disponibilidad de los sueros antiofídicos, para viperinos y corales, en las IPS de la red de prestación de servicios de salud.
 - 3.1.11. Ante cualquier situación de emergencia para el abordaje inicial de los pacientes se deberá consultar la Línea de Información y Asesoría Toxicológica funcionamiento 24/7- teléfonos (1) 2886012 — 018000 916012 o enviar un mensaje al correo lineatoxicologicaaminsalud.gov.co. En caso de emergencia, es importante recordar que, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 386 de 2018, las IPS deberán contar con la provisión de antivenenos para la atención de los accidentes ofídicos en todo el territorio nacional; sin embargo, los CRUES y la 'Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social, apoyarán aquellos casos en los cuales no exista dicha provisión, o con el equipo de zoonosis de la Dirección de Vigilancia del INS, al correo transmisibleslinslov.co
- 3.2. *Acciones de las direcciones territoriales de salud relacionadas con agua para consumo humano:*
- 3.2.1. Acompañar los procesos de actualización y adopción de los respectivos planes de contingencia, formulados por los actores del Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres y los prestadores de servicio de agua para consumo humano, con el propósito de garantizar el suministro de agua en condiciones de calidad y continuidad, durante la temporada de lluvias y posible fenómeno de "La Niña".
 - 3.2.2. Apoyar a la administración municipal o distrital y demás instancias del SNGRD en la identificación de las posibles fuentes de abastecimiento de agua apta para consumo humano con que cuenta la zona, garantizando el monitoreo de las condiciones físico — químicas y microbiológicas, para lo cual debe disponer del talento humano y los insumos necesarios.
 - 3.2.3. En caso de no contar con el suministro permanente de agua proveniente de la planta de tratamiento, las administraciones municipales o distritales deben garantizar el suministro de agua apta para consumo humano a través de puntos móviles como carro-tanques o recipientes para el almacenamiento de agua, teniendo en cuenta las cantidades mínimas que permitan a las personas satisfacer sus necesidades básicas. En cualquier caso, la Dirección Territorial de Salud debe garantizar el monitoreo de las condiciones físico - químicas y microbiológicas del agua para consumo humano.
 - 3.2.4. Analizar y socializar con las respectivas alcaldías y gobernaciones, los resultados de los índices de Riesgo de Calidad del Agua — IRCA, según lo reportado en el Sistema de Vigilancia de la Calidad de Agua para Consumo -



SIVICAP, para que se asuman las medidas preventivas o correctivas intersectoriales necesarias.

- 3.2.5. Fortalecer los mecanismos de reporte al Sistema de Vigilancia de la Calidad de Agua Potable — SIVICAP, en especial los obtenidos de la inspección, vigilancia y control al agua para consumo humano.

3.3. *Acciones de las Direcciones Territoriales de Salud, relacionadas con el Programa Ampliado de Inmunizaciones — PAI:*

- 3.3.1. Verificar que los funcionarios y voluntarios de organismos de socorro, se encuentren debidamente vacunados contra Hepatitis B y A, influenza y tétanos.
- 3.3.2. Verificar el estado vacunal de los grupos de riesgo (gestantes, menores de un año, adultos mayores y población con patologías de inmunosupresión) y promover jornadas de vacunación, que incluyan la adecuada vacunación de influenza.

3.4. *Acciones de las Direcciones Territoriales de Salud orientadas a la salud nutricional, alimentos y bebidas:*

- 3.4.1. Fortalecer las acciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) de alimentos y bebidas, con énfasis en aspectos como procedencia, condiciones de almacenamiento, preparación y servido.
- 3.4.2. En caso de donación de alimentos y bebidas, verificar sus condiciones sanitarias, etiquetas, rótulos, embalaje y empaque, entre otros.
- 3.4.3. Propender por la estricta aplicación de las medidas sanitarias expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para evitar el contagio por la COVID-19 en los diferentes ámbitos.
- 3.4.4. Fortalecer los procesos de Información, Educación, Comunicación y Capacitación dirigidos a la población afectada socializando las medidas de autocuidado para el consumo de alimentos y bebidas, incluyendo la aplicación de las medidas sanitarias expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para evitar el contagio por la COVID-19 en los diferentes ámbitos.
- 3.4.5. Contar con la participación de representantes de las comunidades, organizaciones sociales, líderes y/o autoridades tradicionales para el abastecimiento y distribución de los alimentos y otros suministros.
- 3.4.6. Respetar las costumbres alimentarias propias de las poblaciones y comunidades, en los procesos de ayuda humanitaria.

3.5. *Acciones las direcciones territoriales de salud, relacionadas con la vigilancia en salud pública:*

- 3.5.1. Realizar el análisis de información y actualizar los canales endémicos de los eventos de interés en salud pública, especialmente de aquellas patologías que



pueden exacerbarse con el invierno o las condiciones en que se encuentran los posibles damnificados, tales como COVID-19, Enfermedad Diarreica Aguda, Infección Respiratoria Aguda, Accidente Ofídico, Enfermedades Transmitidas por Alimentos/Agua (Hepatitis A, Fiebre Tifoidea y Paratifoidea), Enfermedades Transmitidas por Vectores (Malaria, Dengue, Leishmaniasis, Fiebre Amarilla), Leptospirosis, Varicela, entre otras, con el fin de garantizar la toma oportuna de decisiones ante un aumento inusitado de casos.

- 3.5.2. Activar la vigilancia de enfermedades que no han sido notificados en el país, tales como Encefalitis Equina Venezolana y del Oeste, Peste Bubónica y Neumónica y Cólera.
- 3.5.3. Fortalecer la notificación de los eventos de interés en salud pública, verificar el reporte diario de casos de eventos de notificación inmediata para lo cual se debe contar con el recurso humano necesario que garantice la notificación adecuada del total de los eventos.
- 3.5.4. Fortalecer la vigilancia de las enfermedades que habitualmente son endémicas, cuya ocurrencia se puede exacerbar por la temporada invernal.
- 3.5.5. Fortalecer la implementación de la vigilancia comunitaria, especialmente en sitios de alojamiento temporal que se pudieren establecer en medio de una emergencia.
- 3.5.6. Establecer flujos y canales de comunicación para que la comunidad sea una fuente de información para la detección temprana de eventos de interés en salud. Para el caso de grupos étnicos, se sugiere el apoyo de guías bilingües.
- 3.5.7. Elaborar mapas de riesgo por municipio o distrito que permita identificar y monitorear las zonas en donde se evidencia presencia constante de los eventos priorizados, tales como EDA, dengue, chikunguña, Zika, paludismo, accidente ofídico, circulación del virus de la rabia en cualquier especie animal y los factores de riesgo relacionados como son disponibilidad de agua para consumo humano en términos de acceso y continuidad, calidad del agua para consumo humano, disposición de excretas, Índices aélicos y nivel de pobreza y priorizar las zonas de mayor riesgo.
- 3.5.8. Fortalecer los procesos de análisis y difusión de la información producida a través de la vigilancia rutinaria y de otras fuentes de información, con el fin de identificar de manera temprana posibles situaciones de riesgo para la población, mediante el uso de herramientas como los canales endémicos, comparación de tasas de incidencia, índice epidémico, demanda de servicios, entre otros.
- 3.5.9. Fomentar la adherencia a protocolos de vigilancia en salud pública de los eventos relacionados con los efectos de la temporada lluviosa y posible fenómeno de "La Niña" y el cumplimiento de los lineamientos de tipo individual y colectivo establecidos para cada evento priorizado, de acuerdo con las competencias, instrumentos, flujos de información y periodicidad establecidos.



- 3.5.10. Informar al Centro Nacional de Enlace del Ministerio de Salud y Protección Social y al Grupo de Gestión de Riesgo, Respuesta Inmediata y comunicación del riesgo del INS, los eventos de interés en salud pública que tengan comportamiento inusual y las acciones de control inicialmente implementadas a través de los siguientes correos: cneaminsalud.gov.co erilins.gov.co y teléfonos: 3213946552; 3014587613.
- 3.5.11. Realizar los estudios de brote e investigaciones epidemiológicas de campo, para las enfermedades transmitidas por vectores, cuando se requiera y conforme lo establecen los lineamientos nacionales de vigilancia en Salud Pública articulándose con los ERI locales.
- 3.5.12. Llevar a cabo el alistamiento y activación de los Equipos de Respuesta Inmediata para cumplir con las acciones de verificación, notificación, control, evaluación y seguimiento de eventos de interés en salud pública que requieran de intervención.
- 3.5.13. Fortalecer los laboratorios de salud pública en lo relacionado con los recursos necesarios para optimizar el proceso de vigilancia y confirmación diagnóstica de aquellos eventos de importancia en salud pública.
- 3.5.14. Garantizar la toma de muestras y el diagnóstico de los eventos de interés de salud pública y remitir al Laboratorio Departamental de Salud Pública las muestras a las que haya lugar para la vigilancia epidemiológica, de acuerdo con los protocolos de vigilancia.

4. LINEAMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO:

4.1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas:

Las IPS, entre otras acciones, deberán:

- 4.1.1. Garantizar la comunicación con el CRUE de su jurisdicción y facilitar la operación del sistema de referencia y contra referencia.
- 4.1.2. Ceñirse a lo previsto en la Resolución 5596 de 2015, por la cual se definen los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "TRIAGE".
- 4.1.3. Actualizar, implementar y socializar, los planes hospitalarios de emergencia y los planes de contingencia específicos que respondan a los escenarios de riesgo de cada región, planes de evacuación y continuidad de la operación, en caso de instituciones de salud localizadas en zonas de inundación, incluyendo inventarios de insumos necesarios para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población, ante los posibles impactos de la temporada de lluvias y posible fenómeno de "La Niña".

Lo anterior, con el propósito de garantizar la atención oportuna de los riesgos descritos, a través de los servicios de consulta externa, consulta



prioritaria, atención domiciliaria, atención según enfoque de riesgo, red de apoyo, centros de atención móviles, entre otros.

- 4.1.4. Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo de las líneas vitales hospitalarias, y monitorear las capacidades de las IPS de las zonas de influencia, principalmente: agua potable, oxígeno y gases medicinales, medicamentos e insumos, energía, alimentación, transporte, la disponibilidad de camas para emergencia, la expansión hospitalaria y la disponibilidad de personal.
 - 4.1.5. Intensificar las capacitaciones dirigidas al personal sanitario, sobre los protocolos y guías de atención de las principales patologías y eventos priorizados, de acuerdo con el escenario de riesgo planteado.
 - 4.1.6. Realizar auditorías internas periódicas de adherencia a los protocolos, guías y lineamientos para la atención de las principales patologías y eventos priorizados y documentar, implementar y evaluar acciones de mejoramiento según los hallazgos.
 - 4.1.7. Fortalecer las acciones de limpieza, desinfección y recolección de residuos en las diferentes áreas hospitalarias, con el fin de evitar sitios de proliferación de roedores, plagas y otros vectores. En caso de requerirse, realizar acciones de control vectorial en la infraestructura física hospitalaria, evitando de esta forma la transmisión de la enfermedad en los pacientes atendidos (hospitalizados o ambulatorios).
 - 4.1.8. Intensificar las medidas de bioseguridad y garantizar los suministros requeridos para disminuir riesgo de transmisión de enfermedades. Así mismo, garantizar los insumos para lavado de manos, alcohol glicerinado, mascarillas quirúrgicas, guantes, entre otros.
 - 4.1.9. Proporcionar mascarilla quirúrgica estándar (tapabocas) dando las indicaciones sobre su uso.
 - 4.1.10. Aplicar de manera estricta y rigurosa los protocolos de bioseguridad expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para evitar el contagio por COVID- 19.
 - 4.1.11. Cumplir con la notificación de los casos de interés en salud pública, de acuerdo con los lineamientos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública- SIVIGILA.
- 4.2. *Entidades Administradoras de Planes de Beneficios — EAPB y otras entidades responsables de pago de los servicios de salud:*

Las EAPB, así como las demás entidades responsables del pago de servicios de salud, deberán realizar, entre otras acciones, las siguientes:



- 4.2.1. Garantizar la contratación de la red prestadora de servicios de salud, asegurando accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención para los casos de las principales patologías y eventos priorizados, de acuerdo con los protocolos de manejo definidos y garantizar el funcionamiento satisfactorio de su operación, de tal forma que cubra las necesidades de los usuarios en los diferentes niveles de atención.
- 4.2.2. Garantizar la contratación del talento humano suficiente para la oportunidad y continuidad en la atención de los casos de las principales patologías y eventos priorizados.
- 4.2.3. Promover y facilitar en su red de prestadores de servicios de salud, la implementación de estrategias para la atención oportuna de los casos considerando modalidades tales como, consulta prioritaria, atención domiciliaria, atención según enfoque de riesgo, red de apoyo, centros de atención móviles, entre otros, y la aplicación de la Resolución 5596 de 2015.
- 4.2.4. Fortalecer la capacitación en los protocolos, guías y lineamientos para la atención de los casos de las principales patologías y eventos priorizados entre los profesionales, técnicos y auxiliares de los prestadores de servicios de salud de su red contratada, así como en las acciones de prevención, manejo y control.
- 4.2.5. Realizar auditorías periódicas de adherencia a los protocolos y guías para la atención de los casos de las principales patologías y eventos priorizados en los prestadores de su red contratada y fomentar la adopción de acciones de mejoramiento en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de acuerdo a los hallazgos.
- 4.2.6. Desarrollar acciones de coordinación y articulación con las Direcciones Territoriales de Salud para la ejecución de estrategias de promoción de la salud y prevención de los riesgos que afectan la salud de la población afiliada.
- 4.2.7. Implementar estrategias de comunicación a sus afiliados frente a los cuidados que se deben tener para el manejo de los casos de las principales patologías y eventos priorizados, su manejo inicial en casa y los signos de alarma para consultar e incluir las estrategias y protocolos para evitar el contagio por la COVID-19 dentro de la comunicación que realicen.
- 4.2.8. Realizar seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento formuladas por los prestadores de servicios de salud contratados para prevenir y mitigar los eventos adversos presentados relacionados con la atención de los casos.
- 4.2.9. Verificar que los prestadores de servicios de salud de su red cuenten con reservas suficientes de medicamentos e insumos para el tratamiento de los casos que lo requieran.
- 4.2.10. Garantizar que la red de prestadores de servicios de salud cumpla con la notificación de los casos de interés en salud pública de acuerdo con los



lineamientos nacionales establecidos en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública — SIVIGILA.

- 4.2.11. Asegurar la oportunidad de la referencia y contra referencia de los pacientes de acuerdo con lo definido en las guías de atención y los protocolos de manejo, eliminando todas las barreras de acceso.

5. ACCIONES PARA LA GESTIÓN DE ALOJAMIENTOS TEMPORALES:

Los encargados de alojamientos temporales de protección para las personas afectadas por las lluvias deberán:

- 5.1. Aplicar los lineamientos en salud para la gestión de alojamientos temporales, establecidos en la Circular Conjunta No. 040 de 2015.
- 5.2. Aplicar de manera estricta y rigurosa los protocolos de bioseguridad expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para evitar el contagio por la COVID-19 para las diferentes actividades que se deban realizar en los mismos.
- 5.3. Ante sospecha de casos de COVID-19 en el alojamiento temporal, se debe disponer de un área de aislamiento para atención y manejo y se deberá notificar de los casos sospechosos a la Dirección Territorial de Salud para que se lleven a cabo los procesos de vigilancia epidemiológica de este evento de interés en salud pública.

Con el fin de garantizar la ejecución de todas las actividades establecidas en la presente circular, se requiere disponer de talento humano idóneo y suficiente, en forma continua a nivel municipal, distrital, departamental y nacional para hacer frente a los posibles efectos negativos en la salud de la población, que pueden generarse durante la segunda temporada de lluvias 2022 y el fenómeno de variabilidad climática "La Niña 2022 - 2023".

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.2.2. Circular externa 39 de 2022

PARA: GOBERNACIONES, ALCALDÍAS, SECRETARÍAS DE SALUD DEL ORDEN DEPARTAMENTAL, DISTRITAL Y MUNICIPAL O LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES Y SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

DE: MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: DESTINACIÓN Y USO DE LOS RECURSOS DE LA PARTICIPACIÓN PARA SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES — SGP.

FECHA: 9 SEP 2022

Este Ministerio, como ente rector del sector salud conforme con lo establecido en el artículo 4 de la Ley 1438 de 2011, y en el marco de las funciones determinadas en el Decreto – Ley 4107 de 2011 como fijador de política pública en materia de salud y salud pública, recuerda a los destinatarios de la presente circular que los recursos de "La Participación Para Salud"- Sistema General de Participaciones - SGP deben ser utilizados para los fines previstos en el artículo 47 de la Ley 715 de 2001 modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, y NO corresponde a recursos adicionales que puedan tener libre destinación, conforme con las siguientes consideraciones:

1. La Ley 715 de 2001 reglamentó el uso de los recursos del Sistema General de Participaciones - SGP, los cuales, corresponden a los recursos que la Nación debe transferir a departamentos, distritos o municipios para el cumplimiento de las responsabilidades que asumieron en el proceso de descentralización, tal como se previó en los artículos 356 y 357 de la Constitución Política, es decir, que tienen destinación específica para financiar la prestación de los servicios a su cargo, priorizando los componentes de salud, educación, agua potable y saneamiento básico.
2. Con la expedición de la Ley 1955 de 2019, se modificaron las competencias de las entidades territoriales establecidas en la citada Ley 715 de 2001, determinando al tenor de los artículos 231 y 233 que, de una parte, a partir del año 2020 corresponde a la Nación la financiación de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC del Régimen Subsidiado, y, de otra, la redistribución de los recursos de la Participación para Salud del Sistema General de Participaciones — SGP, así:
 - a. El 87% para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado,
 - b. El 10% para el componente de salud pública
 - c. El 3% para el subsidio a la oferta.
3. Los recursos de la "Participación para Salud" del Sistema General de Participaciones SGP son incorporados en cada vigencia en el Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud Si Protección Social, como Transferencias Corrientes, los cuales financian dos componentes: régimen Subsidiado, y, Salud Pública y Subsidio a la Oferta.
4. La distribución de estos recursos se hace con base en los documentos de distribución que expide el Departamento Nacional de Planeación —DNP-correspondiente a la última



doceava y las once doceavas para el componente de Régimen Subsidiado y los Subcomponentes de Salud Pública y Subsidio a la Oferta.

En virtud de lo anterior, este Ministerio ha expedido las siguientes resoluciones de asignación de recursos, para las vigencias 2021 y 2022, de conformidad con los Documentos de Distribución 52 de 2020, 54 y 55 de 2021, 62, 64 y 65 de 2022 expedidos por el Departamento Nacional de Planeación conforme con las competencias establecidas en el artículo 85 de Ley 715 de 2001.

RECURSOS PARTICIPACIÓN SALUD SGP — VIGENCIA 2021

Cifras en Miles de Pesos \$

Componente y/o Subcomponentes	Documento de distribución DNP	Resolución MSPS	Valor	Concepto
Régimen Subsidiado	DD No.52 de 2020	013 de 2021	809.737.309	Ultima doceava 2020
	DD No.54 de 2021	147 de 2021	8.916.665.970	Once doceavas 2021
Salud Pública	DD No.52 de 2020	013 de 2021	93.073.254	Ultima doceava 2020
	DD No.55 de 2021	260 de 2021	1.024.904.135	Once doceavas 2021
Subsidio a la Oferta	DD No.52 de 2020	013 de 2021	27.921.976	Ultima doceava 2020
	DD No.55 de 2021	260 de 2021	307.471.240	Once doceavas 2021
TOTAL	DD No.52 de 2020	013 de 2021	930.732.539	Ultima doceava 2020
	DD No.54 de 2021	147 de 2021	10.249.041.345	Once doceavas 2021
	DD No.55 de 2021	260 de 2021		
TOTAL APROPIACIÓN VIG 2021			11.179.773.884	

RECURSOS PARTICIPACIÓN SALUD SGP — VIGENCIA 2022

Cifras en Miles de Pesos \$

Componente o Subcomponentes	Documento de distribución DNP	Resolución MSPS	Valor	Concepto
Régimen Subsidiado	DD No.62 de 2022	126 de 2022	764.469.310	Ultima doceava 2021
	DD No.64 de 2022	256 de 2022	9.355.303.813	Once doceavas 2022
Salud Pública	DD No.62 de 2022	126 de 2022	87.870.036	Ultima doceava 2021
	DD No.65 de 2022	362 de 2022	1.075.322.277	Once doceavas 2022
Subsidio a la Oferta	DD No.62 de 2022	126 de 2022	26.361.011	Ultima doceava 2021
	DD No.65 de 2022	362 de 2022	322.596.683	Once doceavas 2022
TOTAL	DD No.62 de 2022	126 de 2022	878.700.356	Ultima doceava 2021
	DD No.64 de 2022	256 de 2022	10.753.222.773	Once doceavas 2022
	DD No.65 de 2022	362 de 2022		
TOTAL APROPIACIÓN VIG 2022			11.631.923.130	

Las anteriores asignaciones de recursos deben ser utilizadas para los fines previstos en el artículo 47 de la Ley 715 de 2001 modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, por lo que se reitera, que estos NO corresponden a recursos adicionales que puedan tener libre destinación por parte de los departamentos, distritos o municipios.

Conforme con lo anterior, los recursos de "Participación Para Salud" - Sistema General de Participaciones - SGP, deben ser utilizados así:



1) COMPONENTE DE RÉGIMEN SUBSIDIADO

El Régimen Subsidiado es el mecanismo del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante el cual la población más pobre y vulnerable del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado; para ello, las entidades territoriales tienen la responsabilidad de identificar y efectuar la vinculación de la población de su jurisdicción a dicho Sistema y así garantizarle el acceso efectivo al derecho fundamental de la salud, así como realizar el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo de los servicios contratados por las EPS, por parte de la población beneficiaria.

Con base en los documentos de distribución suscritos por el DNP y la asignación efectuada a través de los actos administrativos expedidos por este Ministerio, los recursos de este componente se giran a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES, de conformidad con lo establecido en el literal a) del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, con destinación específica para la financiación del aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado, los que deben presupuestarse por las entidades territoriales "Sin Situación de Fondos" y ser ejecutados de conformidad con la Liquidación Mensual de Afiliados-LMA, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 971 de 2011, compilado en el Decreto 780 de 2016.

2) COMPONENTE DE SALUD PÚBLICA Y SUBSIDIO A LA OFERTA

a) Subcomponente de Salud Pública

Estos recursos tienen por objeto la financiación de los procedimientos, intervenciones y actividades contenidas en el Plan de Salud Pública y de Intervenciones Colectivas PIC y las acciones o procesos de gestión en salud pública, en los términos de la Resolución 518 de 2015 y las normas que la modifiquen o sustituyen.

En el marco de lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, se reitera lo señalado en la Circular 044 de 2021 con respecto a los recursos no comprometidos en cada vigencia fiscal a partir del 31 de diciembre de 2020, los cuales se deben utilizar para cofinanciar los programas de interés en salud pública de que trata el numeral 13 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001 que en su tenor literal dispone *"Adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los insumos críticos para el control de vectores y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial"*

b) Subcomponente de Subsidio a la Oferta

La Ley 1955 de 2019 en sus artículos 231, 233, 234 y 235 focalizó el uso del recurso del subsidio a la oferta para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías efectuadas por instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios, lo cual hace más eficiente su uso.



En tal sentido, corresponde a las entidades territoriales seguir los lineamientos para el uso y ejecución de estos recursos, de conformidad con lo establecido en la Resolución 857 de 2020.

Este Ministerio en cumplimiento de lo dispuesto en el parágrafo 1 del artículo 2.4.2.6 del Decreto 268 de 2020, ha publicado en su página web desde la vigencia 2020, el listado con el cual se definen las Empresas Sociales del Estado —ESE- y los administradores de infraestructura pública que son monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios, con los cuales los departamentos, distritos y municipios certificados establecieron convenios para la asignación de recursos correspondientes al subsidio a la oferta, teniendo en cuenta lo definido en la citada Resolución 857 de 2020.

Finalmente, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control sobre el manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones —SGP en salud.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



2.2.3. Circular externa 41 de 2022

PARA: SECRETARIAS DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES DE SALUD O LAS ENTIDADES QUE TENGA A CARGO DICHAS COMPETENCIAS — PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

DE: MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: Vigencia y aplicación de las normas sobre habilitación de servicios de salud relacionadas con los plazos para la actualización del portafolio de servicios, la autoevaluación de las condiciones de habilitación y el plan de visitas de verificación.

FECHA: 22 SEP 2022

El Sistema Único de Habilitación establece entre otros elementos, las condiciones, los estándares y los criterios de habilitación de servicios de salud. Dichos aspectos han sido normados de manera reciente, a través de las Resoluciones 2003 de 2014 y 3100 de 2019, siendo esta última, la norma que se encuentra vigente. Dada la relevancia de estos procedimientos para la garantía de la calidad en salud y para la seguridad de los pacientes, la precitada Resolución 3100 dispuso, a través de reglas transitorias señaladas en el artículo 26, un periodo de transición para que los prestadores actualicen por única vez su portafolio de servicios y realicen la autoevaluación de las condiciones de habilitación; armonizando esto, con los plazos para el registro de los planes de visita de verificación por parte de las secretarías departamentales y distritales de salud.

El contenido del artículo 26, en relación con los plazos para los procedimientos que deben adelantar los prestadores de servicios de salud, ha sido modificado mediante las Resoluciones 2215 de 2020, 1327 de 2021, 1138 de 2022 corregida por la Resolución 1410 de 2022 y 1719 de 2022, debido a las circunstancias excepcionales que afrontaron los prestadores de servicios de salud durante la emergencia sanitaria declarada por este Ministerio hasta junio del presente año.

La anterior circunstancia ha generado la necesidad de dar claridad respecto a la aplicación de las normas de habilitación durante el-lapso comprendido entre la entrada en vigencia de la Resolución 3100 de 2019 hasta el plazo para adelantar la autoevaluación de las condiciones de habilitación en los términos definidos en el numeral 26.1 del artículo 26 de la mencionada norma, acorde con las modificaciones surtidas. Así, los plazos han sido ampliados de la siguiente forma:

Actualización por una única vez del portafolio de servicios y la autoevaluación de las condiciones de habilitación.	Registro del Plan de Visitas en el REPS	Ejecución del Plan de Visitas
hasta el 30 de abril de 2023	hasta el 30 de junio de 2023	A partir del 1 de julio de 2023 y durante el segundo semestre de 2023

De esta forma, el Ministerio de Salud y Protección Social, ente rector del Sector Salud, acorde con lo dispuesto en el Artículo 4 de la Ley 1438 de 2011, en el marco de las funciones y competencias determinadas en el Decreto Ley 4107 de 2011 y en aplicación del Decreto 1011 de 2006 compilado en el Decreto 780 de 2016, a través de la presente Circular, realiza las siguientes precisiones:



1. Los prestadores de servicios de salud durante el periodo de transición, pueden acogerse a lo dispuesto en la Resolución 2003 de 2014 o en la Resolución 3100 de 2019, según proceda.
2. Para los prestadores de servicios de salud, que durante el periodo de transición, recibieron visita de verificación, es necesario tener en consideración que el plazo para la actualización del portafolio de servicios y la autoevaluación de las condiciones de habilitación, se amplió hasta el 30 de abril de 2023, y el registro del Plan de Visitas en el REPS se amplió hasta el 30 de junio de 2023, el cual será ejecutado en el segundo semestre de 2023, a partir del 1 de julio, por lo que, dichos prestadores podrán acogerse a lo dispuesto en la Resolución 3100 de 2019 o 2003 de 2014.
3. Las secretarías departamentales y distritales de salud o las entidades que tengan a cargo dichas competencias, deben tener en cuenta lo señalado en los numerales anteriores en los plazos allí señalados.



2.2.4. Circular externa 44 de 2022

PARA: SECRETARÍAS DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES DE SALUD O LAS ENTIDADES QUE HAGAN SU VECES, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ENTIDADES ADAPTADAS, ADMINISTRADORAS DE LOS RÉGIMENES ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y DEMÁS ENTIDADES RESPONSABLES DE LAS INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LA PROMOCIÓN, MANTENIMIENTO DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y, EN GENERAL, QUIENES DESARROLLAN ACCIONES EN SALUD.

DE: MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: Instrucciones para fortalecer el acceso efectivo de las mujeres a la atención integral en salud sexual y reproductiva establecida en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno - Perinatal, atendiendo a lo dispuesto por la Corte Constitucional mediante la sentencia C-055 de 2022.

FECHA: 28 SEP 2022

El Ministerio de Salud y Protección Social ha venido avanzando en los últimos años en el cumplimiento de las obligaciones de protección, respecto y garantía del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas. Para ello, ha formulado políticas y planes, entre los que se destacan la 'Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de 2014, fundamentada en el enfoque de derechos y en el concepto ampliado de sexualidad, sumado a los enfoques de género, diferencial y de ciclo de vida.

Por su parte, mediante las Resoluciones 3202 de 2016 y 3280 de 2018, esta última modificada por la Resolución 276 de 2019, se adoptaron y definieron los lineamientos técnicos de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS: "*Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud*" y "*Ruta Integral de Atención en Salud para población materno - perinatal*", buscando garantizar la atención integral en salud a las personas gestantes, sus familias y comunidades, a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud; teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de la atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción de los usuarios y las usuarias y la optimización del uso de los recursos.

Esta ruta está centrada en las mujeres embarazadas y personas con capacidad de gestar, su gestación, su familia y comunidades, respetando opciones, cultura, contexto social y las necesidades específicas individuales, buscando apuntar a una atención más segura y de calidad de una manera eficaz, eficiente y equitativa.

Por su parte, en la Sentencia C-055 de 2022, la Corte Constitucional exhortó al Congreso de la República y al Gobierno nacional, para que "*en el menor tiempo posible, formulen e implementen una política pública integral —incluidas las medidas legislativas y administrativas*



que se requiera, según el caso—, que evite los amplios márgenes de desprotección para la dignidad y los derechos de las mujeres gestantes, descritos en esta providencia y, a su vez, proteja el bien jurídico de la vida en gestación sin afectar tales garantías [... 1, **"sin perjuicio del cumplimiento inmediato de la Sentencia"**. Esta misma providencia declaró la constitucionalidad condicionada del artículo 122 de la Ley 599 de 2000 manifestando:

"Declarar la EXEQUIBILIDAD CONDICIONADA del artículo 122 de la Ley 599 de 2000 "por medio de la cual, se expide el Código Penal", en el sentido de que la conducta de abortar allí prevista solo será punible cuando se realice después de la vigésimo cuarta (24) semana de gestación y, en todo caso, este límite temporal no será aplicable a los tres supuestos en los que la Sentencia C-355 de 2006 dispuso que no se incurre en delito de aborto, esto es, "(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto".

Así mismo, la Resolución 229 de 2020 expedida por este Ministerio, define los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes de la Persona Afiliada y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que contempla dentro de los derechos, especialmente frente a la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia, el derecho *"4.2.4.6 Al ejercicio y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de forma segura y oportuna, abarcando la prevención de riesgos y de atenciones inseguras"*.

En consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección Social en ejercicio de sus funciones legales, como órgano rector del Sector Salud y de Protección Social en el marco de las competencias que le asisten, a los elementos y principios contenidos en la Ley 1751 de 2015 y como desarrollo de las Resoluciones 3280 de 2018, modificada por la Resolución 276 de 2019, 229 de 2020 y el documento de la "Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos", imparte las siguientes INSTRUCCIONES dirigidas a los destinatarios de la presente circular, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la atención integral en salud según la política sectorial vigente:

1. Fortalecer la implementación de las intervenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades, que permitan el acceso a información sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos, atendiendo el alcance definido por la Honorable Corte Constitucional en la sentencia C-055 de 2022.
2. Mantener las intervenciones dirigidas a identificar, prevenir y actuar frente a la violencia física y sexual, garantizando el acceso a los servicios dispuestos para su atención, buscando la reducción del número de embarazos no deseados y el aborto inseguro.
3. Promover y garantizar la prestación de servicios para la atención en salud materna, planificación familiar y anticoncepción a través de herramientas como la prevención y atención de la violencia física y sexual, la asesoría en anticoncepción en un marco de derechos, incluida la anticoncepción de emergencia, la elección y suministro de todos los



métodos anticonceptivos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud a partir de los criterios médicos de elegibilidad anticonceptiva definidos por la Organización Mundial de la Salud, acceso a métodos anticonceptivos inmediatamente después del evento obstétrico, y acceso a los procedimientos para la Interrupción Voluntaria del Embarazo ((VE) en condiciones de calidad.

4. Garantizar la prestación de los servicios relacionados con la salud para la Interrupción Voluntaria del Embarazo en los términos definidos por la Corte Constitucional en la Sentencia C-055 de 2022, esto es, entendiendo que las atenciones y procedimientos para la interrupción voluntaria del embarazo no deben estar condicionados al cumplimiento de causales o requisitos en casos de embarazos de hasta 24 semanas por tratarse de una conducta no punible, y frente a embarazos de más de esta edad gestacional, cuando se configura alguna de las tres causales de despenalización previstas en la Sentencia C-355 de 2006 en consonancia con el desarrollo jurisprudencial recogido en la Sentencia SU 096 de 2018.

Dicha atención integral en salud no deberá imponer barreras o demoras para la prestación del servicio, de conformidad con las indicaciones técnicas contenidas en la Resolución 3280 de 2018 que adopta el Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, que incluye indicaciones para la atención en salud, así como el deber informar a las mujeres frente a los procedimientos de interrupción del embarazo y la asesoría y provisión anticonceptiva post aborto, así como las opciones que se tienen frente a la gestación.

5. Desarrollar las demás acciones de gestión de la salud pública, intervenciones colectivas e individuales para garantizar la atención en salud de la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones de no punibilidad definidas por la Honorable Corte Constitucional y teniendo en cuenta las responsabilidades de cada uno de los actores del Sistema de Salud.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



3. CONCEPTOS.



3.1. ASUNTO: Concepto facultad reglamentaria y expedición de Decreto reglamentario a la Ley 2174 de 2021- Ley Isaac.
Radicado. 202242301813402.

Respetada Señora xxxxx;

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual manifiesta lo siguiente:

(...) “En atención al Acuerdo de Negociación Sindical suscrito entre las Organizaciones Sindicales y la Secretaría Distrital de movilidad, en esta vigencia, del cual surgieron una serie de compromisos por parte de ambas partes, se tiene presente el siguiente:

45. PROTOCOLO PARA APLICACIÓN DE LA LEY 2174 DE 2021. La SDM, una vez sea reglamentada la Ley 2174 de 2021 a través del Ministerio de Salud y Protección Social y el ministerio del Trabajo, tal y cual como lo dispone en su artículo 6, aplicará lo previsto en la ley mencionada, para lo cual expedirá un protocolo o instructivo correspondiente. *(Negritas fuera del texto original)*

El anterior compromiso, y en consideración a que el artículo 6 de la Ley ibidem, afirma que la reglamentación de la misma, debe promulgarse dentro de los 6 meses después de su promulgación, surge la inquietud, ¿sobre para que mes se prevé la expedición del Decreto Reglamentario de la Ley 2174 de 2021 y/o si por el contrario este ya fue expedido?”

En primer lugar, es procedente manifestar que, la potestad reglamentaria es la facultad constitucional atribuida de manera permanente a algunas autoridades para expedir un conjunto de disposiciones jurídicas de carácter general y abstracto para la debida ejecución de la Ley, a través de las cuales se desarrollan las reglas y principios en ella fijados.

Esta facultad reglamentaria encuentra sustento constitucional en el artículo 208 de la Constitución Política el cual dispone lo siguiente:

“ARTICULO 208. Los ministros y los directores de departamentos administrativos son los jefes de la administración en su respectiva dependencia. Bajo la dirección del Presidente de la República, les corresponde formular las políticas atinentes a su despacho, dirigir la actividad administrativa y ejecutar la ley.”

Así mismo, frente a la potestad reglamentaria, la Corte Constitucional mediante Sentencia C-302 de 1999 **Magistrado ponente Dr. Carlos Gaviria Díaz, señaló:**

(...)

*“La potestad reglamentaria puede ser desarrollada por el Presidente de la República en cualquier momento, pues la Constitución no fija plazo perentorio para su ejercicio. De ahí que la Corte haya afirmado que **“La potestad reglamentaria se caracteriza por ser una atribución constitucional inalienable, intransferible, inagotable, pues no tiene plazo y puede ejercerse en cualquier tiempo y, es irrenunciable, por cuanto es un atributo indispensable para la que la Administración cumpla con su función de ejecución de la ley.”** En muchas ocasiones del contenido mismo de la ley se desprende la necesidad del reglamento, pues aparece claro que algunas materias genéricamente normadas en ella deben ser especificadas por la autoridad administrativa que ha de ejecutarla. Pero en otras el legislador en el mismo ordenamiento le recuerda al Ejecutivo este deber en relación con aspectos puntuales y precisos, lo cual no infringe la Constitución.”* (Negrilla fuera de texto).



(...)

Igualmente, el Consejo de Estado mediante Auto 024 de 2009, Consejera ponente Dra. Ruth Stella Correa Palacio, indicó sobre el tema en cuestión:

(...)

*“La potestad reglamentaria es una función administrativa atribuida por la Constitución Política al Gobierno Nacional, para la correcta y cumplida ejecución de las leyes, que, **es de carácter permanente, inalienable, intransferible e irrenunciable**. Al ser una atribución otorgada constitucionalmente al Presidente de la República, en su calidad de primera autoridad administrativa, **no necesita de norma legal expresa que la confiera, ni puede ser limitada en cuanto a la materia y el tiempo** en que pueda utilizarla, mientras continúe vigente la norma legal a reglamentar; por ello, esta facultad no es susceptible de renuncia, transferencia o delegación por el Gobierno Nacional a otro órgano del Estado. Además, el Presidente de la República no requiere autorización por parte del Legislador para el ejercicio de su facultad reglamentaria, de manera que si éste establece en la ley que el mismo reglamentará la materia, dicha indicación debe entenderse simplemente como el reconocimiento de que para su efectivo cumplimiento es necesaria la expedición de una reglamentación, bajo el concepto de colaboración armónica que sustenta la estructura y el funcionamiento del Estado”. (Negrilla fuera de texto). (...)*

Por otra parte, en la consulta se hace referencia al artículo 6 de la Ley 2174 de 2021 mediante el cual, se establece que la reglamentación de la misma, debe promulgarse dentro de los 6 meses después de su promulgación es procedente aclarar que, el límite temporal de que habla tal artículo no inhabilita al ministerio para ejercer su potestad reglamentaria en cualquier momento. Al respecto es oportuno citar lo dispuesto por la Corte Constitucional en Sentencia C-805/01 Magistrado Ponente Dr. Rodrigo Escobar Gil, así:

“...la producción de un acto administrativo que hace real el enunciado abstracto de la ley [para] encauzarla hacia la operatividad efectiva en el plano de lo real”. Tal facultad se concreta en la expedición de las normas de carácter general que sean necesarias para la cumplida ejecución de la ley. Toda facultad de regulación que tenga como contenido expedir normas para la cumplida ejecución de las leyes, pertenece, en principio, por atribución constitucional, al Presidente de la República, sin necesidad de que la ley así lo determine en cada caso. Dentro del sistema de fuentes de nuestro ordenamiento jurídico, la potestad reglamentaria tiene un lugar propio. Por virtud de ella el Presidente de la República expide normas de carácter general, subordinadas a la ley y orientadas a permitir su cumplida aplicación. Tales normas revisten, además, una forma especial, y se expiden con la firma del Presidente y el Ministro o Director de Departamento Administrativo del ramo.

(...)

*Tal potestad, como atribución constitucional del presidente de la República, **puede ejercerse por éste en cualquier tiempo, sin que sea posible que por ley se introduzca en esta materia limitación temporal alguna**. Ello no quiere decir, sin embargo, que el legislador no pueda, para lograr la efectividad de una ley, disponer que el Gobierno deba reglamentarla dentro de un tiempo determinado. Tal mandato del legislador no impide que el Presidente expida la reglamentación antes del término previsto, **ni lo inhabilita para el ejercicio de la potestad reglamentaria vencido ese plazo**. Tampoco implica que expedida una reglamentación dentro del plazo fijado por el legislador el Presidente pierda competencia para expedir nuevos reglamentos o para modificar, adicionar o derogar sus propios reglamentos.*

(...)”



En dicho sentido, resulta necesario manifestar que, esta cartera aún no ha expedido el Decreto Reglamentario de la Ley 2174 de 2021¹. Al respecto debe resaltarse que, como se manifestó en líneas atrás, la potestad reglamentaria se caracteriza por ser una atribución constitucional inalienable, intransferible, inagotable, pues no tiene plazo y puede ejercerse en cualquier tiempo.

No obstante lo anterior, se informa que, esta cartera ministerial en conjunto con el Ministerio de Trabajo, adelantará la reglamentación pertinente a la regulación y unificación de los parámetros para la protección y cuidado de la niñez en estado de vulnerabilidad especial.

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 2015².

Cordialmente,

¹ *Por medio de la cual se establecen parámetros para la protección y cuidado de la niñez en estado de vulnerabilidad especial - Ley Isaac.*

² *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*



3.2. ASUNTO: Concepto período representante de Asociación de Usuarios ante la Junta Directiva de una ESE de primer Nivel de atención en un municipio de sexta categoría.
Radicado. 202242301836412.

Hemos recibido su comunicación mediante la cual, solicita concepto frente al período del representante de una asociación de usuarios de la ESE Hospital San José de Guachetá, que es una ESE de primer nivel de atención en un municipio de sexta categoría.

I. Argumentos Jurídicos

En primer lugar, es importante resaltar que, las Empresas Sociales del Estado – ESE de acuerdo con el artículo 194³ de la Ley 100 de 1993⁴ son *“una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso”*.

Así mismo, el artículo 49⁵ de la Constitución Política, señaló lo atinente al derecho a la participación en salud, disponiendo que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con la participación de comunidad. En virtud de la participación que la Constitución confiere a la comunidad, es decir a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en su momento fue expedido el Decreto 1757 de 1994⁶, norma que en la actualidad se encuentra compilada en el Decreto 780 de 2016⁷, el cual dispone en su artículo 2.10.1.1.9⁸, que las instituciones del SGSSS, garantizarán la participación ciudadana, comunitaria y social en todos los ámbitos que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.

Ahora, frente al tema que motiva la consulta, el artículo 70 de la Ley 1438 de 2011⁹ establece la forma como se integran las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad, así:

³ ARTÍCULO 194. NATURALEZA. La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.

⁴ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

⁵ ARTICULO 49. Modificado por el Acto Legislativo No 02 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. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

⁶ “por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-ley 1298 de 1994”

⁷ “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”

⁸ Artículo 2.10.1.1.9. Garantías a la participación. Las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizarán la participación ciudadana, comunitaria y social en todos los ámbitos que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.

⁹ Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones



“ARTÍCULO 70. De la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial de primer nivel de complejidad, estará integrada de la siguiente manera:

70.1 El jefe de la administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá.

70.2 El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.

70.3 **Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud.**

70.4 Dos (2) representantes profesionales de los empleados públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto. En el evento de no existir en la ESE profesionales en el área administrativa, la Junta Directiva podrá integrarse con un servidor de dicha área con formación de técnico o tecnólogo.

PARÁGRAFO 1º. Los representantes de los usuarios y de los servidores públicos de la entidad tendrán un periodo de dos (2) años y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni podrán ser parte de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado en más de dos ocasiones. En los municipios de 6ª categoría, los representantes de los usuarios y los empleados públicos tendrán un periodo de 4 años. (...) (Negrilla fuera de texto)”

II. Frente al interrogante planteado.

“Referente al Periodo de duración del representante de la asociación de usuarios electo ante la junta directiva de la ESE , teniendo en cuenta que la norma Decreto 780 /2016; no es tan clara en lo que respecta al periodo del representante en un municipio de Sexta categoría con funcionamiento de la ESE de primer Nivel de atención, como es el caso de la ESE Hospital San José de Guachetá, agradezco la aclaración al respecto”

“Igualmente aclarar en este caso, si es posible que el actual representante de usuarios sea reelegido en dos periodos consecutivos o si tiene que ser periodos interrumpidos definitivamente”

Respecto al interrogante planteado, debe indicarse que el parágrafo 1 del artículo 70 de la Ley 1438 de 2011 establece la regla general que rige el período de los representantes de los usuarios ante la junta directiva de una Empresa Social del Estado del primer nivel de complejidad, estableciéndolo en dos (2) años. Acto seguido la norma en comento establece una restricción para la designación de ese representante, la cual consiste en que este no podrá ser reelegido para un período consecutivo y además, que no pueden ser parte de la junta directiva en más de dos ocasiones.

Para las ESE ubicadas en un municipio de sexta categoría, la norma en cita prevé una excepción al período anteriormente señalado, fijándolo en cuatro (4) años, manteniéndose para este caso, la restricción ya aludida, en el sentido de que también un representante de los usuarios ante la junta directiva de una ESE de un municipio de sexta categoría, no podrá ser reelegido para un período consecutivo, ni podrá formar parte de la junta en más de dos ocasiones.



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 2015¹⁰.

Cordialmente,

¹⁰ *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*



3.3. ASUNTO: Concepto Vigencia normatividad COVID-19.

Radicado. 202242401778012.

Respetado Señor xxxx,

Damos respuesta a la comunicación radicada ante este Ministerio mediante la cual indica

“Se ruega al Ministerio de Salud y Protección Social que expida concepto jurídico que contenga lo siguiente:

- 1. Un ítem en donde se especifique cuáles son las normas que actualmente están vigentes en el país en materia de COVID 19.*
- 2. Un ítem que indique si la Resolución 692 de 2022 se encuentra vigente o no*
- 3. Un ítem que mencione si la Resolución 1238 de 2022 es la única norma vigente en materia de COVID 19 o si existen otras más*
- 4. Un ítem que explique si las normas que regulaban el tema de la emergencia sanitaria se encuentran actualmente derogadas o no.”*

I. ANTECEDENTES

En primer lugar, es preciso aclarar que en el marco de las Leyes 100 de 1993¹¹, 715 de 2001¹², 489 de 1998¹³, en concordancia con el Decreto Ley 4107 de 2011, *“Por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones”*, este Ministerio es un organismo perteneciente a la Rama Ejecutiva del poder Público, cuyas funciones se encuentran claramente consagradas en las disposiciones referidas; actuando como ente rector en materia de salud, le corresponde la formulación y adopción de las políticas, planes generales, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, así como dictar las normas administrativas - técnicas y científicas de obligatorio cumplimiento para el mismo.

En virtud de lo anterior y con ocasión a su solicitud, es importante resaltar que, mediante la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020 el Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones conferidas por la Ley¹⁴, declaró la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptaron medidas para hacer frente al virus.

Por otro lado, bajo las facultades conferidas en el estado de excepción declarado mediante el Decreto Ley 417 de 2020¹⁵, el Gobierno nacional expidió el Decreto Legislativo 539 de 2020¹⁶, cuyo artículo 1 facultó al Ministerio de Salud y Protección Social para expedir los protocolos de bioseguridad necesarios para controlar la propagación del COVID-19:

¹¹ Ley 100 de 1993 *“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”*

¹² Ley 715 de 2001 *“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.”*

¹³ Ley 489 de 1998 *“Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.”*

¹⁴ contenidas en los artículos 69 de la Ley 1753 de 2015, el artículo y 2.8.8.1.4.3 del Decreto 780 de 2016 y en desarrollo del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011

¹⁵ Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional

¹⁶ Por el cual se adoptan medidas de bioseguridad para mitigar, evitar la propagación y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.



“Artículo 1. Protocolos de bioseguridad. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, el Ministerio de Salud y Protección Social será la entidad encargada de determinar y expedir los protocolos que sobre bioseguridad se requieran para todas las actividades económicas, sociales y sectores de la administración pública, para mitigar, controlar, evitar la propagación y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19.”

La parte considerativa del citado decreto legislativo señaló sobre la competencia para expedir dichos protocolos:

“Que la legislación vigente no asigna al Ministerio de Salud y Protección Social la competencia de expedir con carácter vinculante protocolos técnicos y científicos sobre bioseguridad distintos al sector salud.

Que es necesario evitar la duplicidad de autoridades involucradas en el desarrollo de las competencias de diseño, implementación y ejecución de planes de acción o expedición de protocolos que sobre bioseguridad se requieran para para mitigar, evitar la propagación y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19”.

En desarrollo del anterior mandato normativo, este Ministerio expidió diferentes actos administrativos que contenían los protocolos de bioseguridad aplicables a todas las actividades económicas, sociales, laborales, educativas, culturales y sectores de la administración pública durante la emergencia sanitaria, entre ellos la Resolución 692 de 2022¹⁷.

Ahora, la emergencia sanitaria inicialmente declarada mediante la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, fue prorrogada por medio de las Resoluciones 844¹⁸, 1462¹⁹, 2230²⁰ de 2020; las Resoluciones 222²¹, 738²², 1315²³, 1913 de 2021²⁴, 304²⁵ y 666 de 2022²⁶.

El artículo 1 de la Resolución 666 del 28 de abril de 2022, por la cual se prorrogó la emergencia sanitaria, estableció en su tenor literal lo siguiente:

“ARTÍCULO 1. Prorrogar hasta el 30 de junio de 2022 la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional, declarada mediante la Resolución 385 de 2020 y prorrogada por las Resoluciones 844, 1462, 2230 de 2020, 222, 738, 1315, 1913 de 2021 y 304 de 2022”.

¹⁷ Por la cual se adopta el protocolo general de bioseguridad

¹⁸ Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo coronavirus que causa la COVID-19. Se modifica la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020 modificada por las resoluciones 407 y 450 de 2020 y se dictan otras disposiciones.

¹⁹ 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

²⁰ 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

²¹ Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo coronavirus COVID-19, declarada mediante Resolución 385 de 2020 y prorrogada a su vez por las Resoluciones 844, 1462 y 2230 de 2020

²² Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo coronavirus COVID-19, declarada mediante Resolución 385 de 2020 y prorrogada por las Resoluciones 844, 1462 y 2230 de 2020 y 222 de 2021

²³ Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el coronavirus COVID-19, declarada mediante Resolución 385 de 2020, prorrogada por las Resoluciones 844, 1462, 2230 de 2020 y 222 y 738 de 2021

²⁴ Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el coronavirus COVID-19, declarada mediante Resolución 385 de 2020, prorrogada por las Resoluciones 844, 1462, 2230 de 2020 y 222, 738 y 1315 de 2021

²⁵ Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el coronavirus COVID-19, declarada mediante Resolución 385 de 2020 y prorrogada por las Resoluciones 844, 1462, 2230 de 2020 y 222, 73811315 y 1913 de 2021

²⁶ Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el coronavirus COVID-19, declarada mediante Resolución 385 de 2020, prorrogada por las Resoluciones 844, 1462, 2230 de 2020, 222, 738, 1315, 1913 de 2021 y 304 de 2022



Así las cosas, es procedente resaltar que, luego de la expedición de la Resolución 666 de 2022 no se expidió acto administrativo que prorrogara nuevamente la emergencia sanitaria. Por consiguiente, la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno nacional por causa del coronavirus COVID-19 se encontró vigente hasta el día 30 de junio de 2022 en virtud de lo dispuesto en el artículo 1 de la Resolución 666 de 2022 citado con anterioridad.

Por otro lado, en su oportunidad esta cartera adoptó medidas extraordinarias, estrictas y urgentes relacionadas con la contención del COVID-19 y su mitigación y dispuso recursos financieros, humanos y logísticos para enfrentar la pandemia. En el mismo sentido se desarrollaron estrategias eficaces de comunicación a la población en torno a las medidas de protección a adoptar y a la información con respecto al avance del virus.

Todas estas medidas se encuentran contenidas en los 295 actos administrativos que se relacionan así, 18 decretos de los cuales 5 son decretos legislativos, 255 resoluciones y 22 circulares. De estos actos, 126 fueron expedidos en el año 2020, 125 en el 2021 y 44 en el 2022.

II. FRENTE A LOS INTERROGANTES PLANTEADOS

Ahora bien, previa transcripción de las inquietudes planteadas, se procede a dar respuesta a las mismas de la siguiente manera:

“1. Un ítem en donde se especifique cuáles son las normas que actualmente están vigentes en el país en materia de COVID 19.

Frente a su solicitud, procedemos a enviar el análisis de vigencia realizado a las normas expedidas durante la emergencia sanitaria en archivo anexo con 82 folios, en el cual, podrá visualizar la vigencia de los 295 actos administrativos expedidos.

2.Un ítem que indique si la Resolución 692 de 2022 se encuentra vigente o no.

Frente a su interrogante es procedente resaltar que, como se mencionó en líneas atrás, el Gobierno nacional en uso de las facultades conferidas por la constitución durante un estado de excepción, confirió al Ministerio de Salud y Protección Social la facultad extraordinaria para expedir los protocolos de bioseguridad necesarios para controlar la propagación de la COVID-19 durante la emergencia sanitaria.

Entre los mencionados protocolos, se encuentra el protocolo general de bioseguridad para el desarrollo de las actividades económicas, sociales, culturales y en la administración pública, expedido mediante Resolución 692 del 28 de abril de 2022.

Ahora bien, la emergencia sanitaria estuvo vigente hasta el día 30 de junio de 2022 de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 1 de la Resolución 666 de 2022, considerando que no fue prorrogada nuevamente.

En dicho sentido, la mentada Resolución no se encuentra vigente toda vez que, se expidió en ejercicio de las facultades otorgadas a este ente ministerial para emitir protocolos de bioseguridad y adicionalmente, su vigencia se condicionó al término de la emergencia sanitaria

3. Un ítem que mencione si la Resolución 1238 de 2022 es la única norma vigente en materia de COVID 19 o si existen otras mas



En este punto, resulta procedente resaltar que, la Resolución 1238 de 2022 “*Por medio de la cual se dictan medidas de prevención, promoción y conservación de la salud con ocasión de infecciones respiratorias, incluidas las originadas por la COVID-19*”, fue expedida luego de terminada la emergencia sanitaria declarada por la COVID-19.

Esta cartera como mecanismo para fortalecer el autocuidado, emitió a través de la Resolución 1238 de 2022, unas medidas de seguridad sanitaria que, contienen reglas de prevención, promoción y conservación de la salud para todas las infecciones respiratorias incluidas las originadas por la COVID-19 y, que deberán ser aplicadas por todos los habitantes del territorio nacional.

Ahora bien, la Resolución 1238 de 2022 no es la única norma en materia de COVID-19 que se encuentra vigente, pero, debe precisarse que la misma, fue expedida con posterioridad a la terminación de la emergencia sanitaria. En dicho sentido, como ya se mencionó, se adjunta en archivo anexo, el análisis de vigencia realizado a las normas expedidas durante la emergencia sanitaria declarada por la COVID-19 para su conocimiento.

4. Un ítem que explique si las normas que regulaban el tema de la emergencia sanitaria se encuentran actualmente derogadas o no.”

Al punto es procedente precisar que, no se expidió una norma que derogara taxativamente la normatividad expedida durante la declaratoria de la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19, pero, como ya se mencionó, la emergencia sanitaria estuvo vigente hasta el día 30 de junio de 2022 de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 1 de la Resolución 666 de 2022, considerando que no fue prorrogada nuevamente.

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 2015²⁷.

Cordialmente,

²⁷Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.



3.4. ASUNTO: Solicitud de concepto respecto al pago de incapacidades a empleadas domésticas por días.
Radicado. 202242301633942.

Respetada señora xxxxx;

En atención a su comunicación, trasladada por parte del Ministerio de Trabajo por competencia a este ministerio, y en la cual indica:

“(...) En ejercicio del Derecho de Petición, solicito de manera atenta:

Que me informe como se liquida incapacidad laboral de origen común por 3 días, de empleada doméstica por días, beneficiaria de SISBEN, sin afiliación a EPS.

- 1. La liquidación se adelanta sobre el salario diario devengado o sobre el IBC?*
- 2. Los tres días de incapacidad están a cargo del empleador, al no estar afiliada a EPS?. (...)”*

Se precisa que, se paga el auxilio de incapacidad con el fin de suplir económicamente los días en que el trabajador está incapacitado y no recibiría el pago de su sueldo por la ausencia en dichos días, tal y como lo ha expresado la Corte Constitucional en Sentencia T-333 – 13²⁸, al indicar:

“(...) 4.1. El subsidio por incapacidad laboral hace parte del esquema de prestaciones económicas que el legislador diseñó con el objeto de cubrir a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social Integral frente a las contingencias que menoscaban su salud y su capacidad económica. En concreto, el subsidio cumple el propósito de sustituir el salario cuando el trabajador debe ausentarse del lugar en el que cumple sus actividades laborales, tras sufrir una enfermedad o un accidente que le impide desempeñar temporalmente su profesión u oficio. (...)” (Negrilla fuera de texto).

Ahora bien, dada la situación planteada en su solicitud, en la cual consulta por la liquidación de una incapacidad para una empleada doméstica que trabaja por días, debe tener en cuenta que el Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015²⁹ dispone en el artículo 2.2.1.6.4.2, respecto de los trabajadores dependientes que laboran por períodos inferiores a un mes, lo siguiente:

“Artículo 2.2.1.6.4.2. Campo de aplicación. Las normas en la presente sección se aplican a los trabajadores dependientes que cumplan con las siguientes condiciones, sin perjuicio de las demás que les son de su naturaleza:

- 1. Que se encuentren vinculados laboralmente.*
- 2. Que el contrato sea a tiempo parcial, es decir, que en un mismo mes, sea contratado **por periodos inferiores a treinta (30) días**.*
- 3. Que el valor que resulte como remuneración en el mes, **sea inferior a un (1) salario mínimo mensual legal vigente**.*” (Negrilla fuera de termino)

²⁸ Disponible en <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-333-13.htm>

²⁹ “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo”



Para los trabajadores dependientes que cumplen las anteriores condiciones, la norma citada dispone respecto a las afiliaciones, que:

“Artículo 2.2.1.6.4.3. Afiliación a los sistemas de pensiones, riesgos laborales y subsidio familiar. La afiliación del trabajador a los Sistemas de Pensiones, Riesgos Laborales y Subsidio Familiar será responsabilidad del empleador y se realizará en los términos que establecen las normas generales que rigen los diferentes sistemas, a través de las Administradoras de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales y Cajas de Compensación Familiar autorizadas para operar.” (Subrayado fuera de texto)

Para la afiliación a los mencionados sistemas, el trabajador seleccionará la administradora de pensiones a la cual desea afiliarse, y corresponderá al empleador seleccionar la Administradora de Riesgos Laborales y la Caja de Compensación Familiar. Asimismo, los aportes se harán en proporción a la cantidad de días laborados en el mes tal y como se dispone en el artículo 2.2.1.6.4.6 Ibidem, que dispone:

“Artículo 2.2.1.6.4.6. Monto de las cotizaciones al sistema general de pensiones, subsidio familiar y riesgos laborales. Para el Sistema General de Pensiones y del Subsidio Familiar, se cotizará de acuerdo con lo señalado en la siguiente tabla:

Días laborados en el mes	Monto de la cotización
Entre 1 y 7 días	Una (1) cotización mínima semanal
Entre 8 y 14 días	Dos (2) cotizaciones mínimas semanales
Entre 15 y 21 días	Tres (3) cotizaciones mínimas semanales
Más de 21 días	Cuatro (4) cotizaciones mínimas semanales (equivalen a un salario mínimo mensual)

Los valores semanales citados en este artículo, se refieren al valor mínimo semanal calculado en el artículo 2.2.1.6.4.8. del presente Decreto.”

De acuerdo con todo lo anterior, es claro que para un empleado que desarrolla sus labores por menos de 21 días al mes, la norma de trabajo dispone que la afiliación debe ser realizada a los sistemas de pensiones, riesgos laborales y subsidio familiar, esto, permite que el trabajador tenga su afiliación en el régimen subsidiado de salud.

Dicho lo anterior, y hechas las aclaraciones pertinentes, se precisa que el artículo 206³⁰ de la Ley 100 de 1993³¹, establece que para los afiliados al régimen contributivo del Sistema General de

³⁰ Artículo 206.-Incapacidades. Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las empresas promotoras de salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las entidades promotoras de salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

³¹ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.



Seguridad Social en Salud –SGSSS-, es decir los cotizantes, el sistema a través de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, les reconocerá la incapacidad por enfermedad general.

Respecto de las condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, indica lo siguiente:

“ARTÍCULO 2.2.3.3.1 Condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común. Para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, deben acreditarse las siguientes condiciones al momento del inicio de la incapacidad:

1. *Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, **en calidad de cotizante**, incluidos los pensionados con ingresos adicionales.*
2. *Haber cotizado efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como **mínimo cuatro (4) semanas**, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad. El tiempo mínimo de cotización se verificará a la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que inicia la incapacidad.*
3. *Contar con el certificado de incapacidad de origen común expedido por el médico de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o validado por esta. (...).* (Negrita y subrayado fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, es claro que la incapacidad será reconocida por la Entidad Promotora de Salud -EPS cuando se cumplan las anteriores condiciones, en especial, la de pertenecer al régimen contributivo de salud en calidad de cotizante y realizar los aportes correspondientes, cumplido ello, la norma indica respecto al pago de la incapacidad en el parágrafo 1 del artículo 3.2.1.10 ibidem, que: *“En el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general y de las Entidades Promotoras de Salud a partir del tercer (3) día y de conformidad con la normatividad vigente”.*

Con todo lo anterior expuesto, y dada la condición de su empleada la cual trabaja por días y se encuentra afiliada al régimen subsidiado en salud, se resalta que no le corresponde el pago de incapacidades por parte de la Empresa Promotora de Salud – EPS, dado que este pago se realiza a los afiliados cotizantes al régimen contributivo de salud. En dado caso que se expida una incapacidad por un profesional de la EPS del régimen subsidiado, esto no prevé la obligación en el reconocimiento de prestaciones económicas.

Finalmente, se precisa que en el caso que su empleada obtenga ingresos superiores a un salario mínimo legal vigente por ingresos de uno o más empleadores, deberá afiliarse al SGSSS en el régimen contributivo de salud y realizar los respectivos aportes, y en este caso, tendría derecho al pago de prestaciones económicas, entre las cuales se encuentra el auxilio de incapacidad o la licencia correspondiente.

En los anteriores términos, damos respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este concepto tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015³² en cuanto a que *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas*

³² “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.”



en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente;



3.5. ASUNTO: Acreditación Laboratorio de Salud Pública.

Radicado: 202242301713722.

Respetada Doctora xxxx;

En atención a su solicitud en la cual formula unos interrogantes relacionados con el órgano competente para acreditar el cumplimiento de los requisitos de la Resolución 1619 de 2015³³ y la norma ISO IEC 17025:2017³⁴ me permito informarle lo siguiente:

La Resolución 1619 de 2015, estableció el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios en los ejes estratégicos de Vigilancia en Salud Pública y de Gestión de Calidad, son estándares definidos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA y el Instituto Nacional de Salud INS.

En lo que respecta a la verificación del cumplimiento de la Resolución 1619 de 2015, los artículos 11 al 14 de la misma, fijan la competencia de Inspección, Vigilancia y Control al INVIMA, el INS y las entidades territoriales.

Por otro lado, la norma ISO IEC 17025:2017 es la norma internacional para los laboratorios que llevan a cabo actividades de calibración y prueba alrededor del mundo, es decir, los certificados emitidos son válidos en varios países.

En este sentido, los artículos 2.2.1.7.7.1 al 2.2.1.7.7.8 del Decreto 1595 de 2015³⁵ regulan lo concerniente al Organismo Nacional de Acreditación de Colombia – ONAC y entre otras disposiciones establecen las siguientes:

“ARTÍCULO 2.2.1.7.7.1. Objeto de la actividad de acreditación. La actividad de acreditación tiene como objeto emitir una declaración de tercera parte relativa a un organismo de evaluación de la conformidad, en la cual se manifiesta la demostración formal de su competencia para realizar actividades específicas de la evaluación de la conformidad.

ARTÍCULO 2.2.1.7.7.2. Organismo nacional de acreditación. La actividad de acreditación será ejercida de manera exclusiva por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia - ONAC.

Las entidades públicas que ejercen la función de acreditación serán coordinadas por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia - ONAC.

ARTÍCULO 2.2.1.7.7.3. Función del organismo nacional de acreditación. El Organismo Nacional de Acreditación tiene como función principal proveer los servicios de acreditación a los organismos de evaluación de la conformidad, con sujeción a las normas nacionales e internacionales en materia de acreditación, con alcance en reglamentos técnicos, normas técnicas y otros documentos normativos.

³³ Por la cual se establece el Sistema de Gestión de la Red Nacional de Laboratorios en los ejes estratégicos de Vigilancia en Salud Pública y de Gestión de Calidad

³⁴ Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración

³⁵ Por el cual se dictan normas relativas al Subsistema Nacional de la Calidad y se modifica el capítulo 7 y la sección 1 del capítulo 8 del título 1 de la parte 2 del libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Comercio, Industria y Turismo, [Decreto 1074 de 2015](#), y se dictan otras disposiciones.



ARTÍCULO 2.2.1.7.7.4. Criterios específicos de acreditación. *Por necesidades sectoriales, los criterios generales de acreditación se pueden complementar con criterios específicos para un sector o actividad de evaluación de la conformidad, establecidos en documentos denominados "Criterios Específicos de Acreditación" - CEA aprobados por el Organismo Nacional de Acreditación.*

El Organismo Nacional de Acreditación de Colombia invitará a las partes interesadas a participar en la construcción de los CEA.

ARTÍCULO 2.2.1.7.7.5. Reconocimiento de la acreditación. *La condición de acreditado será reconocida dentro del Subsistema Nacional de la Calidad -SNCA siempre y cuando la acreditación haya sido otorgada por el Organismo Nacional de Acreditación de Colombia o por entidades públicas que legalmente ejercen esta función, o por entidades acreditadoras extranjeras reconocidas en el marco de los acuerdos de reconocimiento multilateral, de acuerdo con lo dispuesto en la sección 9 del presente capítulo.*

Entonces, el ONAC es el organismo nacional de acreditación, que representa al país en las organizaciones internacionales y regionales de acreditación.

De conformidad con el Decreto 1595 de 2015 la actividad de acreditación es ejercida de manera exclusiva por el ONAC y la condición de acreditado será reconocida dentro del Subsistema Nacional de la Calidad -SNCA siempre y cuando la acreditación haya sido otorgada por el ONAC o por entidades públicas que legalmente ejercen esa función, o por entidades acreditadoras extranjeras reconocidas en el marco de los acuerdos de reconocimiento multilateral.

Una vez señalado lo anterior, se resuelven los interrogantes formulados así:

“Ahora bien, como quiera que el LABORATORIO DE SALUD PUBLICA DE CUNDINAMARCA, pretende obtener la acreditación acorde a los requisitos de la Resolución 1619 de 2015 y a la norma ISO IEC 17025:2017, surgen algunas inquietudes, así:

- 1. ¿Para obtener esta acreditación lo hace de manera exclusiva la ONAC? ¿Porqué, cual es el fundamento?*
- 2. ¿Esta acreditación puede ser otorgada por alguna entidad pública, de ser así por cuál?”*

En lo que respecta a la Resolución 1619 de 2015, es importante señalar que bajo la misma no se obtiene una acreditación, sino que se trata de una verificación de cumplimiento de los estándares de calidad definidos por el Invima y el INS, los cuales para el caso de los laboratorios de salud pública son verificados por el INS.

Por otro lado, en lo que respecta a la norma ISO IEC 17025:2017 actualmente en Colombia, el único organismo autorizado para acreditar su cumplimiento es el ONAC con fundamento en el Decreto 1595 de 2015, actualmente dicha acreditación no es otorgada por ningún otro organismo o entidad pública.

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: Solicitud de concepto jurídico relacionado con el pago de incapacidades.

Radicado: 202242301784042

Respetada señora xxxx;

En atención a su comunicación, trasladada por el Ministerio de Trabajo a esta cartera, y en la cual indica:

“solicitamos aclaración del pago de las incapacidades, que revisando en el sistema aparece registradas pero a la fecha no se ve reflejado el pago de estas por lo tanto solicitamos aclaración y o el procedimiento para el cobro adjuntamos evidencia de que algunas ya están en tramite. Agradezco su pronta respuesta.”

Se precisa que, se paga el auxilio de incapacidad con el fin de suplir económicamente los días en que el trabajador está incapacitado y no recibiría el pago de su sueldo por la ausencia en dichos días, tal y como lo ha expresado la Corte Constitucional en Sentencia T-333 – 13³⁶, al indicar:

“(…)

4.1. El subsidio por incapacidad laboral hace parte del esquema de prestaciones económicas que el legislador diseñó con el objeto de cubrir a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social Integral frente a las contingencias que menoscaban su salud y su capacidad económica. En concreto, el subsidio cumple el propósito de sustituir el salario cuando el trabajador debe ausentarse del lugar en el que cumple sus actividades laborales, tras sufrir una enfermedad o un accidente que le impide desempeñar temporalmente su profesión u oficio. (...)” (Negrilla fuera de texto).

En este sentido el Decreto 1427 de 2022³⁷ incorporado en el Decreto 780 de 2016³⁸, estableció parámetros sobre las generalidades de las prestaciones económicas y determinó respecto de las condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, lo siguiente:

“ARTÍCULO 2.2.3.3.1 Condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común. Para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, deben acreditarse las siguientes condiciones al momento del inicio de la incapacidad:

- 2. Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante, incluidos los pensionados con ingresos adicionales.*
- 3. Haber cotizado efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como mínimo cuatro (4) semanas, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad. El tiempo mínimo de cotización se verificará a la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que inicia la incapacidad.*
- 4. Contar con el certificado de incapacidad de origen común expedido por el médico de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o validado por esta. (...).”* (Negrita y subrayado fuera de texto)

³⁶ Disponible en <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-333-13.htm>

³⁷ Por el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamentan las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

³⁸ Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social



De acuerdo con lo anterior, es claro que la incapacidad será reconocida por la Entidad Promotora de Salud -EPS una vez ésta es expedida por el profesional adscrito o perteneciente a la misma, o por uno de una entidad adaptada o cuando sea validada por la EPS, caso en cual, dicha entidad deberá reconocer la prestación económica derivada de la incapacidad por enfermedad general, en la medida en que se haya cotizado en los términos previstos en el artículo citado.

Sobre el particular, el parágrafo 1 del artículo 3.2.1.10 ibidem, dispone: *“En el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general y de las Entidades Promotoras de Salud a partir del tercer (3) día y de conformidad con la normatividad vigente”.*

Ahora bien, para el pago de prestaciones económicas el artículo 2.2.3.4.3 ibidem, establece:

“ARTÍCULO 2.2.3.4.3 Pago de prestaciones económicas. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuará por la entidad promotora de salud o entidad adaptada dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación por el aportante, o del interesado en los eventos de licencia de maternidad por extensión.

Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, la entidad promotora de salud o la entidad adaptada efectuarán el pago de las prestaciones que haya autorizado, directamente al aportante, o al interesado, según corresponda, mediante transferencia electrónica. La EPS o entidad adaptada que no cumpla con el plazo definido para el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas, deberá realizar el reconocimiento y pago de intereses moratorios al aportante, de acuerdo con lo definido en el artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002.

La entidad promotora de salud o la entidad adaptada enviará comunicación por el medio autorizado por el usuario, informando el monto reconocido y pagado de la respectiva prestación, y podrá verificar por cualquier medio que el beneficiario de la prestación económica la haya recibido.

De presentarse incumplimiento del pago de las prestaciones económicas por parte de la EPS o entidad adaptada, el aportante deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que, de acuerdo con sus competencias, esta entidad adelante las acciones a que hubiere lugar.

PARÁGRAFO. Los aportantes no podrán deducir de las cotizaciones en salud los valores correspondientes a incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad o paternidad.”
(Subrayado fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, la norma establece los términos para el pago de las prestaciones económicas, entre las cuales se encuentra la incapacidad de origen común, en este sentido, la EPS debe revisar y liquidar las solicitudes de pago de prestaciones económicas dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación, y posteriormente, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, la EPS deberá realizar el pago de dicha prestación. El retraso en el pago por parte de la EPS generará reconocimiento de intereses moratorios.

Finalmente, se debe señalar que ante una controversia por el reconocimiento y pago de una incapacidad, se deberá acudir ante la jurisdicción ordinaria, en virtud de lo dispuesto en el artículo



622³⁹ de la Ley 1564 de 2012⁴⁰ *“Por medio del cual se expide el Código General del Proceso”*, que conoce en sus especialidades laboral y de seguridad social, de las controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social y prestaciones económicas que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras.

En los anteriores términos, damos respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este concepto tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015⁴¹ en cuanto a que *“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”*, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente;

³⁹ ARTÍCULO 622. Modifíquese el numeral 4 del artículo 2o del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, el cual quedará así:

“4. Las controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, salvo los de responsabilidad médica y los relacionados con contratos”.

⁴⁰ Ley 1564 de 2012 *“Por medio del cual se expide el Código General del Proceso”*

⁴¹ *“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.”*



3.7. ASUNTO: Consulta respecto del trámite de incapacidades y la transcripción de las expedidas por médico particular.

Radicado: 202242301793402

Respetada señora xxxx;

En atención a su comunicación, trasladada por parte del Ministerio de Trabajo por competencia a este ministerio, y en la cual indica:

“(...) la consulta que quiero plantear hace referencia al tramite de incapacidades en empresas privadas. Si bien es cierto la ley 019 de 2012 señalo a quien corresponde dichos tramites en empresas de la administración publica. Sin embargo, no es claro, a quien corresponde el tramite de cobro de incapacidades en empresas privadas y la transcripción de las incapacidades cuando las ordena un medico diferente al medico tratante de la EPS a la que se encuentra afiliado. La consulta corresponde entonces a determinar si el tramite de incapacidades en empresas privadas esta a cargo del empleador como ocurre en entidades de la administración publica o si esta a cargo del trabajador.”

Se precisa que, se paga el auxilio de incapacidad con el fin de suplir económicamente los días en que el trabajador está incapacitado y no recibiría el pago de su sueldo por la ausencia en dichos días, tal y como lo ha expresado la Corte Constitucional en Sentencia T-333 – 13⁴², al indicar:

“(...) 4.1. El subsidio por incapacidad laboral hace parte del esquema de prestaciones económicas que el legislador diseñó con el objeto de cubrir a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social Integral frente a las contingencias que menoscaban su salud y su capacidad económica. En concreto, el subsidio cumple el propósito de sustituir el salario cuando el trabajador debe ausentarse del lugar en el que cumple sus actividades laborales, tras sufrir una enfermedad o un accidente que le impide desempeñar temporalmente su profesión u oficio. (...)” (Negrilla fuera de texto).

En este sentido el Decreto 1427 de 2022⁴³ incorporado en el Decreto 780 de 2016⁴⁴, estableció las condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común en el artículo 2.2.3.3.1, que indica lo siguiente:

“ARTÍCULO 2.2.3.3.1 Condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común. Para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, deben acreditarse las siguientes condiciones al momento del inicio de la incapacidad:

3. Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante, incluidos los pensionados con ingresos adicionales.
4. Haber cotizado efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como mínimo cuatro (4) semanas, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad. El tiempo mínimo de cotización se verificará a la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que inicia la incapacidad.

⁴² Disponible en <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-333-13.htm>

⁴³ Por el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamentan las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

⁴⁴ Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social



5. Contar con el certificado de incapacidad de origen común expedido por el médico de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o **validado por esta.** (...). (Negrita y subrayado fuera de texto)

En este sentido el Decreto 780 de 2016, estableció los parámetros sobre las generalidades de las prestaciones económicas y determinó en el artículo 2.2.3.1.4 la competencia y responsabilidad en la expedición de certificados de incapacidad, de la siguiente forma:

“ARTÍCULO 2.2.3.1.4 Competencia y responsabilidad en la expedición de certificados. Son competentes, para expedir el certificado de incapacidad o licencia de maternidad los médicos u odontólogos tratantes inscritos en el ReTHUS y los profesionales que estén prestando su servicio social obligatorio provisional.

La incapacidad de origen común y la licencia de maternidad, en cuanto se derivan del acto médico u odontológico, según aplique, están sujetas a las normas de la ética médica u odontológica y a las responsabilidades que se originan en el deber de consignar los hechos reales en la historia clínica, en los términos de las Leyes [23](#) de 1981, 35 de 1989 y el artículo [17](#) de la Ley 1751 de 2015.”

Teniendo en cuenta lo anterior, cualquier médico u odontólogo es competente para expedir el certificado de incapacidad siempre y cuando se encuentre inscrito en el ReTHUS o estén prestando servicio social obligatorio. La incapacidad será reconocida por la Entidad Promotora de Salud -EPS una vez ésta es expedida por el profesional adscrito o perteneciente a la misma o cuando sea validada por la EPS.

Sobre el particular, el parágrafo 1 del artículo 3.2.1.10 ibidem, dispone: “*En el Sistema General de Seguridad Social en Salud serán a cargo de los respectivos empleadores las prestaciones económicas correspondientes a los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general y de las Entidades Promotoras de Salud a partir del tercer (3) día y de conformidad con la normatividad vigente”.*

Ahora bien, las características mínimas que debe contener un certificado de incapacidad, se encuentran descritas en el artículo 2.2.3.3.2 Ibídem, así:

“ARTÍCULO 2.2.3.3.2 Certificado de incapacidad. El médico u odontólogo tratante, según sea el caso, deberá expedir el documento en el que certifique la incapacidad del afiliado, el cual debe contener como mínimo:

1. Razón social o apellidos y nombres del prestador de servicios de salud que atendió al paciente
2. NIT del prestador de servicios de salud
3. Código del prestador de servicios de salud asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)
4. Nombre de la entidad promotora de salud o entidad adaptada
5. Lugar y fecha de expedición
6. Nombre del afiliado, tipo y número de su documento de identidad.
7. Grupo de servicios:

01 Consulta externa

02 Apoyo diagnóstico clínico y complementación terapéutica

03 Internación

04 Quirúrgico

05 Atención inmediata



8. *Modalidad de la prestación del servicio:*

- 01: Intramural
- 02: Extramural unidad móvil
- 03: Extramural domiciliaria
- 04: Extramural jornada de salud
- 06: Telemedicina interactiva
- 07: Telemedicina no interactiva
- 08: Telemedicina telexperticia
- 09: Telemedicina telemonitoreo

- 9. *Código de diagnóstico principal, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE, vigente*
- 10. *Código de diagnóstico relacionado, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE vigente*
- 11. *Presunto origen de la incapacidad (común o laboral)*
- 12. *Causa que motiva la atención. Se registra de acuerdo con el presunto origen común o laboral*
- 13. *Fecha de inicio y terminación de la incapacidad;*
- 14. *Prorroga: Si o No*
- 15. *Incapacidad retroactiva:*

- 01 Urgencias o internación del paciente
- 02 Trastorno de memoria, confusión mental, desorientación en persona tiempo y lugar, otras alteraciones de la esfera psíquica, orgánica o funcional según criterio médico u odontólogo
- 03 Evento catastrófico y terrorista.

- 16. *Nombres y apellidos, tipo y número de identificación y firma del médico u odontólogo que lo expide.*

El certificado de incapacidad de origen común deberá ser expedido desde el momento de ocurrencia del evento que origina la incapacidad, salvo los casos previstos en el numeral 15 del presente artículo.

*El médico u odontólogo tratante determinará el periodo de la incapacidad y expedirá el certificado hasta por un máximo de treinta (30) días, los cuales puede prorrogar según su criterio clínico, por periodos de hasta treinta (30) días cada uno.
(...).*

Ahora bien, respecto del trámite de la incapacidad el Decreto Ley 019 de 2012⁴⁵ en su artículo 121 indica:

“ARTÍCULO 121. Trámite de reconocimiento de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad. *El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS. En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento.*

Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia.” (Subrayado fuera de texto)

⁴⁵ “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.”



En este sentido, la norma establece que el trámite para el reconocimiento de incapacidades debe ser adelantado de forma directa por el empleador ante las Entidades Promotoras de Salud – EPS y en todo caso, la responsabilidad que le asiste al empleado es informar a su empleador respecto de la existencia de la incapacidad o licencia.

En la misma línea, el artículo 2.2.3.4.3 del Decreto 780 de 2016 se refiere al pago de las prestaciones económicas, así:

“ARTÍCULO 2.2.3.4.3 Pago de prestaciones económicas. *La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuará por la entidad promotora de salud o entidad adaptada dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación por el aportante, o del interesado en los eventos de licencia de maternidad por extensión.*

*Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, la entidad promotora de salud o la entidad adaptada efectuarán el pago de las prestaciones que haya autorizado, **directamente al aportante**, o al interesado, según corresponda, mediante transferencia electrónica. La EPS o entidad adaptada que no cumpla con el plazo definido para el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas, deberá realizar el reconocimiento y pago de intereses moratorios al aportante, de acuerdo con lo definido en el artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002.”* (Subrayado fuera de texto)

Entiéndase por aportante, la definición contenida en el artículo 3.2.1.1 del Decreto 780 de 2016, que dispone:

“ARTÍCULO 3.2.1.1. Definiciones. *Para efectos de lo dispuesto en el presente Título, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:*

1. Aportante. *Es la persona o entidad que tiene la obligación directa frente a la entidad administradora de cumplir con el pago de los aportes correspondientes a uno o más de los servicios o riesgos que conforman el Sistema y para uno o más afiliados al mismo. Cuando en este Título se utilice la expresión “aportantes”, se entenderá que se hace referencia a las personas naturales o jurídicas con trabajadores dependientes, a las entidades promotoras de salud, administradoras de pensiones o riesgos laborales obligadas a realizar aportes correspondientes al Sistema, a los rentistas de capital y demás personas que tengan capacidad de contribuir al financiamiento del SGSSS, y a los trabajadores independientes que se encuentren afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral.”* (Subrayado fuera de texto)

Asimismo, la Ley 1438 de 2011⁴⁶ dispone frente a la prescripción del derecho que le asiste al empleador para solicitar el reembolso de las prestaciones económicas, lo siguiente:

“ARTÍCULO 28. Prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas. *El derecho de los empleadores de solicitar a las Entidades Promotoras de Salud el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de tres (3) años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador.”* (Subrayado fuera de texto)

La anterior norma, prevé que es el empleador quien debe realizar el trámite de reconocimiento de incapacidades de sus empleados ante la EPS, de tal forma que, una vez reportada la existencia de la incapacidad al empleador, este último realizará el trámite de reconocimiento ante la EPS y solicitará el reembolso de las prestaciones económicas pagadas a su trabajador.

⁴⁶ “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.



Finalmente, frente a la expedición de incapacidades por parte de médicos que no son adscritos a la EPS del paciente, el artículo 2.2.3.3.3 del Decreto 780 de 2016, indica:

“ARTÍCULO 2.2.3.3.3 Expedición de certificado de Incapacidad de origen común. El certificado de incapacidad por accidente o enfermedad de origen común debe ser expedido por el médico u odontólogo tratante, debidamente inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud - ReTHUS o por profesionales que se encuentren prestando su servicio social obligatorio provisional.

La incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a la red prestadora de servicios de salud de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, será validada por la entidad a la cual se encuentra afiliado el cotizante y pagada por esta, siempre y cuando sea expedida por profesional médico u odontólogo inscrito en el Registro Especial en Talento Humano de Salud - ReTHUS, incluida su especialización, si cuenta con ella, o por profesional que se encuentre prestando el servicio social obligatorio provisional, y su presentación para validación en la EPS o entidad adaptada se realice dentro de los quince (15) días siguientes a su expedición, allegando con la solicitud, la epicrisis, si se trata de internación, o el resumen de la atención, cuando corresponde a servicios de consulta externa o atención ambulatoria.

Cuando, a juicio de la entidad promotora de salud o entidad adaptada, haya duda respecto de la incapacidad expedida por el médico u odontólogo no adscrito a su red, podrá someter a evaluación médica al afiliado por un profesional par, quien podrá desvirtuarla o aceptarla, sin perjuicio de la atención en salud que este requiera.

Transcurridos ocho (8) días hábiles sin que la EPS o entidad adaptada haya validado o sometido a evaluación médica al cotizante, estará obligada a reconocer y liquidar la incapacidad dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del certificado de incapacidad expedido por el médico u odontólogo no adscrito a su red, y a pagarla dentro de los cinco (5) días siguientes, siempre y cuando el afiliado cumpla con las condiciones del artículo 2.2.3.3. 1 del presente Decreto.” (Negrita y subrayado fuera de texto)

De acuerdo con lo anterior, la EPS tiene la facultad de validar las incapacidades expedidas por médicos no adscritos a la misma, sometiendo en caso de duda a evaluación médica al afiliado antes de ocho (8) días hábiles desde la presentación de la incapacidad, si esto no ocurriera, la EPS se encuentra en la obligación de reconocer y pagar dicha incapacidad.

Ahora bien, frente a los documentos que deben presentarse junto con el certificado de incapacidad expedido por médicos no adscritos a la EPS, la norma indica que será la epicrisis: si se trata de internación, o el resumen de la atención: cuando corresponde a servicios de consulta externa o atención ambulatoria.

En los anteriores términos, damos respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este concepto tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015⁴⁷ en cuanto a que “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”, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente;

⁴⁷ “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.”



3.8. ASUNTO: Radicado 202242301838352 Trámite y pago de incapacidades.

Radicado Ministerio de Trabajo 02EE2022410600000045610 del 2022-08-08

Respetada señora xxxxxxxx:

Procedente del Ministerio del Trabajo hemos recibido su comunicación, mediante la cual manifiesta; *“A quien corresponde por ley tramitar y pagar las incapacidades de un empleado. teniendo en cuenta que la norma no es impositiva, pues dice que el emplear deberá realizar el trámite y pago y luego recobrar. al hablar de deberá significa que no es obligación imperioso del empleador hacerlo?, puede el empleador ordenarle al trabajador que el realice todo el trámite y espere el pago por parte de la EPS?. teniendo en cuenta esto que las EPS NO PAGAN a tiempo esas incapacidades a la empresa y eso genera un perjuicio. como en el caso de una ESE, en donde ella de su patrimonio paga las incapacidades al empleado y la EPS se tarda más de 6 meses en realizar el desembolso después de que el empleador le hace la reclamación, lo que perjudica notablemente el patrimonio de la entidad. a mas que los empleados teniendo en cuenta que no tienen que hacer nada y les pagan se están incapacitando constantemente.”*

Al respecto, nos permitimos señalar:

En primer lugar, es preciso indicar que en el marco de las competencias otorgadas a este Ministerio en el Decreto Ley 4107 de 2011⁴⁸, modificado en algunos apartes por los Decretos 2562 de 2012⁴⁹ y 1432 de 2016⁵⁰, esta entidad tiene como finalidad primordial el fijar la política en materia de salud y protección social, por lo cual no gozamos de competencia para determinar vía concepto el procedimiento o trámite a seguir por la Entidad Promotora de Salud-EPS, para realizar el trámite y pago de incapacidades originadas por enfermedad general.

Igualmente, nos permitimos realizar las siguientes precisiones normativas, referentes al reconocimiento de incapacidades, de la siguiente manera:

La Ley 100 de 1993⁵¹ en su artículo 206⁵², establece que el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, reconocerá las incapacidades por Enfermedad General, de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

El auxilio por incapacidad se define como el reconocimiento de la prestación de tipo económico y pago de la misma que hacen las Entidades Promotoras de Salud -EPS-, a sus afiliados cotizantes no pensionados, por todo el tiempo que estén inhabilitados física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio habitual.

⁴⁸ “Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra en el Sector Administrativo de Salud y Protección Social”

⁴⁹ “Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones”

⁵⁰ Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social”.

⁵¹ Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

⁵² Artículo 206.-Incapacidades. Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las empresas promotoras de salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las entidades promotoras de salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.



En este sentido y por regla general del –SGSSS–, la incapacidad será reconocida por la EPS una vez ésta es expedida por el profesional adscrito o perteneciente a la misma, caso en cual, dicha entidad deberá reconocer la prestación económica derivada de la incapacidad por enfermedad general, en la medida en que se haya cotizado en los términos previstos en el artículo 2.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016⁵³, el cual establece:

“Artículo 2.2.3.3.1 Condiciones para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común. Para el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común, deben acreditarse las siguientes condiciones al momento del inicio de la incapacidad:

1. Estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizante, incluidos los pensionados con ingresos adicionales.
2. Haber cotizado efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como mínimo cuatro (4) semanas, inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad. El tiempo mínimo de cotización se verificará a la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que inicia la incapacidad.
3. Contar con el certificado de incapacidad de origen común expedido por el médico de la red de la entidad promotora de salud o entidad adaptada o validado por esta.

No habrá lugar al reconocimiento de la prestación económica derivada de la incapacidad de origen común cuando esta última se origine en la atención por servicios o tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, según los criterios establecidos en la Ley 1751 de 2015, artículo 15, numerales a, b, c, d, e y f, y las normas que la modifiquen o regulen.

(...).”

Ahora, frente al trámite relacionado con el pago de la prestación económica derivada de la incapacidad, éste se debe realizar directamente ante la EPS a la cual se encuentra afiliado el paciente, conforme lo establecido por el Decreto Ley 019 de 2012 “Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública”, en cuyo artículo 121 dispone:

“ARTÍCULO 121. TRÁMITE DE RECONOCIMIENTO DE INCAPACIDADES Y LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD. El trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, **deberá ser adelantado, de manera directa, por el empleador ante las entidades promotoras de salud, EPS.** En consecuencia, en ningún caso puede ser trasladado al afiliado el trámite para la obtención de dicho reconocimiento.

Para efectos laborales, será obligación de los afiliados informar al empleador sobre la expedición de una incapacidad o licencia.” (negritas fuera de texto)

De lo anterior se concluye que, corresponde al empleador adelantar todos los trámites ante las EPS, por incapacidad de origen común, licencias de maternidad y paternidad, y sustraer al trabajador de tal obligación.

En este orden de ideas las incapacidades médicas deben ser otorgadas por el Sistema de Seguridad Social en Salud, y la única obligación del empleado es entregarla a su empleador para el realice el trámite respectivo ante la EPS, debido a que el registro de las incapacidades se realiza a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA.

En el entendido que ha quedado claro que el empleador es quien debe pagar las incapacidades

⁵³ Por medio de/cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social



al trabajador, y que luego este debe gestionar ante la EPS el pago de esas incapacidades, debiendo la EPS hacer el pago una vez las reconozca y legalice.

De igual forma, vale la pena traer en cita el procedimiento para el pago de las prestaciones económicas (recobro) como lo son: La incapacidad y licencias de maternidad o paternidad a los aportantes o empleadores, el cual se encuentra previsto en el artículo 2.2.3.4.3 del Decreto 780 de 2016, que indica:

“Artículo 2.2.3.4.3 Pago de prestaciones económicas. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuará por la entidad promotora de salud o entidad adaptada dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su presentación por el aportante, o del interesado en los eventos de licencia de maternidad por extensión.

Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, la entidad promotora de salud o la entidad adaptada efectuará el pago de las prestaciones que haya autorizado, directamente al aportante, o al interesado, según corresponda, mediante transferencia electrónica. La EPS o entidad adaptada que no cumpla con el plazo definido para el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas, deberá realizar el reconocimiento y pago de intereses moratorios al aportante, de acuerdo con lo definido en el artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002.

La entidad promotora de salud o la entidad adaptada enviará comunicación por el medio autorizado por el usuario, informando el monto reconocido y pagado de la respectiva prestación, y podrá verificar por cualquier medio que el beneficiario de la prestación económica la haya recibido.

De presentarse incumplimiento del pago de las prestaciones económicas por parte de la EPS o entidad adaptada, el aportante deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud, para que, de acuerdo con sus competencias, esta entidad adelante las acciones a que hubiere lugar.

Parágrafo. Los aportantes no podrán deducir de las cotizaciones en salud los valores correspondientes a incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad o paternidad”.

Conforme a lo expuesto y frente a lo consultado, una vez el usuario presenta la solicitud de reconocimiento de la incapacidad con sus respectivos soportes, la EPS, tiene quince (15) días hábiles para revisar estos, entrar a liquidar o autorizar dichas prestaciones económicas y una vez estas sean autorizadas tiene hasta cinco (05) días hábiles para pagarlas.

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 2015⁵⁴.

Cordialmente,

⁵⁴ 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



3.9. ASUNTO: Radicado 202242301924612.

Duración citas médicas

Respetado señor xxxxx:

Procedente del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, hemos recibido su comunicación mediante la cual, manifiesta *“de acuerdo al artículo 97 de La Resolución 5261 de 1994: ... La consulta no debe ser menor de VEINTE (20) minutos, ¿Cual debe ser la entidad encargada de vigilar, controlar y sancionar a las IPS y ESE en caso de que incumplan la resolución? ¿En caso de que la entidad encargada de vigilar controlar y sancionar a las IPS y ESE que realicen consultas menores de 20 minutos no cumpla con su función e ignore el incumplimiento de los prestadores de salud de esta resolución ¿cual es el paso a seguir ? (...).”*

Al respecto, nos permitimos señalar:

Frente a su primer interrogante *“la consulta no debe ser menor de VIENTE (20) minutos?”* es importante señalar, que la Resolución 5261 de 1994 *“Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”*, en su artículo 97, dispuso el termino de duración de la consulta por medicina general, el cual no puede ser menor de veinte minutos, presupuesto normativo que prevé lo siguiente:

*“(...) **ARTICULO 97. CONSULTA MEDICA GENERAL. Como lo establece la Ley 100 de 1993, el MEDICO GENERAL es la base y el motor de todo el engranaje de salud en el plan que se describe, conjuntamente con el personal paramédico y auxiliar, quienes serán la puerta de entrada al sistema. El contacto del paciente con la E.P.S. será más estrecho, frecuente y regular a través de su MEDICO GENERAL. Será él quien establezca las pautas para la promoción y la prevención. La consulta no debe ser menor de VEINTE (20) minutos. En este nivel de complejidad el paciente y su familia pueden acceder y colaborar más activamente en el mantenimiento, control y recuperación de su salud. (...).”***

En cuanto a su segundo interrogante, *“de cuál debe ser la entidad encargada de vigilar, controlar y sancionar a las IPS y ESE en caso de que incumplan la resolución”*, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud - INS, ejercer la inspección vigilancia y control sobre el cumplimiento de las normas constitucionales y legales que reglamentan el Sistema de Seguridad Social en Salud, así como que la prestación de servicios de salud se realice bajo los estándares de calidad de conformidad a lo previsto en el Decreto 1080 de 2021 *“Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud”*, dispone que la SNS, cumple funciones de inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, respecto de las EPS e IPS, como integrantes de dicho sistema. Puntualmente, en su artículo 4, se prevé:

*“(...) **“FUNCIONES.** La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las siguientes funciones:*

- 1. Dirigir el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- 2. Fijar las políticas de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- 3. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de salud.*



4. Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los sujetos vigilados y promover el mejoramiento integral del mismo.

6. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.

14. Vigilar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo los derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud, así como de los deberes por parte de los diferentes actores de este.

19. Ejercer la inspección, vigilancia y control del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en los sujetos vigilados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con la normativa vigente. (...)”

Ahora en cuanto a su tercer interrogante, “En caso de que la entidad encargada de vigilar controlar y sancionar a las IPS y ESE que realicen consultas menores de 20 minutos no cumpla con su función e ignore el incumplimiento de los prestadores de salud de esta resolución cual es el paso a seguir?

Según lo expresado anteriormente y en caso de que la Superintendencia Nacional de Salud no cumpla con las funciones asignadas de inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, será la Procuraduría General de la Nación, como máximo organismo del Ministerio Público, la cual tiene por función según los preceptos del artículo 277⁵⁵ de la Constitución Política de Colombia, la de velar por el correcto ejercicio de las funciones encomendadas a los servidores públicos a través de sus tres funciones misionales principales: Función preventiva, función de intervención y función disciplinaria.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28⁵⁶ 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,

^{55 55} **Artículo 277.** El Procurador General de la Nación, por sí o por medio de sus delegados y agentes, tendrá las siguientes funciones:

1. Vigilar el cumplimiento de la Constitución, las leyes, las decisiones judiciales y los actos administrativos.
2. Proteger los derechos humanos y asegurar su efectividad, con el auxilio del Defensor del Pueblo.
3. Defender los intereses de la sociedad.
4. Defender los intereses colectivos, en especial el ambiente.
5. Velar por el ejercicio diligente y eficiente de las funciones administrativas.
6. Ejercer vigilancia superior de la conducta oficial de quienes desempeñen funciones públicas, inclusive las de elección popular; ejercer preferentemente el poder disciplinario; adelantar las investigaciones correspondientes, e imponer las respectivas sanciones conforme a la ley.
7. Intervenir en los procesos y ante las autoridades judiciales o administrativas, cuando sea necesario en defensa del orden jurídico, del patrimonio público, o de los derechos y garantías fundamentales.
8. Rendir anualmente informe de su gestión al Congreso.
9. Exigir a los funcionarios públicos y a los particulares la información que considere necesaria.
10. Las demás que determine la ley.

Para el cumplimiento de sus funciones la Procuraduría tendrá atribuciones de policía judicial, y podrá interponer las acciones que considere necesarias.

⁵⁶“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.”



3.10. ASUNTO: Derecho de Petición.

Radicado. 202242301784072

Respetado señor xxxxxxx:

Hemos recibido la comunicación del asunto mediante la cual plantea una solicitud sobre el pago de unas incapacidades, cuya solicitud en concreto es la siguiente:

“La persona tuvo un accidente de tránsito y está incapacitado desde el 29 de enero de 2021, al día de hoy, 05 de julio de 2022, el señor sigue incapacitado. Teniendo en cuenta que el colaborador supero los 1810 días de incapacidad a quien le corresponde el pago de incapacidades, puesto que el SOAT no paga incapacidades y el colaborador por tener asignación de retiro de la policía cuenta es con FOSYGA.”

Es del caso indicar que, sobre su solicitud la Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este ministerio procedió a emitir concepto técnico mediante radicado 202234200308433 del 8 de septiembre de 2022:

“(…)

Para dar respuesta a la solicitud del asunto en relación con la siguiente petición “la persona tuvo un accidente de tránsito y está incapacitado desde el 29 de enero de 2021, al día de hoy, 05 de julio de 2022, el señor sigue incapacitado. Teniendo en cuenta que el colaborador supero los 1810 días de incapacidad a quien le corresponde el pago de incapacidades, puesto que el SOAT no paga incapacidades y el colaborador por tener asignación de retiro de la policía cuenta es con FOSYGA.”

*Sea lo primero señalar, las **incapacidades** previstas en el artículo 206 de la Ley 100 de 1993⁵⁷ son una prestación en la que intervienen distintos agentes del Sistema General de Seguridad Social para efectos de su reconocimiento y pago, según su origen (común o laboral por enfermedad o accidente) y prórroga de la misma.*

*Al tratarse de **enfermedades o accidentes de origen común**, entendidas como aquellas que **no provienen de accidente de trabajo o enfermedad laboral**, los responsables de realizar el reconocimiento y pago son el empleador, la EPS o la Administradora del Fondo de Pensiones (AFP) **que han recibido las respectivas cotizaciones** dependiendo del tiempo que se prolongue, así:*

RESPONSABLE	TIEMPO DE LA INCAPACIDAD	SUSTENTO NORMATIVO
Empleador	Dos (2) primeros días	Decreto 780 de 2016, artículo 3.2.1.10 (Decreto 2943 de 2013, artículo 1)
EPS	Desde tercer (3) día al ciento ochenta (180) día	Artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por Decreto 019 de 2012, artículo 142.

⁵⁷ En concordancia con el artículo 2.2.3.1.1 del Decreto 780 de 2016



Administradora de Fondo de Pensiones -AFP	Desde el día ciento ochenta y uno (181) hasta el día quinientos cuarenta (540)	Artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por Decreto 019 de 2012, artículo 142
EPS	Desde el día quinientos cuarenta y uno (541)	Ley 1753 de 2015, artículo 67

El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, al determinar la **calificación del estado de invalidez**, señala:

“ARTÍCULO 41. CALIFICACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ. <Artículo modificado por el artículo 142 del Decreto 19 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:>
(...)

Para los casos de accidente o enfermedad común en los **cuales exista concepto favorable** de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, **la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud**, evento en el cual, con cargo al seguro previsional de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, **la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.**

Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto. (...) (Negrillas y subrayas fuera del texto).

En ese sentido, la norma indica que, al contar con el **concepto favorable de rehabilitación**, la AFP puede postergar la validación de la pérdida de capacidad laboral hasta por trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros cientos ochenta (180) días a cargo de la EPS, tiempo respecto del cual la AFP debe pagar un subsidio equivalente al que venía pagando la EPS.

Sin embargo, la Corte Constitucional en la Sentencia T-401 del 2017, señaló que indistintamente de que exista o no concepto favorable de rehabilitación la obligación recae en la AFP a partir del día ciento ochenta (180), según se lee de los siguientes apartes:

“(...) Al respecto, cabe indicar que la norma legal referida no prevé expresamente la entidad que tiene a cargo los subsidios de incapacidad posteriores al día 180 cuando existe concepto desfavorable de rehabilitación. Pese a ello, la jurisprudencia constitucional ha indicado que una de las entidades del SGSS debe asumir el subsidio de incapacidad en estos casos pues la indeterminación legal no es una carga que deba ser soportada por el afiliado quien, por demás, se encuentra en situación de vulnerabilidad debido a sus condiciones de salud. Además, ello desconocería la igualdad en relación con los trabajadores afectados por enfermedades de origen laboral.

25. Por tanto, a partir de una interpretación sistemática de la disposición legal en cuestión, esta Corporación estableció en la sentencia **T-920 de 2009 que las incapacidades de los afiliados que reciban un concepto desfavorable de rehabilitación deben ser asumidas por los fondos de pensiones hasta el momento en que la persona se encuentre en condiciones de reincorporarse a la vida laboral o hasta que se determine una pérdida de la capacidad laboral**



superior al 50%. Dicha regla ha sido reiterada por la jurisprudencia constitucional en múltiples ocasiones:

26. En consecuencia, las reglas jurisprudenciales y legales para el reconocimiento y pago de las incapacidades laborales originadas en enfermedad común desde el día 1 hasta el 540 son las siguientes:

(i) Los primeros dos días de incapacidad el **empleador** deberá asumir el pago del auxilio correspondiente.

(ii) **Desde el tercer día hasta el día 180 de incapacidad, la obligación de sufragar las incapacidades se encuentra a cargo de las EPS.**

(iii) **A partir del día 180 y hasta el día 540 de incapacidad, la prestación económica corresponde, por regla general, a las AFP, sin importar si el concepto de rehabilitación emitido por la entidad promotora de salud es favorable o desfavorable (...)** (Negrillas y subrayas fuera del texto).

Así, las incapacidades que pasan al día ciento ochenta y uno (181) recaen en la AFP indistintamente de que sea favorable o desfavorable el concepto de rehabilitación emitido por parte de la EPS, de manera que al no sobrepasar dicho tiempo la obligación recae en la EPS, y al sobrepasar los quinientos cuarenta (540) días, reasumirlo la EPS por disposición del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015.

Ahora bien, con respecto a las incapacidades consecuencia de un accidente de tránsito, el artículo 2.6.1.4.2.10 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, prevé:

“ARTÍCULO 2.6.1.4.2.10. INCAPACIDADES TEMPORALES. Las incapacidades temporales que se generen como consecuencia de un accidente de tránsito, un evento catastrófico de origen natural, un evento terrorista y los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga, **serán cubiertas por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo a la que estuviere afiliada la víctima si el accidente fuere de origen común, o por la Administradora de Riesgos Laborales si este fuere calificado como accidente de trabajo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, el artículo 3.2.1.10 del presente decreto, los artículos 2 y 3 de la Ley 776 de 2002, el parágrafo 3o del artículo 5o de la Ley 1562 de 2012, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan. (Artículo 16 del Decreto 56 de 2015) (...)**” (Negrillas y subrayas fuera del texto).

Lo anterior presupone que las **incapacidades temporales** que se originan por efecto de un accidente de tránsito, están a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- y no hacen parte de las coberturas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT-, como lo ratifica el artículo 112 del Decreto 019 de 2012, modificatorio del artículo 193 del Decreto-Ley 663 de 1993, al pronunciarse sobre los aspectos específicos relativos a la póliza, y en el que en cuanto a coberturas y cuantías no incluye la incapacidad temporal de que trata el artículo 2.6.1.4.2.10. del Decreto 780 de 2016, como se muestra a continuación:

ARTÍCULO 112. ASPECTOS ESPECÍFICOS RELATIVOS A LA POLIZA. El numeral 1 del artículo 193 del Decreto-Ley 663 de 1993, quedará así.

"1. Coberturas y cuantías. La póliza incluirá las siguientes coberturas:



a. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones, de acuerdo con la cobertura que defina el Gobierno Nacional. Para la determinación de la cobertura el Gobierno Nacional deberá tener en cuenta el monto de los recursos disponibles;

b. Incapacidad permanente, entendiéndose por tal la prevista en los artículos 209 y 211 del Código Sustantivo del Trabajo, con una indemnización máxima de ciento ochenta (180) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente, a la cual se le aplicarán los porcentajes contenidos en las tablas respectivas;

c. Muerte y gastos funerarios de la víctima como consecuencia del accidente, siempre y cuando ocurra dentro del año siguiente a la fecha de éste, en cuantía equivalente a setecientos cincuenta (750) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente;

d. Gastos de transporte y movilización de las víctimas a los establecimientos hospitalarios o clínicos y las entidades de seguridad y previsión social de los subsectores oficial y privado del sector salud, en cuantía equivalente a diez (10) veces el salario mínimo legal diario vigente al momento del accidente;

PARÁGRAFO. El valor de estas coberturas se entiende fijado para cada víctima; por lo tanto, se aplicará con prescindencia del número de víctimas resultantes de un mismo accidente".

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Mientras el Gobierno Nacional determine la cobertura de que trata el literal a) del presente artículo se aplicará la cobertura de quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes a cargo de la aseguradora que emita la póliza, y trescientos (300) salarios legales diarios vigentes a cargo del FOSYGA.

No obstante lo antes señalado, considerando que ello aplica para los afiliados al SGSSS, debe tenerse en cuenta que con fundamento en lo establecido por el Decreto 1427 de 2022, mediante el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamentan las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, **tratándose de regímenes exceptuados o especiales** este precepto normativo dispone que la reglamentación de prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) también se atribuye al afiliado cotizante de uno de estos regímenes o a su cónyuge, compañero o compañera permanente, que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales está obligado a cotizar al SGSSS, para lo cual la norma remite al artículo 2.1.13.5 del decreto 780 de 2016, en el que se precisa lo siguiente:

Artículo 2.1.13.5. Regímenes exceptuados o especiales y afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Cuando la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial o su cónyuge, compañero o compañera permanente tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá efectuar la respectiva cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA o quien haga sus veces. **Los servicios de salud serán prestados, exclusivamente a través del régimen exceptuado o especial y podrá recibir las prestaciones económicas que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud en proporción al ingreso base de cotización por el que efectuó los aportes al Sistema. Para tal efecto, el aportante tramitará su pago ante el FOSYGA o quien haga sus veces.** Cuando las disposiciones legales que regulan el régimen exceptuado o especial no prevean la afiliación de cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge, compañera o compañero permanente, incluyendo las parejas del mismo sexo, obligado a cotizar deberá afiliarse en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los beneficiarios quedarán cubiertos por el régimen de excepción o especial. Si el régimen de excepción o especial no prevé la afiliación del grupo familiar o la composición del núcleo familiar según lo previsto en el presente decreto, el obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus beneficiarios se afiliarán a este último. (Negrillas y subrayas fuera del texto).



De conformidad con lo antes señalado, al tratarse de las prestaciones económicas que reconoce el SGSSS, como son las incapacidades por enfermedad general y las licencias de maternidad y paternidad, la normatividad vigente permite que una persona afiliada a un régimen de excepción o especial que tenga ingresos sobre los cuales este obligado a cotizar al SGSSS, reciba las prestaciones económicas por parte de este último sistema.

*Teniendo en cuenta que en la solicitud se hace mención, que la persona afectada “**cuenta es con FOSYGA**”, al respecto se advierte que de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 5510 de 2010, artículo 8º, proferida por este Ministerio, a través de la cual “se adopta el mecanismo único de recaudo y pago de aportes en salud al Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA **de los afiliados a los regímenes especial y de excepción, con ingresos adicionales y el procedimiento para el pago de sus prestaciones económicas**, le corresponde al administrador fiduciario de los recursos del Fosyga (hoy la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud-ADRES), el reconocimiento y pago de las incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad y paternidad, en proporción al Ingreso Base de Cotización sobre el cual realizó los respectivos aportes o cotizaciones al Fosyga por estar afiliado al régimen de la Policía Nacional y tener ingresos adicionales. A su vez, la norma en mención establece que el pago de estas prestaciones económicas, se solicitarán por parte del aportante o del trabajador independiente.*

En este sentido, le correspondería a la ADRES el reconocimiento y pago de la incapacidad temporal por enfermedad general, desde el tercer (3) día hasta el ciento ochenta (180) día y desde el día quinientos cuarenta y uno (541) en adelante. Por su parte, el responsable de realizar el reconocimiento y pago de la incapacidad temporal por enfermedad general, desde el día ciento ochenta y uno (181) hasta el día quinientos cuarenta (540) sería la Administradora de Fondo de Pensiones -AFP, siempre y cuando el afiliado cumpla con las condiciones del sistema de pensiones.”

En los anteriores términos se da respuesta a su solicitud.

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 2015⁵⁸

Cordialmente,

⁵⁸ Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.