



BOLETIN JURIDICO No. 05 MAYO 2026



BOLETIN JURIDICO N° 05 DE MAYO DE 2026

TABLA DE CONTENIDO.

1. JURISPRUDENCIA	4
1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL	5
1.1.1. Sentencia T-122/2026 – Corte Constitucional	6
2. NORMATIVA	40
2.1. RESOLUCIONES	41
2.1.1. Resolución 820 de 2026	42
2.1.2. Resolución 900 de 2026	50
2.1.3. Resolución 921 de 2026	56
2.1.4. Resolución 929 de 2026	63
2.1.5. Resolución 948 de 2026	71
2.1.6. Resolución 995 de 2026	92
2.1.7. Resolución 1020 de 2026	98
2.2. CIRCULARES	104
2.2.1. Circular Externa 16 de 2026	105
2.2.2. Circular Externa 17 de 2026	107
2.2.3. Circular Externa 18 de 2026	124
2.2.4. Circular Externa 19 de 2026	127
3. CONCEPTOS	130
3.1. ASUNTO: Concepto jurídico sobre la participación del sector productivo en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.)	131
3.2. ASUNTO: Consulta sobre la elección del representante de las alianzas o asociaciones de usuarios ante la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado – ESE del segundo nivel de atención	137
3.3. ASUNTO: Concepto jurídico sobre los Servicios de Atención a la Comunidad (SAC).	142



3.4. ASUNTO: Concepto jurídico sobre prorroga de incapacidades151



1.JURISPRUDENCIA



1.1. SENTENCIA CORTE CONSTITUCIONAL



1.1.1. Sentencia T-122/2026 – Corte Constitucional

Referencia: expediente T-11.580.684

Asunto: acción de tutela instaurada por *Joaquín*, en nombre propio, en contra de Compensar EPS y la Superintendencia Nacional de Salud.

Tema: procedimientos odontológicos y salud mental de menores de edad.

Magistrado Ponente: Lina Marcela Escobar Martínez

Bogotá, D.C., seis (06) de mayo de dos mil veintiséis (2026).

La Sala Quinta de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional, integrada por la magistrada Lina Marcela Escobar Martínez, quien la preside, y los magistrados Jorge Enrique Ibáñez Najar y Vladimir Fernández Andrade, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en el artículo 86 y en el numeral 9 del artículo 241 de la Constitución Política, dicta la presente sentencia.

Aclaración previa

De conformidad con el artículo 61 del Acuerdo 01 de 2025 y la Circular Interna n.º 10 de 2022 de la Corte Constitucional, las magistradas y magistrados podrán determinar que en la publicación de sus providencias se omitan nombres o información que permita identificar a las partes. Dado que la acción de tutela fue presentada por un menor de edad y el caso contiene datos confidenciales de su historia clínica y estado de salud, la Sala procederá a adoptar una medida de protección de su intimidad, la cual consistirá en omitir el nombre real del accionante, así como cualquier otro dato o información que permita individualizarlo. De este modo, la providencia tendrá dos versiones: una con el nombre real del actor, que la Secretaría General de la Corte Constitucional remitirá a las partes y a las autoridades involucradas, y otra con un nombre ficticio, que seguirá el canal previsto por esta Corporación para la difusión de información pública.

SENTENCIA

En el trámite de revisión de la acción de tutela de la referencia cuyo fallo de única instancia fue dictado por el Juzgado 030 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá^[1].

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



El expediente bajo estudio fue seleccionado para su revisión y reparto a la magistrada ponente, por medio de Auto del 28 de noviembre de 2025 de la Sala de Selección de Tutela Número Once de la Corporación^[2]. El expediente ingresó al despacho el 16 de diciembre de 2025.

Síntesis de la decisión dirigida al menor de edad

Apreciado Joaquín:

La Corte Constitucional es un grupo de nueve jueces que revisan las acciones de tutela que presentan personas en todo el país. Esta, a su vez, se divide por salas que están conformadas por tres magistrados. La Corte, entre otras funciones, tiene la tarea de seleccionar y revisar casos, como el tuyo, con el objeto de proteger los derechos fundamentales de los habitantes del país.

Presentaste una acción de tutela porque necesitas que la EPS a la cual te encuentras afiliado te preste la atención odontológica que requieres para superar tus diagnósticos de salud oral. La Corte consideró que tu petición era muy importante y debía ser atendida, por eso fue escogida y asignada a esta Sala.

Queremos felicitarte por haberte apersonado de tu salud y mostrar interés en la defensa de tus derechos. También por ayudar a tus padres en la solución de la situación. La Corte celebra tu valentía al interponer la acción de tutela y participar activamente en el trámite. Toda persona puede utilizar la acción de tutela cuando considere que se enfrenta a situaciones que afectan su vida o la ponen en riesgo.

Pudimos observar que estás teniendo ciertas dificultades en tu salud. Presentas dolor y has tenido que enfrentar situaciones difíciles con tus compañeros de colegio. Por esto, hemos decidido

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



proteger tus derechos. En consecuencia, le hemos ordenado a Compensar EPS que te brinde el tratamiento que requieres.

Esperamos que con esto puedas continuar disfrutando de tu niñez de manera plena y tengas un desarrollo óptimo.

Corte Constitucional

Sala Quinta de Revisión de Tutelas

Síntesis tradicional de la decisión

La Sala Quinta de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional estudió la acción de tutela presentada por el adolescente *Joaquín* en contra de Compensar EPS y la Superintendencia Nacional de Salud, al considerar vulnerados sus derechos fundamentales a la salud, a la vida digna, a la integridad personal y a la igualdad. Lo anterior, ante la negativa de la EPS accionada de autorizar y realizar el tratamiento de ortodoncia que necesita el actor y tomar unas impresiones diagnósticas^[3].

En primera y única instancia, el Juzgado 030 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá declaró improcedente la acción de tutela. Consideró que no se satisfizo el requisito de legitimación en la causa por activa, porque el accionante, menor de edad, no aportó información ni documentos que justificaran su comparecencia directa o acreditaran la existencia de una excepción a la regla de representación. También, porque señaló que no se satisfizo el presupuesto de la subsidiariedad. Argumentó que no obraban en el expediente elementos probatorios suficientes que dieran cuenta de que el actor agotó los mecanismos administrativos disponibles al interior de la EPS accionada, o ante la Superintendencia Nacional de Salud. Además, adujo que no acreditó un perjuicio irremediable. Esta decisión no fue impugnada.

En sede de revisión, con el ánimo de contar con elementos suficientes de prueba, la magistrada ponente dictó dos decretos probatorios orientados a identificar las órdenes médicas con las que cuenta el actor, las actuaciones realizadas ante la EPS accionada para acceder al tratamiento de sus padecimientos, su situación económica y la de su familia, las características de su entorno familiar, su estado actual de salud oral y mental, y la progresión de sus diagnósticos en esta

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



materia.

En relación con el análisis de los requisitos de procedencia de la acción de tutela, la Sala encontró que esta cumple las exigencias de legitimación en la causa por activa, por pasiva, de inmediatez y subsidiariedad. Particularmente, respecto del requisito de legitimación en la causa por activa, recordó que la acción de tutela puede ser interpuesta por cualquier persona sin restricción alguna por motivos de edad. Frente al requisito de subsidiariedad, reiteró que el análisis se debe flexibilizar cuando involucra derechos de menores de edad.

Luego, la Sala planteó el siguiente problema jurídico a resolver: ¿Compensar EPS vulneró el derecho fundamental a la salud, a la vida digna y a la integridad personal del accionante, al negar el cubrimiento del tratamiento de ortodoncia que le fue ordenado, al considerar que este tiene implicaciones estéticas, y no funcionales, así como por no practicar las radiografías y demás ayudas diagnósticas que requería el actor y que le fueron prescritas?

Para atender el problema planteado, la Sala abordó los siguientes temas: (i) el derecho fundamental a la salud de los menores de edad; (ii) el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y los servicios y tecnologías que cubre; (iii) el cubrimiento de los servicios en salud oral para los menores de edad; y (iv) el impacto del aspecto físico en la salud mental de los menores de edad. Finalmente, resolvió el caso concreto.

Con fundamento en las consideraciones generales indicadas y las pruebas recaudadas, la Sala observó que el adolescente *Joaquín* ha visto afectada su salud oral y mental, como consecuencia de la ausencia del tratamiento que le fue ordenado para atender los padecimientos que le diagnosticaron. En efecto, el accionante ha tenido repercusiones físicas y efectos negativos en su ámbito mental y social.

Adicionalmente, la Sala identificó que los servicios y tecnologías que le fueron debidamente ordenados al accionante pertenecen al grupo 1 del modelo de exclusiones que previó la Ley 1751 de 2015, porque tienen implicaciones funcionales de carácter físico, pero también psicológico. En ese entendido, estos deben ser financiados con los recursos asignados al sistema de salud a cargo de la EPS accionada.

En este orden, la Sala, entre otras, revocó la sentencia dictada por el juzgado de primera y única instancia y, en su lugar, concedió el amparo de los derechos fundamentales del accionante a la salud, a la vida digna y a la integridad personal. En consecuencia, ordenó a Compensar EPS: (i) iniciar los tratamientos y procedimientos que el actor necesita en relación con su higiene oral; (ii) autorizar y garantizar la toma de las muestras diagnósticas que le ordenaron y requiere el accionante, así como cualquier otra que necesite para el tratamiento de ortodoncia; y, (iii) iniciar

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



el tratamiento de ortodoncia que necesita el actor, previa revisión del médico tratante.

I. ANTECEDENTES

1. **Hechos relevantes.** El adolescente *Joaquín*, quien en la actualidad tiene quince años de edad^[4], registra un estado de afiliación activo y es beneficiario en el régimen contributivo de salud en la Caja de Compensación Familiar Compensar^[5]. Asimismo, hace parte del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén), en la categoría B4 —pobreza moderada—^[6].

2. El 7 de junio de 2025, *Joaquín* acudió por primera vez a cita con odontología general debido a un fuerte dolor al comer, masticar y bostezar^[7]. Como resultado, le diagnosticaron dientes moteados (fluorosis generalizada), gingivitis crónica, cálculos supragingivales, mal oclusión y caries de la dentina^[8].

3. Adicionalmente, a partir de un examen estomatológico, en relación con los “maxilares y oclusión”^[9], la odontóloga determinó lo siguiente: “RELACIÓN MORAL CLASE III DERECHA, IZQUIERDA CRUZADA, RELACIÓN CANINA CLASE III DERECHA, IZQUIERDA CRUZADA, LÍNEA MEDIA INVALUABLE MORDIDA CRUZADA ANTERIOR”^[10].

4. Por otra parte, con base en un examen clínico de la zona maxilar superior e inferior, la odontóloga observó que el paciente:

“PRESENTA LEVE INFLAMACIÓN DE ENCIA MARGINAL Y PAPILAR, PLACA BACTERIANA BLANDA, CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES. FLUOROSIS GENERALIZADA MOLARES 16 26 36 Y 46 PRESENTAN CAVIDADES EXTENSAS FLUOROSIS GENERALIZADA, SE SUGIERE VALORACIÓN CON ESTETICA DENTAL. MALOCCLUSIÓN, MALPOSICIÓN DENTAL, SE SUGIERE VALORACIÓN CON ORTODONCIA”^[11].

5. El 28 de junio de 2025, *Joaquín* acudió a consulta por primera vez con una especialista en ortodoncia^[12]. La profesional de la salud encontró que el paciente “PRESENTA MALOCCLUSION CLASE III. LEVOGNATISMO MANDIBULAR. MORDIDA CRUZADA ANTERIOR Y POSTERIOR IZQUIERDA. CARIES ACTIVA DE 16-26-46. HIPOPLASI DENTAL GENERALIZADA”^[13]. Por lo anterior, determinó que el adolescente requiere un tratamiento de ortodoncia^[14]. Además, ordenó una radiografía panorámica y un paquete básico de ortodoncia^[15].

6. **Acción de tutela.** El 6 de agosto de 2025^[16], el adolescente *Joaquín* presentó una acción de tutela en contra de Compensar EPS y la Superintendencia Nacional de Salud, al considerar vulnerados sus derechos fundamentales a la salud, a la vida digna, la integridad



personal y la igualdad. Por reparto, el asunto le correspondió al Juzgado 030 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá^[17].

7. El accionante expuso que, de acuerdo con las consultas y diagnósticos médicos que ha tenido, necesita *brackets*, la práctica de una radiografía panorámica y, posiblemente, la realización de una cirugía. No obstante, la EPS le informó que estos procedimientos no están cubiertos por el PBS porque tienen fines estéticos. En consecuencia, Compensar EPS le indicó que los costos asociados al tratamiento que necesita deben ser asumidos por sus padres^[18].

8. A juicio del adolescente, un procedimiento dirigido a evitar dolor, desgaste óseo y posibles daños irreparables no es un procedimiento “estético”. Asimismo, comentó que sus padres no cuentan con los recursos necesarios para costear su tratamiento, a pesar de los intentos que han efectuado para obtener dinero, como, por ejemplo, mediante la realización de rifas. Por esta situación, el actor ha tenido que soportar dolor e incomodidad, lo cual ya no es una opción, porque el malestar ha empeorado^[19].

9. El accionante resaltó que es un sujeto de especial protección porque es menor de edad. Adicionalmente, señaló que esta situación ha afectado su diario vivir debido a que ha tenido dolores por varios días, se le dificulta comer y, en ocasiones, también dormir. Expresó que siente angustia porque sus padecimientos se agraven y sea tarde para corregirlos^[20].

10. En consecuencia, el accionante solicitó^[21]: (i) se tutelén sus derechos a la salud, a la vida digna, a la integridad personal y a la igualdad; (ii) se ordene a Compensar EPS y/o a quien corresponda suministrar la radiografía panorámica, cubrir todos los costos necesarios del tratamiento integral que requiere por su condición, incluyendo los *brackets*, cirugías y cualquier otro servicio; y, (iii) se prevenga a la EPS accionada para que en ningún momento niegue el acceso a los tratamientos para las patologías de salud oral que padece.

11. **Trámite en primera instancia.** Por reparto, el asunto le correspondió al Juzgado 030 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá^[22]. Dicha autoridad judicial, mediante Auto del 6 de agosto de 2025^[23], decidió: (i) avocar conocimiento de la acción de tutela; (ii) requerir al accionante para que informara si ostenta alguna circunstancia especial que le permita actuar en nombre propio sin la intervención de algún representante, como, por ejemplo, la emancipación y, en caso afirmativo, envíe los documentos respectivos —en caso contrario, le solicitó aportar los soportes de su representante—; (iii) correr traslado de la acción a las entidades accionadas; y, (iv) vincular de oficio al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Secretaría Distrital de Salud. En consecuencia, les solicitó pronunciarse sobre los hechos objeto de la acción de tutela y aportar las pruebas que estimen pertinentes.

12. En su escrito de contestación, Compensar EPS solicitó negar la protección de los

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



derechos fundamentales invocados. Manifestó que el accionante no aportó órdenes médicas, por lo que no era posible confirmar si estas fueron otorgadas y se encuentran vigentes. Además, resaltó que, a la acción constitucional, el actor solo adjuntó una cotización, la cual no especifica los servicios a realizar. Por esto, indicó que corrió traslado del asunto a la cohorte de salud oral de la entidad. Esta solicitó a la IPS Compensar hacer seguimiento al paciente, y validar si ya fue atendido y si las órdenes respectivas fueron emitidas. Precisó que asignará al usuario una cita con ortodoncia y que la EPS cubrirá los procedimientos odontológicos que necesite, siempre y cuando estos sean funcionales y no estéticos^[24].

13. La Superintendencia Nacional de Salud alegó su falta de legitimación en la causa por pasiva. Expuso que no existe nexo causal entre la presunta vulneración de derechos fundamentales invocados y el actuar de la entidad. Señaló que la acción constitucional pretende el reclamo de ciertos servicios a cargo de Compensar EPS. Por ello, solicitó que se le desvinculara del respectivo trámite tutelar^[25].

14. La Secretaría Distrital de Salud también solicitó que se le desvinculara del trámite por falta de legitimación en la causa por pasiva. Advirtió que no tiene conocimiento de los hechos narrados, que no es la entidad responsable de la prestación de servicios de salud por prohibición expresa del artículo 31 de la Ley 1122 de 2007 y que el accionante se encuentra afiliado a Compensar EPS en el régimen contributivo^[26].

15. Por su parte, frente al requerimiento del juzgado, el accionante informó que la jurisprudencia constitucional lo habilita para presentar la acción de tutela en nombre propio, a pesar de ser menor de edad. Sobre el particular, referenció las sentencias T-1220 de 2003 y T-895 de 2011, en las cuales la Corte precisó que cualquier persona, sin excepción, puede formular la acción de tutela. En este sentido, concluyó que los menores de edad pueden interponer acciones de tutela, sin que para ello requieran actuar mediante sus padres o representantes legales^[27].

16. El Ministerio de Salud y Protección Social guardó silencio, a pesar de ser notificado el 6 de agosto de 2025^[28].

17. **Sentencia de primera y única instancia.** Mediante Sentencia fechada el 22 de agosto de 2025^[29], el Juzgado 030 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá declaró improcedente la acción de tutela por el incumplimiento de los requisitos de legitimación en la causa por activa y de subsidiariedad. En relación con el primero, la autoridad judicial argumentó que el accionante es menor de edad. Agregó que, mediante la respuesta que brindó al requerimiento realizado, el actor no aportó la información ni los documentos necesarios que justificaran su comparecencia directa o que acreditaran la existencia de una excepción a la

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



regla de representación^[30]. Además, el juzgado indicó que la Corte Constitucional ha establecido que los menores de edad deben actuar por medio de sus representantes legales u otros mecanismos debidamente fundamentados. Como soporte de ello, citó la Sentencia T-510 de 2019.

18. Respecto del incumplimiento del requisito de subsidiariedad, la autoridad judicial expuso que las pruebas aportadas no demuestran que el accionante hubiera agotado todos los mecanismos administrativos posibles ante la EPS accionada o, inclusive, ante la Superintendencia Nacional de Salud, para obtener los servicios solicitados mediante la acción de tutela. En este orden, resaltó que no se configura un perjuicio irremediable que habilite la intervención inmediata del juez constitucional^[31].

19. Por otra parte, el juzgado manifestó que encontró satisfecho el requisito de inmediatez, dado que la acción de tutela fue interpuesta pocas semanas después de la valoración odontológica en junio de 2025. En efecto, indicó que la acción se presentó en agosto de ese mismo año.

20. Para terminar, el Juzgado 030 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá señaló que el accionante no acreditó la afectación de sus derechos fundamentales ni la existencia de un riesgo cierto o inminente sobre su vida o su salud. Lo anterior, en la medida en que no adjuntó una orden médica vigente que soportara la necesidad funcional y prioritaria del tratamiento solicitado^[32]. Por tanto, concluyó que el actor no demostró la presunta omisión en que habría incurrido Compensar EPS, en relación con el mencionado tratamiento.

21. El fallo dictado por el Juzgado 030 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá no fue impugnado por parte del accionante, las entidades accionadas, o por alguno de los vinculados.

22. **Actuaciones en sede de revisión.** El expediente de la referencia fue de conocimiento de la Sala de Selección de Tutelas Número Once de 2025 de la Corporación^[33]. Dicha Sala mediante Auto del 28 de noviembre de 2025, decidió seleccionar para revisión el expediente de la referencia^[34]. El expediente ingresó al despacho el 16 de diciembre de 2025.

23. El 4 de febrero de 2026, la magistrada ponente dictó un auto a través del cual vinculó a los padres del accionante y realizó un decreto probatorio^[35]. En concreto, solicitó información: (i) a la señora *María* y al señor *Eduardo*, padres del adolescente *Joaquín*, sobre su situación económica y familiar^[36]; (ii) al actor, para que indicara las órdenes médicas con las que cuenta, las actuaciones que ha realizado ante la EPS accionada para acceder al tratamiento de sus padecimientos, su situación económica y la de su familia, las características de su entorno



familiar, su estado actual de salud oral y la progresión de sus diagnósticos en esta materia; y, (iii) a Compensar EPS, en relación con las citas asignadas al accionante, la cita que manifestaron le sería agendada en sede de instancia, los servicios, tratamientos de ortodoncia y cirugías que cubre el Plan de Beneficios en Salud, las actuaciones que ha adelantado el accionante ante la entidad, y si la EPS se encuentra intervenida por alguna autoridad.

24. Adicionalmente, la magistrada ponente le solicitó (iv) a la profesional en odontología, Mercy Nahyr Castellanos Gómez, y a la profesional en ortodoncia, Ángela María Toro Aristizabal, quienes, según la historia clínica que consta en el expediente de la referencia, atendieron al accionante en el año 2025, que aportaran las órdenes médicas que emitieron y brindaran información sobre el diagnóstico y el tratamiento que determinaron^[37].

25. Por último, (v) la magistrada ponente invitó, en calidad de expertos, a las facultades de odontología de la Universidad Nacional de Colombia y de la Pontificia Universidad Javeriana, así como al Colegio Colombiano de Odontólogos^[38], para que suministraran información sobre las patologías que le fueron diagnosticadas al accionante, las implicaciones que estas tienen en la salud de las personas que las padecen y las alternativas de tratamiento.

26. En respuesta al Auto de pruebas en comento, los padres del accionante informaron^[39]: (i) que, actualmente, la señora *María* desempeña el cargo de asesora en energía, labor por la que devenga un salario básico de COP \$1.750.905, suma que distribuye entre el pago del arriendo (COP \$550.000), la alimentación (COP \$250.000) y los servicios públicos (COP \$250.000); (ii) que el señor *Eduardo* se encuentra desempleado; (iii) que no tienen una fuente de ingresos diferente al salario de la señora *María*; (iv) que tienen dos hijos, el actor de quince años y otro menor de siete años; y, (v) que ambos niños estudian en un colegio público y, por ello, no pagan pensión.

27. Por su lado, el accionante, al contestar el auto de pruebas, aportó su historia clínica y expuso que Compensar EPS es la única entidad ante la cual ha adelantado trámites para recibir el tratamiento de ortodoncia y la prestación de los servicios que requiere en relación con su salud oral^[40]. Asimismo, indicó que su última cita fue el 14 de agosto de 2025, en la cual le informaron que debía realizar el pago de las radiografías ordenadas, para continuar con las valoraciones. También señaló que no se ha realizado ningún examen como particular y que, hasta el momento, no cuenta con *brackets*. Además, expuso que le duele mucho masticar comida sólida y tragarla, por lo que usualmente se alimenta de comida blanda. Incluso, relató que cuando el dolor es muy intenso, debe tomar pastillas para ello. Manifestó que vive con sus padres y hermano. Por último, advirtió que, actualmente, su mamá es la única que trabaja y que él estudia en un colegio público^[41].



28. En su respuesta, Compensar EPS manifestó que el accionante solo cuenta con dos órdenes médicas, ambas emitidas en la cita del 7 de junio de 2025^[42] y que el adolescente no adelantó ningún trámite administrativo ante la entidad, debido a que no consta ningún PQR o solicitud formal de autorización de su tratamiento de ortodoncia^[43].

29. Compensar EPS señaló que el adolescente *Joaquín* asistió a la cita del 14 de agosto de 2025^[44], pero que no aportó “los exámenes complementarios previamente solicitados (radiografía panorámica y paquete básico de ortodoncia), lo que imposibilitó al profesional tratante definir plan terapéutico definitivo”^[45]. En dicha cita, se diagnosticaron “anomalías evidentes del tamaño de los maxilares”^[46], y se reiteró, primero, la necesidad de que el actor se realice los exámenes prescritos y, segundo, que este requiere tratamiento de ortodoncia^[47].

30. Adicionalmente, Compensar EPS indicó que, de conformidad con la Resolución 2765 de 2025^[48], los tratamientos de ortodoncia sólo son financiados mediante el PBS, cuando tengan una finalidad funcional y no meramente estética. Además, que el PBS no contempla de manera general el suministro de *brackets* como tecnología independiente. Esto, debido a que la definición del tratamiento depende del plan terapéutico funcional que determine el profesional tratante tras el análisis diagnóstico completo. Frente a esto último, la EPS accionada enfatizó que a causa de la falta de las ayudas diagnósticas (las radiografías), no fue posible clasificar el tratamiento como funcional.

31. Dentro del término establecido en el auto de pruebas del 4 de febrero de 2026, las profesionales Mercy Nahyr Castellanos Gómez y Ángela María Toro Aristizabal guardaron silencio. Compensar EPS no aportó respuesta alguna al respecto.

32. En relación con los expertos invitados, la facultad de odontología de la Universidad Nacional de Colombia solicitó a la Corporación el envío de varias fotos y radiografías del accionante, al considerarlas necesarias para brindar respuesta^[49]. Por su parte, la facultad de odontología de la Pontificia Universidad Javeriana guardó silencio ante lo requerido.

33. El Colegio Colombiano de Odontólogos, a través del profesional César Eduardo Figueroa Arango, quien es odontólogo, ortodoncista y miembro activo de la Sociedad Colombiana de Ortodoncia, resaltó que el accionante padece, por un lado, de gingivitis generalizada crónica, cálculos supragingivales y fluorosis generalizada (defecto en el esmalte dental de color moteado blanco) y, por otro lado, discrepancia maxilomandibular (la desarmonía de tamaño, posición o forma del maxilar superior con relación al maxilar inferior) con mordida cruzada anterior, y levognatismo mandibular (desviación de la mandíbula a la izquierda).

34. Frente a los primeros diagnósticos, los tratamientos son mejorar la higiene oral y



realizar un procedimiento de microabrasión dental con las sustancias usadas para minimizar este defecto en el esmalte dental. Respecto del diagnóstico de la discrepancia maxilomandibular, la primera fase del tratamiento consiste en ortodoncia prequirúrgica, la cual busca alinear los dientes con el uso de *brackets* sobre sus bases óseas. La segunda fase requiere “obligatoriamente” la realización de una cirugía Ortognática^[50]. Esta cirugía, la cual es la única alternativa para lograr la coordinación del maxilar superior con la mandíbula de forma adecuada, solo se puede realizar cuando finalice el crecimiento óseo del cóndilo activo, en este caso el derecho, que ocasiona la desviación hacia el lado izquierdo de la cara. Por lo general, esto sucede a la edad de 25 años. La certeza sobre la ocurrencia de este evento se obtiene con base en la realización a esa edad de un examen llamado gammagrafía ósea.

35. El experto indicó que, aunque, en la actualidad, el paciente “puede alimentarse con relativa normalidad”, los efectos de no recibir estos tratamientos son los siguientes: (i) deterioro mayor de sus dientes en comparación con una persona de su misma edad; (ii) en caso de seguir aumentado la desviación que padece, dolor crónico o, incluso, agudo en la articulación del lado izquierdo de la cara y (iii) padecimientos de salud mental. En relación con este último efecto, el experto advirtió que su “estado mental y social (...) se ve y se verá afectado (...). Disminuirá su capacidad de gestionar emociones, afrontar el estrés, y mantener relaciones positivas. Afectando su nivel de autoestima”^[51]. La experiencia en casos como este indica que “un joven se ve muy afectado en su entorno mental y social, generando “inseguridades, irritabilidad en [el] comportamiento y [cambios en la] posición ergonómica en la postura [del] cuerpo (cabeza agachada)”^[52]. Sin perjuicio de lo anterior, el profesional Figueroa Arango conceptuó que, “[e]n los casos en que se quiera sustentar algún aspecto psicológico del paciente por su aspecto físico, este debe ser soportado por un psicólogo”^[53].

36. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 63 del Reglamento Interno de la Corte Constitucional, el 13 de febrero del 2026 se puso a disposición de las partes los documentos allegados^[54]. Sobre el particular, el 18 de febrero de ese mismo año, se recibió respuesta de Compensar EPS, en la cual reiteró lo expuesto en su contestación al decreto probatorio.

37. Mediante Auto del 19 de febrero de 2026^[55], la magistrada ponente consideró necesario solicitar pruebas adicionales e insistir en aquellas decretadas, pero no recaudadas. En particular, requirió a Compensar EPS para que agendara una cita con la especialidad de psicología para el adolescente *Joaquín*^[56]. Lo anterior, con el fin de determinar los efectos que tienen los diagnósticos del actor en su salud mental, de acuerdo con lo sostenido por el odontólogo y ortodoncista César Eduardo Figueroa Arango. Asimismo, insistió en la prueba del Auto del 4 de febrero de 2026, en relación con la solicitud de información sobre el diagnóstico y el tratamiento que determinaron las profesionales Mercy Nahyr Castellanos Gómez y Ángela María Toro Aristizábal.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



38. El 24 de febrero de 2026, Compensar EPS aportó la respuesta que brindó la ortodoncista Ángela María Toro Aristizábal. La profesional manifestó: (i) que a partir del diagnóstico del accionante^[57], no evidenció “disfagia dislexia disfunción oral, dificultad respiratoria o de masticación, ni dolor muscular o articular”^[58]; (ii) que debido a que el paciente no aportó las ayudas diagnósticas solicitadas, no pudo definir el plan de tratamiento; (iii) que el PBS solo contempla el cubrimiento de servicios y procedimientos con finalidad funcional de conformidad con el criterio del médico tratante, pero como el actor no aportó las ayudas diagnósticas prescritas, no logró establecer el tratamiento definitivo; y, (iv) que entregó orden manual de paquete básico de ortodoncia^[59] y “radiografía pastero anterior”^[60].

39. De igual forma, la EPS accionada informó que agendó una cita con la especialidad de psicología infantil para el 5 de marzo de 2026, a la 1:20 p.m. Además, comentó que no había sido posible enviar, hasta el momento, la respuesta de la odontóloga Mercy Nahyr Castellanos Gómez, porque se encontraba en una situación de calamidad doméstica^[61].

40. El 4 de marzo de 2026, Compensar EPS remitió la respuesta de la odontóloga Mercy Nahyr Castellanos Gómez^[62]. La profesional expuso el diagnóstico dado al accionante^[63], señaló que las obturaciones y las actividades de promoción y prevención están incluidas en el PBS y que dio órdenes para estética dental y ortodoncia.

41. El 9 de marzo de 2026, el accionante aportó el resultado de la valoración realizada por la especialidad de psicología^[64]. La profesional Claudia Alejandra Peña Rivera manifestó que, al indagar sobre el estado emocional del paciente, este refirió que, desde el inicio de los problemas de salud oral, en el ámbito escolar ha sido objeto de situaciones de burlas y *bullying*, lo cual le ha generado incomodidad y malestar emocional. Además, indicó que el adolescente señaló que en diversas ocasiones evita reírse o sonreír debido a la apariencia de sus dientes, situación que ha afectado su seguridad personal en contextos sociales.

42. Asimismo, detalló que el accionante reconoce que un procedimiento quirúrgico representaría un cambio positivo para su proyecto de vida, ya que esto mejoraría su confianza personal, su bienestar emocional y su interacción con sus compañeros, y evitaría su aislamiento social.

43. Con base en lo expuesto, la profesional Claudia Alejandra Peña Rivera concluyó lo siguiente: “[d]esde la valoración realizada en la especialidad de psicología, se evidencia que la condición de salud oral y la ausencia del tratamiento correspondiente han impactado su autoestima y su interacción social, particularmente en el contexto escolar. En este sentido, la intervención quirúrgica podría contribuir positivamente al fortalecimiento de su autoestima y a la



mejora de sus relaciones sociales”^[65].

44. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 63 del Reglamento Interno de la Corte Constitucional, el 27 de febrero y 10 de marzo de 2026 se puso a disposición de las partes los documentos allegados frente a este último decreto probatorio^[66]. Al respecto, se recibieron unos documentos por parte de Compensar EPS que, entre otras, mostraban la gestión realizada frente a la cita con psicología para el accionante. Asimismo, el accionante aportó el resultado de la cita en psicología^[67].

II. CONSIDERACIONES

1. Competencia

45. La Sala Quinta de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional es competente para conocer los fallos de instancia, de conformidad con los artículos 86 y 241, numeral 9, de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 33 a 36 del Decreto 2591 de 1991 y 57 del Reglamento Interno de la Corporación (Acuerdo 01 de 2025).

2. Requisitos de procedencia de la acción de tutela

46. Reiteradamente, esta Corporación, con base en la Constitución Política y el Decreto 2591 de 1991, ha expuesto cuáles son los requisitos de procedencia de la acción de tutela. Estos son:

47. *Legitimación por activa.* La acción de tutela puede ser utilizada en todo momento y lugar por todas las personas cuyos derechos fundamentales se encuentren vulnerados o amenazados, por sí mismas o por quien actúe a su nombre. De conformidad con el artículo 86 de la Constitución Política y el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991^[68], este requisito se satisface cuando la tutela es ejercida: (i) directamente, es decir, por el titular del derecho fundamental que se alega vulnerado o amenazado; (ii) por medio de representantes legales; (iii) a través de apoderado judicial, en los eventos de personas jurídicas —en este escenario, el apoderado o la apoderada debe tener el título de abogado y debe anexarse al escrito de tutela el poder respectivo—; (iv) por parte de un agente oficioso, cuando el titular de los derechos no esté en condiciones de promover su propia defensa; o (v) mediante el Defensor del Pueblo y los personeros municipales.

48. La Corte Constitucional, en diferentes oportunidades, ha resaltado que los niños, niñas y adolescentes pueden ejercer de manera autónoma la acción de tutela para proteger sus



derechos fundamentales, sin necesidad de ser representados por sus padres, por terceras personas, ni por funcionarios del Estado^[69]. La Corporación ha interpretado, con base en el artículo 86 de la Constitución Política y el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991, que la edad no constituye un factor diferenciador ni limitante frente al uso de la acción constitucional, debido a que no existe una exigencia expresa, constitucional o legal, sobre la edad para interponerla^[70].

49. En efecto, la jurisprudencia ha sostenido que no existe norma alguna que imponga un presupuesto de legitimación determinado por la edad para el ejercicio de la acción de tutela. Por el contrario, ha reconocido que toda persona, sin diferenciación alguna, puede formular una solicitud de amparo. Lo anterior adquiere mayor relevancia cuando el titular de los derechos invocados es un sujeto de especial protección constitucional, como ocurre en el caso de los menores de edad^[71]. En este escenario, su condición de debilidad no representa un motivo para restringir su capacidad, sino, por el contrario, una razón para fortalecer la protección del ejercicio de sus derechos^[72]. Por ello, es una obligación del juez constitucional garantizar de manera efectiva el goce de los derechos fundamentales de los menores de edad y el acceso de estos a la acción de tutela cuando presuntamente estén siendo vulnerados o amenazados sus derechos.

50. En suma, los menores de edad están habilitados para presentar acciones de tutela para obtener el amparo de sus derechos fundamentales. Restringir el ejercicio de la acción de tutela bajo el argumento de la falta de representación legal o la ausencia de acreditación de una de las causales de emancipación no solo desconoce lo establecido en la Constitución Política y el Decreto 2591 de 1991, sino que atenta contra el presupuesto superior de la prevalencia de los derechos de los menores de edad, establecido en el artículo 44 de la Constitución Política.

51. *Legitimación por pasiva.* Con base en el artículo 86 de la Constitución Política y los artículos 5 y 13 del Decreto 2591 de 1991, la solicitud de amparo procede contra las acciones u omisiones de autoridades públicas y, en ciertos eventos, de particulares^[73], que hayan vulnerado, vulneren o amenacen derechos fundamentales^[74].

52. *Inmediatez.* El artículo 86 de la Constitución Política establece que la acción de tutela se puede interponer en todo momento y lugar. En ese entendido, la Corte ha sostenido que, en principio, dicha solicitud de amparo no tiene un término de caducidad^[75]. No obstante, dado que la acción de tutela es un mecanismo que tiene por objeto la protección inmediata de derechos fundamentales presuntamente vulnerados o amenazados, este requisito implica que no puede transcurrir un tiempo excesivo, irrazonable o injustificado entre la actuación u omisión cuestionable y la presentación de la solicitud de amparo^[76]. En cualquier escenario, el juez constitucional deberá analizar las situaciones particulares que puedan incidir en la tardanza en la interposición de la acción constitucional, para efectos de determinar si cumple el requisito de inmediatez.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



53. *Subsidiariedad.* En virtud del artículo 86 de la Constitución Política, la acción de tutela procede cuando la persona afectada no dispone de otro medio de defensa judicial, a menos que se utilice como mecanismo transitorio para evitar la configuración de un perjuicio irremediable. La jurisprudencia de esta Corporación ha sostenido que dicha acción constitucional también procede en aquellos eventos en los que, aun estando disponibles otros medios de defensa, los mismos no resultan idóneos o eficaces para el caso concreto^[77]. En consecuencia, toda persona que acuda a la acción de tutela debe, en primer lugar, haber hecho uso de los recursos ordinarios que el ordenamiento jurídico le ofrece para alcanzar la protección de sus derechos, siempre que resulten idóneos y eficaces, con el fin de evitar el uso indebido de la vía constitucional como instancia judicial preferente^[78].

54. La jurisprudencia también ha establecido que, en aquellos casos en los que están involucrados derechos de sujetos de especial protección, el juez constitucional debe realizar un estudio del requisito de procedibilidad bajo criterios amplios y flexibles, que tenga en cuenta las condiciones particulares del sujeto. Así, debe tener en cuenta las situaciones de vulnerabilidad en las que se encuentre el accionante, que le impidan o dificulten sustancialmente gestionar la protección de sus derechos fundamentales por las vías judiciales ordinarias^[79].

55. Existen eventos en los que la acción de tutela no representa el mecanismo principal de defensa judicial. No obstante, puede proceder como instrumento transitorio cuando sea necesario para evitar un perjuicio irremediable. Sobre el particular, la Corte Constitucional ha señalado ciertos elementos a considerar para la posible configuración de un perjuicio irremediable^[80]. Estos son: (i) que se esté ante un perjuicio inminente o próximo a suceder, lo que implica un grado suficiente de certeza respecto de los hechos y la causa del daño; (ii) que el perjuicio sea grave, lo que conlleva la afectación de un bien susceptible de determinación jurídica, altamente significativo para la persona; (iii) que se requieran medidas urgentes para superar el daño, las cuales deben ser adecuadas frente a la inminencia del perjuicio, con la consideración de circunstancias particulares del caso; y, (iv) las medidas de protección deben ser impostergables, lo que significa que deben responder a condiciones de oportunidad y eficacia, que eviten la consumación de un daño irreparable.

3. Análisis de los requisitos de procedencia de la acción de tutela en el caso concreto

56. La Sala Quinta de Revisión de Tutelas encuentra satisfechos todos los requisitos previamente expuestos para la procedencia de la acción de tutela presentada por el adolescente *Joaquín*, con fundamento en las siguientes razones:

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



57. *Legitimación por activa.* Se encuentra satisfecho. El menor *Joaquín*, quien en la actualidad tiene quince años de edad, interpuso a nombre propio la acción de tutela con el objeto de proteger sus derechos a la salud, a la vida digna, la integridad personal y la igualdad. El requisito bajo análisis se encuentra cumplido al haberse interpuesto la acción por el sujeto que es titular de los derechos que se consideran presuntamente vulnerados. La Sala reitera que los menores de edad pueden presentar directamente la acción de tutela cuando consideren que sus derechos están siendo vulnerados o fueren amenazados, dado que la edad no constituye un factor diferenciador ni limitante para el uso de la acción constitucional.

58. En este punto, debe indicarse que la Corporación no comparte y reprocha la posición del Juzgado 030 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá frente al análisis del requisito bajo estudio. En particular, la autoridad judicial consideró que no se satisfizo la legitimación en la causa por activa porque el accionante, menor de edad, no aportó información ni documentos que justificaran su comparecencia directa o acreditaran la existencia de una excepción a la regla de representación, como, por ejemplo, la emancipación, o la designación de un agente oficioso o de un curador *ad litem*^[81]. Además, el juzgado indicó que, mediante la Sentencia T-510 de 2019^[82], la Corte Constitucional estableció que los menores de edad deben actuar por medio de sus representantes legales u otros mecanismos alternos debidamente acreditados.

59. Respecto de lo anterior, la Sala resalta lo siguiente. Primero, por regla general, toda persona, por sí misma o por quien actúe a su nombre, puede interponer la acción de tutela cuando considere que sus derechos fundamentales están siendo vulnerados o amenazados. No existe ningún criterio diferenciador, y menos determinado por la edad, que limite el ejercicio del mecanismo tutelar. Y, segundo, la posición del juzgado carece de soporte jurisprudencial. En primera medida, se infiere que la autoridad judicial referenció incorrectamente la providencia que fundamentaba sus argumentos. En efecto, relacionó la Sentencia T-510 de 2019, pero pareciera que realmente quería resaltar la Sentencia T-010 de 2019.

60. Esta última estudió el caso de una mamá que presentó una acción de tutela en representación de su hija menor de edad, al estimar que Nueva EPS vulneró sus derechos a la salud, a la vida digna, a la igualdad, y la integridad física, por haber negado una intervención quirúrgica. No obstante, la providencia anterior no estableció, como lo sostuvo el juez de instancia, que “los menores deben actuar a través de sus representantes legales o mecanismos alternos debidamente acreditados”^[83]. Por el contrario, la Sentencia T-010 de 2019^[84] reiteró que la acción de tutela es un medio de defensa judicial que toda persona puede instaurar y que no es necesario que el titular de los derechos la interponga directamente. Por esto, un tercero puede formular el amparo a su nombre^[85].



61. Por último, la Sala estima necesario resaltar que la labor del juez, en acciones de tutela interpuestas por un menor de edad, implica reconocer el esfuerzo por apersonarse de su situación y demostrar interés por la protección de sus derechos fundamentales. Así, mal haría el administrador de justicia en exigir cargas a ciertas personas que, por sus características, tienen derechos preferentes y se encuentran en estado de vulnerabilidad.

62. *Legitimación por pasiva.* Se satisfizo porque la acción de tutela se presentó en contra de Compensar EPS, entidad frente a la cual el actor cuestiona el no cubrimiento de las radiografías y el tratamiento que requiere derivado de sus diagnósticos de salud oral. En efecto, esta entidad es la encargada de la prestación del servicio público de salud al accionante, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 y el numeral 2 del artículo 42 del Decreto 2591 de 1991. Además, el adolescente *Joaquín* tiene un estado de afiliación activa en Compensar EPS, como beneficiario de la afiliación de su madre^[86].

63. La acción constitucional también se dirigió en contra de la Superintendencia Nacional de Salud^[87]. En el trámite de instancia, el Juzgado 030 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá vinculó de oficio al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Secretaría Distrital de Salud^[88]. En sede de revisión, la magistrada ponente, mediante el Auto del 4 de febrero de 2026, vinculó a los padres del adolescente *Joaquín*, la señora *María* y el señor *Eduardo*^[89], con el objeto de conocer su situación económica y la composición de su núcleo familiar.

64. Frente a los sujetos mencionados en el párrafo anterior, la Sala encuentra que no están legitimados por pasiva, toda vez que, respecto de ellos, no se puede predicar la presunta vulneración de los derechos fundamentales que fueron invocados por el accionante. En efecto, en el escrito tutelar, el adolescente *Joaquín* no cuestiona ninguna acción u omisión de dichos sujetos ni dirige pretensión alguna en contra de ellos. Asimismo, tampoco se les puede vincular directa o indirectamente con las acciones que, a juicio del actor, vulneraron sus derechos. En consecuencia, la Sala ordenará su desvinculación en la parte resolutive de esta sentencia.

65. *Inmediatez.* Se cumplió con este requisito debido a que el amparo fue presentado dentro de un término razonable. La acción de tutela fue interpuesta el 4 de agosto de 2025^[90], pocas semanas después de la valoración del 28 de junio de 2025, en la cual Compensar EPS le informó al accionante que su tratamiento es estético y, por tanto, su costo debe ser sufragado por él^[91].

66. *Subsidiariedad.* Este requisito se encuentra satisfecho. La acción de tutela procede como mecanismo autónomo y definitivo para proteger los derechos fundamentales invocados, por las siguientes razones. Primero, la solicitud de amparo fue interpuesta por un menor de edad,



a quien, aparentemente, Compensar EPS está vulnerando sus derechos fundamentales. En consecuencia, se trata de un sujeto de especial protección constitucional cuyos derechos ostentan una prevalencia en el ordenamiento jurídico. Segundo, de los elementos probatorios que constan en el expediente y que fueron recaudados en sede de revisión, la Sala observa que la presunta vulneración de los derechos invocados tiene un efecto negativo en la salud física y mental del accionante. Tercero, el accionante hace parte del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén), en la categoría B4 —pobreza moderada—. Esto significa que su núcleo familiar no está en pobreza extrema, pero que su hogar sigue siendo vulnerable por encontrarse en situación de pobreza^[92].

67. Estas tres circunstancias implican realizar un estudio del requisito de procedibilidad bajo criterios amplios y flexibles, que tenga en cuenta las condiciones particulares del actor: se trata de un adolescente, que no solo está en condición de vulnerabilidad por su edad, sino también por su condición de pobreza.

68. Cuarto, en el trámite de instancia Compensar EPS manifestó que el accionante no aportó órdenes médicas, por lo que no es posible confirmar si estas fueron otorgadas y se encuentran vigentes^[93]. En sede de revisión, además, señaló que el menor no ha adelantado ningún trámite administrativo ante la entidad, y que no consta en sus bases de datos solicitud formal alguna frente a la cobertura del tratamiento que requiere^[94]. Sin embargo, en el expediente obran pruebas que permiten demostrar la existencia de las órdenes médicas respectivas. Para efectos de la acreditación del requisito de subsidiariedad, basta con precisar: (i) que la profesional en salud especializada en odontología que atendió al accionante le ordenó valoración por estética dental y ortodoncia^[95]; (ii) que tanto en la historia clínica que aportó el accionante como en la respuesta que brindó en sede de revisión la ortodoncista que valoró al actor, consta que se le ordenó tratamiento por ortodoncia, una radiografía panorámica y un paquete básico de ortodoncia^[96]; y, (iii) la ortodoncista que atendió al adolescente *Joaquín*, le entregó una orden escrita a mano en relación con el tratamiento de ortodoncia (*brackets*) que necesita e información sobre una cirugía maxilo-facial^[97].

69. En relación con la falta de solicitud formal ante la entidad, la Sala considera necesario destacar tres elementos. Para empezar, en el mismo sentido expuesto por el accionante, en sede de tutela y de revisión, Compensar admitió que no ha practicado las radiografías prescritas. Además, la EPS precisó que, a la acción constitucional, el actor solo adjuntó una cotización, la cual no especifica los servicios a realizar. La entidad también insistió en que, de acuerdo con el resultado que estas arrojen, en caso de que el tratamiento sea estético, no asumirá su costo. Al respecto, se debe subrayar que, en respuesta al decreto probatorio efectuado por la magistrada ponente, la ortodoncista de Compensar EPS Ángela María Toro Aristizábal afirmó que, en su opinión, el menor no presenta “disfagia dislexia disfunción oral, dificultad respiratoria o de



masticación, ni dolor muscular o articular”. Estas son algunas de las razones con fundamento en las cuales, de manera general, la EPS podría negar el tratamiento de ortodoncia por no estar incluido en el PBS^[98].

70. Desde esta perspectiva, aunque en gracia de discusión se aceptara la improcedencia de la solicitud de amparo porque el accionante no ha hecho una solicitud formal ante Compensar EPS para la realización del tratamiento que requiere, se puede inferir cuál sería su resultado. La entidad reiteraría la necesidad de que el actor aporte las radiografías prescritas para determinar si el tratamiento de ortodoncia es funcional, a pesar de que, por un lado, ya entregó al accionante una cotización del costo de los servicios ordenados para que él los asuma de manera particular y, por otro lado, sin las imágenes diagnósticas, ya advierte que el menor no tiene dificultad respiratoria o de masticación, ni dolor muscular o articular. Luego de esto, ahí sí *formalmente*, podría negar el suministro del tratamiento. Así, y de cara a este escenario hipotético, se podría generar una barrera en el acceso al servicio. Incluso, puede interpretarse como contradictoria la posición de la EPS accionada relativa a que, de manera previa a la toma de las radiografías y su respectivo análisis, el accionante no tiene afectaciones respiratorias o funcionales ni dolor.

71. Quinto, el accionante, en el marco del primer decreto probatorio^[99], indicó que solamente ha realizado trámites ante la EPS accionada, para recibir la atención en salud. Y, sexto, si bien el accionante pudo haber acudido ante la Superintendencia Nacional de Salud, la cual ostenta facultades jurisdiccionales para resolver controversias entre EPS y afiliados^[100], este mecanismo de defensa no resulta idóneo ni eficaz en el caso concreto porque involucra derechos de un sujeto de especial protección constitucional^[101]. Por ello, sus derechos deben ser garantizados de manera inmediata, prioritaria, preferente y expedita.

72. Por último, la concurrencia de las particularidades del actor, específicamente su condición de sujeto de especial protección constitucional por ser menor de edad, las afectaciones que está percibiendo en su salud por la falta de atención y la vulnerabilidad que enfrenta su núcleo familiar, generan que, en conjunto, exista una necesidad de que el juez constitucional intervenga de manera inmediata para evitar que una presunta vulneración o amenaza de derechos fundamentales se prolongue. Si bien el actor pudo acudir formalmente ante la EPS accionada o a la Superintendencia Nacional de Salud, estas vías no resultaban idóneas ni eficaces, en el sentido de que la controversia involucra derechos de un sujeto que, por sus características, se encuentra en un estado de vulnerabilidad que exige una protección priorizada. La acción de tutela es el mecanismo que, por las condiciones específicas del caso, podía ofrecer una respuesta suficiente y oportuna.

4. Planteamiento del problema jurídico y estructura de la decisión

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



73. De acuerdo con los antecedentes reseñados previamente, en esta ocasión la Sala Quinta de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional está llamada a pronunciarse sobre la acción de tutela que presentó el adolescente *Joaquín* contra Compensar EPS, al considerar vulnerados sus derechos fundamentales a la salud, a la vida digna, la integridad personal y la igualdad. Lo anterior, porque, según el actor, la EPS accionada se ha negado a practicar las radiografías que le fueron prescritas y a cubrir el tratamiento en salud oral que requiere, bajo el argumento de que este es estético, y no funcional.

74. Bajo ese entendido, la Sala debe resolver el siguiente problema jurídico: ¿Compensar EPS vulneró el derecho fundamental a la salud, a la vida digna y a la integridad personal del accionante, al negar el cubrimiento del tratamiento de ortodoncia que le fue ordenado, al considerar que este tiene implicaciones estéticas, y no funcionales, así como por no practicar las radiografías y demás ayudas diagnósticas que requería el actor y que le fueron prescritas?

75. Para responder el problema jurídico planteado, la Corporación abordará los siguientes temas: (i) el derecho fundamental a la salud, con énfasis en los menores de edad; (ii) el Plan de Beneficios en Salud y los servicios y tecnologías que cubre; (iii) el cubrimiento de los servicios en salud oral para los menores de edad; y (iv) el impacto del aspecto físico en la salud mental de los menores de edad. Finalmente, resolverá el caso concreto.

5. El derecho fundamental a la salud. Reiteración de jurisprudencia

76. El artículo 49 de la Constitución Política dispone que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, por lo que se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

77. El artículo 2 de la Ley 1751 de 2015 establece que la salud también es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, el cual comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud^[102].

78. Distintos instrumentos internacionales ratificados por Colombia han resaltado la importancia de la salud y le han otorgado la connotación de derecho. Por una parte, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos dispone que toda persona tiene derecho a la salud, entendida esta como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social^[103]. Por otra parte, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental^[104].

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



79. Reiterada jurisprudencia de la Corte Constitucional ha desarrollado en extenso el derecho a la salud, lo que comprende y la incidencia que tiene en la vida de las personas. En síntesis, ha resaltado que este derecho no pretende exclusivamente preservar la normalidad orgánica, funcional, física y mental, dado que afecta en gran medida la vida de los individuos. En efecto, la salud impacta factores socioeconómicos, bienes y servicios que inciden en la posibilidad que tiene una persona de llevar una vida digna y sana^[105]. En ese entendido, la salud es aquel derecho cuya garantía les permite a las personas disfrutar su vida en plenitud.

5.1 El derecho a la salud de los menores de edad y su carácter prevalente

80. Tanto la legislación interna como instrumentos internacionales que han sido ratificados por Colombia han reconocido el trato preferente que tiene la población menor de edad y la obligación que tiene el Estado de proteger su salud, con miras a garantizar su desarrollo integral. En ese sentido, los niños, niñas y adolescentes han sido catalogados como sujetos de especial protección constitucional.

81. El artículo 44 de la Constitución Política otorga una connotación especial a los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, en el sentido de que sus derechos, como el de la salud, prevalecen sobre los derechos de los demás. También, establece la obligación que tiene la familia, la sociedad y el Estado de asistir y proteger a esta población para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos.

82. Igualmente, el literal f) del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 reconoce la prevalencia de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. De esta manera, prevé que el Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar su atención integral.

83. A su vez, el artículo 27 de la Ley 1098 de 2006 entiende a la salud como un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico, y no solo como el estado de ausencia de una enfermedad^[106]. Asimismo, dispone que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una salud integral y que ninguna entidad dedicada a la prestación del servicio de salud, sea privada o pública, podrá abstenerse de atender a un miembro de esta población que requiera atención en salud.

84. La Convención sobre los Derechos del Niño, mediante su artículo 3°^[107], consagra que los Estados deben asegurar la protección y el cuidado que sean necesarios para el bienestar de los menores de edad. De igual forma, expone que las medidas concernientes a esta población, que tomen, entre otras, las instituciones públicas o privadas de bienestar social y los tribunales deben atender como consideración primordial el interés superior del niño. Por su parte, el artículo

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



27 reconoce el derecho de todo menor a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

85. Por su lado, el principio 2° de la Declaración Universal de los Derechos del Niño indica que los menores gozarán de una protección especial y contarán con oportunidades y servicios, para que puedan desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad.

86. En la jurisprudencia de esta Corporación no son pocas las providencias que han destacado el carácter prevalente de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, como el de la salud, en razón de su estado de vulnerabilidad y sus necesidades especiales para lograr su correcto desarrollo, crecimiento y formación^[108].

87. En conclusión, la salud es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable que no solo abarca un estado de ausencia de enfermedad, sea esta física o mental. Es un derecho que, además, tiene una incidencia fundamental en el desarrollo integral de las personas. Lo anterior, por cuanto permite el disfrute más alto de bienestar. Además, este derecho adquiere un estándar priorizado cuando involucra niños, niñas y adolescentes, debido a la finalidad del ordenamiento jurídico de proteger el interés superior del menor de edad, que implica la prevalencia de sus derechos sobre los de los demás.

6. El Plan de Beneficios en Salud y los servicios y tecnologías en salud que cubre. Reiteración de jurisprudencia

88. Con fundamento en la Ley 1751 de 2015 y el Decreto 120 de 2026^[109], la jurisprudencia constitucional ha definido el PBS como el esquema de aseguramiento que establece los servicios y tecnologías a los que tienen derecho los usuarios del sistema de salud para la prevención, paliación y atención de enfermedades y la rehabilitación de sus secuelas^[110].

89. Conforme a la normatividad anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social es la cartera encargada de definir los servicios y tecnologías en salud que forman parte del PBS y actualizarlos de acuerdo con el principio de integralidad y con fundamento en criterios técnicos y financieros^[111]. Este principio impone al Estado la obligación de asegurar la disponibilidad de todos los tratamientos, medicamentos e intervenciones necesarias para garantizar la plenitud física y mental de las personas^[112]. No obstante, la integralidad no es absoluta, pues el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 establece algunos criterios por medio de los cuales se excluyen del PBS ciertos servicios y tecnologías en salud que no pueden ser financiados con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)^[113].

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



90. La Corte Constitucional ha reiterado que las exclusiones del PBS constituyen una restricción constitucional y razonable del derecho de acceso a los servicios y tecnologías en salud, al garantizar la sostenibilidad del sistema y la adecuada destinación de los recursos para atender los asuntos prioritarios. Al respecto, la Corporación ha enfatizado que las exclusiones del PBS deben: (i) corresponder a los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015; y (ii) estar previstas de forma expresa, clara y determinada^[114].

91. Este Tribunal ha manifestado que, con base en el modelo de exclusiones que previó la Ley 1751 de 2015, existen dos grupos de servicios y tecnologías en salud para el PBS cuyas reglas de financiación y suministro son distintas^[115]:

(i). Grupo 1: incluye todos los servicios y tecnologías en salud que no se encuentren expresamente excluidos del PBS, los cuales serán financiados con cargo a los recursos asignados al sistema de salud. Cobija: (a) los servicios y tecnologías en salud explícitamente incluidos en el PBS; y, (ii) todos los servicios y tecnologías en salud que no se encuentren excluidos de forma expresa en la lista de exclusiones. Para los servicios y tecnologías de este grupo, la falta de capacidad económica del paciente no es un requisito para el suministro de los mismos.

El suministro de todos los servicios y tecnologías de este grupo está condicionado a la existencia de una prescripción del médico tratante adscrito a la red de la EPS.

Sin perjuicio de lo anterior, excepcionalmente, el juez de tutela, en ausencia de una prescripción médica, puede ordenar directamente el suministro cuando: (a) es un hecho notorio que el paciente requiere de los insumos. En este escenario, el reconocimiento estará condicionado a su posterior rectificación por el profesional tratante; o, (b) existen indicios razonables que demuestran que la falta de suministro del servicio o la tecnología afecta la salud del paciente. En estos eventos, se puede amparar el derecho a la salud en su faceta de diagnóstico y se debe ordenar a la EPS para que, mediante sus profesionales adscritos, junto con el conocimiento del paciente, emitan un concepto que confirme la necesidad del insumo.

(ii). Grupo 2: incluye los servicios y tecnologías en salud expresamente excluidos del PBS conforme a los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, con base en el listado propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social. Estos servicios y tecnologías no serán financiados con cargo a los recursos asignados al sistema de salud.

Excepcionalmente, los servicios y tecnologías en salud de este grupo podrán ser suministrados y cubiertos con los recursos del sistema de salud, cuando se satisfagan los siguientes requisitos: (a) el servicio o tecnología excluido debe haber sido ordenado por el médico tratante adscrito a

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



la EPS a la que se le solicita el suministro; (b) la ausencia del servicio o tecnología excluido causa una amenaza o vulneración de los derechos a la vida o la integridad física del paciente; (c) no existe dentro del PBS otro servicio o tecnología que supla al excluido con el mismo nivel de efectividad; y, (d) el paciente carece de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del servicio o tecnología.

7. El cubrimiento de servicios de salud oral para menores de edad. Reiteración de jurisprudencia

92. Como se ha detallado, el derecho fundamental a la salud abarca un amplio espectro de elementos que influyen en la vida de las personas. Cobija padecimientos físicos y mentales, los cuales pueden repercutir en el desarrollo adecuado y efectivo del sujeto y en el disfrute amplio de su vida. Tratándose de menores de edad, el ordenamiento jurídico ha reconocido una protección preferente para la garantía de su salud, con el objeto de minimizar su estado de vulnerabilidad y proteger su interés superior. Así, este vasto marco incluye diagnósticos relacionados con la salud oral, que deben ser priorizados cuando afectan a menores de edad, una población de especial protección constitucional.

93. Desde tiempo atrás, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha advertido que, si bien, en principio, los tratamientos en salud oral pueden considerarse cosméticos o estéticos, deben ser suministrados cuando tienen por objeto permitir la superación de problemas funcionales. Así, por ejemplo, mediante la Sentencia T-504 de 2006, esta Corporación resolvió revocar la decisión de segunda instancia en el trámite tutelar para, en su lugar, confirmar la sentencia de primera instancia, que concedió la tutela de los derechos fundamentales a la salud, la seguridad social, la integridad personal y la vida digna de una menor de edad. En dicho caso, la Sala Primera de Revisión de Tutelas consideró que la falta de tratamiento de ortodoncia para atender el diagnóstico de mala oclusión dental podía comprometer la integridad física y la salud de la niña afectada, al incidir en su función de masticación.

94. Asimismo, mediante la Sentencia T-712 de 2010, la Corte Constitucional resolvió amparar el derecho a la salud y vida digna de una menor de edad, al considerar que sus padecimientos de mala oclusión y apiñamiento dental afectaban su calidad de vida física, debido a una dificultad para comer y, su salud psicológica, a causa de burlas que recibía por su aspecto físico. En ese momento, la Sala resaltó que, aunque el tratamiento de ortodoncia tenía un fin estético, solucionaba problemas funcionales del paciente.

95. En la Sentencia T-395 de 2015, la Sala Cuarta de Revisión de Tutelas analizó varios asuntos acumulados. Respecto de un expediente que versaba sobre un diagnóstico odontológico de malformación de la mandíbula de una menor de edad, resolvió amparar el derecho

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



fundamental a la salud de la niña. En la providencia se expuso que la paciente requería una cirugía Ortognática, pero dado que no había cesado el crecimiento de su mandíbula, se le había sometido a un tratamiento de ortodoncia para acelerar el proceso. La cirugía fue negada por la EPS bajo el argumento de que se trataba de una actividad estética con fines de embellecimiento.

96. Sobre el caso anterior, la Sala respectiva precisó que se encontraban involucrados derechos fundamentales de una menor, por lo que era imperativo ejercer una especial protección constitucional. Además, indicó que las afecciones de la salud oral, si bien puede que no representen un grave peligro para la vitalidad de las personas, en algunos escenarios pueden comprometer actividades como la masticación, lo que deriva en una inadecuada alimentación y nutrición, que altera la calidad de vida. Esto, sumado a que dolores de cabeza, de oído y demás molestias que aquejaban a la paciente, demostraron que el procedimiento requerido tenía un objetivo funcional.

97. Con base en lo anterior, es posible concluir que muchos de los procedimientos de salud oral en los menores de edad que buscan atender diagnósticos derivados de la especialidad de odontología u ortodoncia no pretenden simplemente generar un embellecimiento o mejoría estética. También pueden afectar actividades básicas del ser humano, como lo es masticar sin dolor y sin cansancio, y garantizar su salud mental en un momento de la vida en el que la formación de la autoestima y el desarrollo de habilidades de socialización son especialmente importantes.

8. El impacto del aspecto físico en la salud mental y emocional para los menores de edad

98. Ya se ha dicho que la jurisprudencia constitucional ha reconocido que las afectaciones a la salud pueden tener efectos adversos en la salud mental de las personas. Es por ello que, este Tribunal, ha manifestado que la integralidad en la prestación de los servicios de salud implica la obligación de asegurar todos los tratamientos, medicamentos e intervenciones necesarias para garantizar la plenitud física y mental de los individuos^[116]. De esta manera, el derecho a la salud, al perseguir la garantía de una normalidad orgánica y funcional, irradia tanto en el plano físico como en el plano mental y emocional. Así, el derecho a la salud abarca todas las dimensiones de las personas, y su satisfacción es necesaria para garantizar una vida digna y la efectividad de otros derechos fundamentales^[117].

99. La Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud mental como aquel estado de bienestar que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a su comunidad. Por esto, tiene un valor intrínseco e instrumental y es un derecho humano fundamental^[118].

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



100. Este ente internacional también ha detallado que la adolescencia es un período crucial para el desarrollo de hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental, como lo son patrones de sueño saludables, la capacidad para enfrentar situaciones difíciles y aprender a gestionar las emociones. De igual forma, dicha organización ha expuesto que la salud mental en los adolescentes puede verse afectada por múltiples razones como, por ejemplo, la presión social, las relaciones con sus compañeros, el acoso escolar, y situaciones de estigmatización, discriminación o exclusión^[119].

101. Adicionalmente, ha resaltado que los trastornos por ansiedad, que se pueden manifestar como crisis de angustia o un exceso de preocupación, afectan de manera considerable la asistencia a la escuela, el estudio y el rendimiento académico. Además, que el retraimiento social puede tener efectos de aislamiento que impactan la salud mental^[120].

102. Por su parte, la Corte Constitucional ha precisado, en distintas oportunidades, que existen padecimientos que, además de generar una disfunción física o funcional, tienen un impacto emocional, que afecta el derecho a la salud de las personas. En la Sentencia T-307 de 2006, la Sala Séptima de Revisión de Tutelas estudió el caso de un niño que nació con un defecto en sus orejas. En principio, tal condición no le causó muchos problemas, pero luego le ocasionó mofas por su aspecto físico. Por tal razón, el menor comenzó a aislarse y empezó a mostrar signos de agresividad y depresión. El niño fue evaluado por un médico que le ordenó una operación. Sin embargo, la EPS negó su autorización al considerar que tenía un carácter estético.

103. En dicho asunto, la Sala mencionada ordenó el procedimiento quirúrgico para restablecer la salud integral del menor. Preciso que muchas enfermedades, más allá de tener un origen en una disminución física o funcional, se derivan de presiones del ambiente social y producen estrés, lo cual conlleva sentimientos de abandono, baja autoestima, aislamiento, burlas, inconformidad con la propia imagen, depresión y agresividad. Estas situaciones deben atenderse desde la infancia, para evitar circunstancias irreversibles que implicaran altos costos económicos, sociales y emocionales, y con el objeto de prevenir afectaciones de la salud en alguna de sus facetas.

104. Mediante la Sentencia T-562 de 2014, la Sala Sexta de Revisión de Tutelas abordó el caso de un menor de edad que también tenía una condición en sus orejas. Le ordenaron una cirugía, pero esta fue negada por la EPS al no encontrarse dentro del plan de salud del magisterio. En este asunto, se reiteró lo plasmado en la Sentencia T-307 de 2006. En particular, se recordó que el derecho a la salud no se limita solamente al aspecto físico o funcional, pues este abarca de igual forma el bienestar psíquico, emocional y social de las personas, en especial cuando se trata de un niño. En ese entendido, la Sala ordenó la autorización de la cirugía.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



105. En otra oportunidad, la Sala Séptima de Revisión de Tutelas, mediante la Sentencia T-010 de 2019, analizó el caso de una niña que requería una intervención quirúrgica de “*resección de tumor benigno en el lóbulo de la oreja derecha*”. No obstante, la cirugía fue negada por la EPS bajo el argumento de que la misma tenía un fin estético, y no funcional. Para solucionar el asunto, la Sala manifestó que la cirugía recomendada buscaba proteger la dignidad humana de la menor, en el sentido que se pretendía garantizar la salud integral de la niña, quien se vio afectada en su aspecto psíquico y social.

106. La Sala mencionada recordó que el concepto amplio e integral del derecho a la salud se extiende más allá de lo puramente funcional y orgánico, especialmente cuando afecta a sujetos que deben ser protegidos primordialmente por el Estado, por su situación de indefensión, vulnerabilidad y debilidad, como ocurre con los niños, niñas y adolescentes.

107. De acuerdo con lo expuesto, el derecho a la salud, en su faceta prestacional, persigue la protección frente a los padecimientos físicos y orgánicos que aquejan a las personas, pero también tiene como fin evitar el impacto negativo que pueden tener ciertas enfermedades y condiciones en su salud mental. Este aspecto de la salud puede verse afectado por presiones externas al individuo, relacionadas con su entorno y lo que este considera como bello o armonioso. En otras palabras, es de igual importancia, ante males físicos que, en principio no tienen un impacto tan trascendental en la salud funcional, proteger los efectos que se materializan en la salud mental y emocional de las personas, más aún si recaen en sujetos de especial protección constitucional como lo son los menores de edad. Una garantía integral de la salud implica amparar este derecho desde su concepción amplia, para asegurar un desarrollo integral.

III. CASO CONCRETO

108. *Metodología.* Para el estudio del caso, la Sala: (i) analizará las particularidades, diagnósticos y órdenes del accionante; (ii) revisará las afectaciones que sufre por sus padecimientos de salud oral; (iii) determinará si la negativa de Compensar EPS para brindar los servicios en salud que requiere el actor fue adecuada y si los mismos pueden estar cubiertos por el PBS; y, (iv) explicará la conclusión del caso y las órdenes por dictar.

109. *Las particularidades, diagnósticos y órdenes del accionante.* El actor es un adolescente de quince años de edad que se encuentra afiliado a Compensar EPS en estado activo, en calidad de beneficiario por parte de su madre^[121]. El adolescente *Joaquín* fue diagnosticado, inicialmente, por odontología general, con dientes moteados (fluorosis generalizada), gingivitis crónica, cálculos supragingivales, mal oclusión y caries de la dentina^[122]. En esa oportunidad, la

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



profesional en salud le ordenó al accionante valoración por estética dental y ortodoncia^[123].

110. Luego, en consulta con la especialidad de ortodoncia^[124], la médica tratante le diagnosticó mal oclusión clase III (la mandíbula inferior se sitúa más hacia adelante que la superior), levognatismo mandibular o desviación de la mandíbula hacia la izquierda, mordida cruzada anterior y posterior izquierda, y caries e hipoplasia dental generalizada^[125]. Por esto, le ordenó tratamiento por ortodoncia, una radiografía panorámica y un paquete básico de ortodoncia^[126]. También consta que la profesional entregó una orden escrita a mano en relación con el tratamiento de ortodoncia (*brackets*). Después, en una segunda cita con la misma especialidad^[127], la ortodoncista Ángela María Toro Aristizabal confirmó sus diagnósticos y órdenes^[128]. En sede de revisión, indicó que como el accionante no aportó las ayudas diagnósticas, no podía precisar el tratamiento definitivo^[129].

111. En síntesis: (i) la profesional en salud especializada en odontología que atendió al accionante ordenó valoración por estética dental y ortodoncia^[130]; (ii) que tanto en la historia clínica que aportó el accionante como en la respuesta que brindó en sede de revisión la ortodoncista que valoró al actor, consta que se ordenó tratamiento por ortodoncia, una radiografía panorámica y un paquete básico de ortodoncia^[131]; y, (iii) la ortodoncista que atendió al adolescente *Joaquín*, entregó una orden escrita a mano en relación con el tratamiento de ortodoncia (*brackets*) que necesita el actor e información sobre una cirugía maxilo-facial^[132].

112. Por otro lado, el accionante hace parte del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén), en la categoría B4 —pobreza moderada—^[133]. Vive con sus padres y su hermano y estudia en un colegio público^[134]. Además, en su núcleo familiar, su madre, quien devenga un salario mínimo, es la única que trabaja, debido a que, por el momento, su papá se encuentra desempleado^[135].

113. *Los padecimientos del accionante por sus diagnósticos.* De los elementos probatorios obrantes en el expediente, la Sala constata que, como consecuencia de los diagnósticos que le determinaron las profesionales en odontología, ortodoncia y psicología, el adolescente *Joaquín* sufre consecuencias que lo afectan en su ámbito físico y funcional, así como en su salud mental y emocional. En su conjunto, tales consecuencias impactan su salud integral de manera significativa.

114. Respecto de los males que lo aquejan *física y funcionalmente*, debe resaltarse en primera medida que el accionante acudió por primera vez a cita con odontología general, debido a un fuerte dolor al comer, masticar y bostezar^[136]. De igual forma, comentó que en ocasiones no puede comer ni dormir bien^[137]. Asimismo, expresó que, dado que sus padres no cuentan con los recursos necesarios para costear el tratamiento ordenado, ha tenido que aguantar



incomodidad y dolor por varios días^[138].

115. La ortodoncista tratante, en respuesta al requerimiento probatorio inicialmente efectuado a través del Auto del 4 de febrero de 2026, he insistido mediante el Auto del 19 de febrero del mismo año, indicó: “[n]o se evidencia disfagia dislexia disfunción oral, dificultad respiratoria o de masticación, ni dolor muscular o articular, que le genere afectación en su vida”^[139].

116. Para la Sala, lo anterior no significa que lo informado por el adolescente no sea cierto. Sus afirmaciones coinciden con lo manifestado por el profesional César Eduardo Figueroa Arango, odontólogo, ortodoncista y miembro activo de la Sociedad Colombiana de Ortodoncia, en respuesta al Auto del 4 de febrero de 2026. Como ya se indicó, el experto sostuvo que, aunque, en la actualidad, el paciente “puede alimentarse con relativa normalidad”, los padecimientos del accionante podrían generarle un deterioro mayor de los dientes en comparación con una persona de su misma edad y un dolor crónico o incluso agudo, en las articulaciones de la cara. Esto podría afectar la posición ergonómica en la postura del adolescente, ocasionando “cabeza agachada” ^[140].

117. Además, el profesional Arango manifestó que el actor requiere un procedimiento de microabrasión dental con las sustancias usadas para minimizar los defectos en el esmalte dental. Además, la discrepancia maxilomandibular que presenta^[141], en una primera fase, requiere ortodoncia prequirúrgica, la cual busca alinear los dientes con el uso de *brackets* sobre sus bases óseas; y, en una segunda fase, “obligatoriamente” una cirugía Ortognática^[142], como única alternativa para lograr la coordinación del maxilar superior con la mandíbula de forma adecuada^[143].

118. Por otro lado, la Sala advierte que, a partir de las pruebas recaudadas en sede de revisión, el accionante se está viendo afectado también en su salud *mental y emocional*. El adolescente *Joaquín* manifestó que, por la ausencia de tratamiento, siente angustia de que su situación empeore y sea tarde para la corrección de su condición^[144].

119. Por su parte, el profesional César Eduardo Figueroa Arango también señaló que, en razón a los diagnósticos del actor, su “estado mental y social (...) se ve y se verá afectado (...). Disminuirá su capacidad de gestionar emociones, afrontar el estrés, y mantener relaciones positivas. Afectando su nivel de autoestima”^[145]. Además, que estos padecimientos generan “inseguridades [e] irritabilidad en [el] comportamiento”^[146]. En todo caso, el profesional conceptuó que las incidencias psicológicas del paciente por su aspecto físico deben ser soportadas por un psicólogo^[147].



120. A raíz de lo anterior, como ya se advirtió, la magistrada ponente requirió a Compensar EPS para que agendará una cita con la especialidad de psicología para el adolescente *Joaquín*^[148]. Dicha cita fue realizada el 5 de marzo de 2026^[149]. El día 9 del mismo mes y año, el accionante aportó el resultado de la valoración realizada por la especialidad de psicología^[150]. La profesional Claudia Alejandra Peña Rivera manifestó que, al indagar sobre el estado emocional del paciente, *Joaquín* refirió que, desde el inicio de sus problemas de salud oral, en el ámbito escolar ha sido objeto de situaciones de burlas y *bullying*, lo cual le ha generado incomodidad y malestar emocional. Además, indicó que el paciente señaló que en diversas ocasiones evita reírse o sonreír debido a la apariencia de sus dientes, situación que ha afectado su seguridad personal en contextos sociales.

121. Asimismo, el resultado de la consulta arrojó que el accionante reconoce que un procedimiento quirúrgico representaría un cambio positivo para su proyecto de vida, ya que considera que mejoraría su confianza personal, su bienestar emocional y su interacción con sus compañeros, y evitaría su aislamiento social.

122. Con base en lo expuesto, la profesional Claudia Alejandra Peña Rivera concluyó lo siguiente: “[d]esde la valoración realizada en la especialidad de psicología, se evidencia que la condición de salud oral y la ausencia del tratamiento correspondiente han impactado su autoestima y su interacción social, particularmente en el contexto escolar”^[151].

123. De lo expuesto, la Sala advierte que, como consecuencia de las dolencias en salud oral que padece el accionante y la falta de tratamiento correspondiente, el adolescente *Joaquín* tiene afectaciones en su salud que no se limitan al espectro físico y funcional. Esto, porque su condición oral también ha impactado negativamente su salud mental y emocional, repercutiendo en su confianza y relacionamiento social. En este punto, debe recordarse que el accionante es un sujeto de especial protección constitucional, frente al cual el ordenamiento jurídico exige una prioridad en la garantía y ejercicio de sus derechos, entre ellos, el derecho a la salud.

124. *La negativa de Compensar EPS y el cubrimiento de los servicios en salud oral que requiere el actor por el PBS.* En el trámite de instancia de la acción de tutela, la EPS accionada manifestó que el accionante no aportó órdenes médicas que soportaran los tratamientos y servicios que requiere. Por ello, no era posible confirmar si estas fueron otorgadas y se encuentran vigentes. Por esto, indicó que solicitó a la IPS Compensar hacer seguimiento al paciente, y validar si ya fue atendido y si las órdenes respectivas fueron emitidas. Preciso que la EPS cubrirá los procedimientos odontológicos que necesite, siempre y cuando estos sean funcionales, y no estéticos^[152].

125. En sede de revisión, Compensar EPS expresó que dado que el paciente no aportó los



exámenes solicitados (radiografías y paquete básico de ortodoncia), no fue posible definir el tratamiento a seguir. Asimismo, que, a partir de la información disponible, advirtió que no se acreditó una afectación funcional que habilite la cobertura de los servicios. Al respecto, resaltó que de conformidad con la Resolución 2765 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social, los tratamientos de ortodoncia sólo son cubiertos por el PBS cuando tengan una finalidad funcional y no meramente estética^[153].

126. La Resolución 2765 de 2025, antes referenciada, actualizó los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del sistema en salud para la vigencia 2026. Sus artículos 30^[154] y 32^[155] disponen que procedimientos de salud oral, como la ortodoncia, así como servicios y tecnologías en salud oral, serán financiadas con recursos de la UPC, siempre que tengan una finalidad funcional.

127. Como se ha expuesto, el accionante tiene dolencias físicas que en este momento no representan una amenaza contra su vida. Sin embargo, estos padecimientos sí impactan su bienestar, físico y mental. En efecto, sus diagnósticos afectan una tarea tan cotidiana y fundamental para el ser humano como lo es masticar con normalidad y sin dolor. Esto, sin duda, altera su calidad de vida. Además, el actor vive situaciones de burlas y *bullying*, que le generan incomodidad y malestar emocional. Esto ha disminuido su confianza en sí mismo, debido a que evita reírse o sonreír a causa de la apariencia de sus dientes. Por ello, y como lo resaltó la profesional en psicología que atendió al accionante^[156], sus padecimientos han impactado de manera negativa su autoestima y su interacción social, particularmente en el contexto escolar.

128. Los menores de edad son un grupo poblacional que requiere una protección constitucional especial debido a su estado de vulnerabilidad y debilidad. La adolescencia es un período crucial para el desarrollo y bienestar mental de las personas. Desde esta edad, los individuos desarrollan hábitos y adquieren herramientas para gestionar sus emociones y enfrentar los retos y problemas inherentes a la vida. Se trata de una etapa en la cual las relaciones sociales con los pares son especialmente importantes. A partir de estas, los adolescentes construyen su identidad y afianzan sus habilidades emocionales. La presión social por cumplir estándares de belleza puede ser extraordinariamente lesiva para los adolescentes que se desvían de esos estándares. De ahí que el *bullying* y las burlas cuya base es el aspecto físico puedan dejar secuelas a largo plazo en quien las padece, como baja autoestima y depresión.

129. Por ello, situaciones de acoso escolar y aquellas que generan angustia, ansiedad y aislamiento social, entre otras, especialmente para los adolescentes, se deben eliminar o reducir de forma temprana. Esto, con la finalidad de impedir en el futuro repercusiones que podrían tener un impacto en la vida del sujeto e implicar costos económicos, sociales y emocionales, incluso

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



para el propio Sistema General de Salud.

130. El tratamiento de ortodoncia prescrito al accionante no tiene como finalidad exclusiva generar un embellecimiento o mejoría en su apariencia estética. Si bien, dicho procedimiento puede producir efectos inherentes en ese sentido, su propósito fundamental es contrarrestar las dolencias físicas que padece el adolescente y mitigar las afectaciones que ha sufrido en los ámbitos psíquico y social.

131. Con fundamento en lo expuesto, la Sala concluye que los servicios y tecnologías que le fueron debidamente ordenados al accionante, concretamente el tratamiento por ortodoncia, la radiografía panorámica y el paquete básico de ortodoncia, pertenecen al grupo 1 del modelo de exclusiones que previó la Ley 1751 de 2015. Esto, por cuanto los servicios y tecnologías en salud ordenados no tienen únicamente fines estéticos, sino también funcionales, pues están orientados a mejorar su salud física y mental.

132. Adicionalmente, esto mismo sucede con los otros diagnósticos que tiene el accionante relacionados con la higiene oral. De acuerdo con la información suministrada por el profesional César Eduardo Figueroa Arango, odontólogo, ortodoncista y miembro activo de la Sociedad Colombiana de Ortodoncia, el tratamiento para la gingivitis generalizada crónica, los cálculos supragingivales y la fluorosis generalizada que padece el accionante, estarían cubiertos en el PBS. En efecto, el experto resaltó que “[l]os tratamientos de promoción y prevención en odontología si están incluidos en el PBS (limpieza, retiro de cálculos y profilaxis dentales)”^[157].

133. De igual forma, la odontóloga que atendió al accionante informó que “las obturaciones y las actividades de promoción y prevención están incluidas dentro del PBS”^[158].

134. *Conclusión del caso y órdenes por dictar.* De conformidad con las consideraciones planteadas en esta Sentencia y el análisis efectuado por la Sala en líneas anteriores, la Sala revocará la sentencia de instancia dictada por el Juzgado 030 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá del 22 de agosto de 2025, por tres razones:

135. Primero, como quedó demostrado, a diferencia de lo sostenido por el Juzgado 030 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá, la presente acción de tutela sí satisface los requisitos de legitimación en la causa por activa y subsidiariedad.

136. Segundo, el adolescente *Joaquín* ha visto afectada su salud de manera integral, como consecuencia de la ausencia del tratamiento que le fue ordenado para atender los padecimientos en salud oral que le diagnosticaron. En efecto, ha tenido repercusiones en actividades cotidianas como masticar de forma normal y sin dolor. Además, sus padecimientos han generado efectos



negativos en su ámbito mental y social. Por ello, el actor ha sufrido de burlas y *bullying*, y ha visto disminuida su autoestima y seguridad personal.

137. Y, tercero, los servicios y tecnologías que le fueron debidamente ordenados al accionante, concretamente el tratamiento por ortodoncia, la radiografía panorámica y el paquete básico de ortodoncia, pertenecen al grupo 1 del modelo de exclusiones que previó la Ley 1751 de 2015. En ese entendido, dichos servicios y tecnologías deberán ser financiados con los recursos asignados al sistema de salud a cargo de la EPS accionada, de conformidad con lo expuesto en esta providencia.

138. Así las cosas, la Sala ordenará a Compensar EPS: (i) que, en el término de cuarenta y ocho horas (48), contadas a partir de la notificación de esta sentencia, inicie los tratamientos y procedimientos que el actor necesita en relación con su higiene oral; (ii) que, en el mismo término, autorice y garantice la toma de la radiografía panorámica y la realización del paquete básico de ortodoncia que requiere el accionante, así como cualquier otra toma diagnóstica y/o similar que se necesite para su tratamiento de ortodoncia prescrito; y (iii) que, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes, contados a partir de la notificación de esta sentencia, inicie el tratamiento de ortodoncia que necesita el accionante, previa revisión del médico tratante.

139. Además, la Sala desvinculará del presente trámite al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Secretaría Distrital de Salud y a los padres del adolescente *Joaquín*, la señora *María* y el señor *Eduardo*; y por medio de la Secretaría General de la Corte Constitucional, librará las comunicaciones que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

140. Para terminar, resulta importante referirse a la cirugía Ortognática que el actor necesita. La Sala no ordenará su realización pues, como lo indicó el experto César Eduardo Figueroa Arango, esa intervención solo se puede realizar cuando finalice el crecimiento óseo del cóndilo activo, que ocasiona la desviación de la cara. Por lo general, esto sucede a la edad de 25 años. La certeza sobre la ocurrencia de este evento se obtiene con base en la realización a esa edad de un examen llamado gammagrafía ósea.

141. Como es natural, la Corte no puede ordenar a Compensar EPS que realice una cirugía que solo puede tener lugar en diez años. Para ese momento, podría ocurrir que el actor no se encuentre afiliado a esa entidad.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Quinta de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional,

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

Primero. **REVOCAR** la sentencia dictada por el Juzgado 030 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá, dentro del expediente de la referencia. En consecuencia, **CONCEDER** el amparo de los derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a la integridad personal de *Joaquín*, de conformidad con lo expuesto en esta sentencia.

Segundo. **ORDENAR** a Compensar EPS para que, en el término de cuarenta y ocho horas (48), contadas a partir de la notificación de esta sentencia, inicie los tratamientos y procedimientos que el actor necesita en relación con su higiene oral.

Tercero. **ORDENAR** a Compensar EPS para que, en el término de cuarenta y ocho horas (48), contadas a partir de la notificación de esta sentencia, autorice y garantice la toma de la radiografía panorámica y la realización del paquete básico de ortodoncia que requiere el accionante, así como cualquier otra toma diagnóstica y/o similar que se necesite para su tratamiento de ortodoncia prescrito.

Cuarto. **ORDENAR** a Compensar EPS para que, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes, contados a partir de la notificación de esta sentencia, inicie el tratamiento de ortodoncia que necesita el accionante, previa revisión del médico tratante.

Quinto. **DESVINCULAR** del presente trámite al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Secretaría Distrital de Salud y a los padres del adolescente *Joaquín*, la señora *María* y el señor *Eduardo*, por las razones expuestas en esta providencia.

Sexto. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, la Secretaría General de la Corte Constitucional librará las comunicaciones correspondientes. El juez de tutela de primera instancia hará las notificaciones a las partes y tomará las medidas necesarias para el cumplimiento de esta sentencia.



2.NORMATIVA



2.1.RESOLUCIONES



2.1.1. Resolución 820 de 2026

Por medio del cual se establecen los requisitos para la apertura de la actividad o traslado de los establecimientos farmacéuticos minoristas y se da cumplimiento a la Sentencia C-479 de 2024.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial de las conferidas en el parágrafo 3o del artículo 10 de la Ley 23 de 1962, modificado por el parágrafo 2o del artículo 1 de la Ley 8 de 1971, el artículo 429 de la Ley 9 de 1979, el numeral 2 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, la Sentencia C-479 del 2024 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 1 de la Constitución Política establece que Colombia está organizada en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales para la gestión de sus intereses, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del Interés general.

Que la Ley 23 de 1962, establece los principios y normas generales para el ejercicio de la profesión del químico farmacéutico incluyendo aspectos relevantes para el servicio farmacéutico.

Que el artículo 10 de la anterior Ley, señala la facultad del Ministerio de Salud y Protección Social, de estudiar y fijar los barrios, zonas, sectores y lugares que preferencialmente requieren el servicio de farmacias y droguerías, para que haya una distribución más racional y planificada, en procura de que se cumpla la función social a que están determinadas por mandato de la ley.

Que, por medio de la Ley 715 de 2001 se establecen disposiciones en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, específicamente el numeral 42.3 del artículo 42 de la misma ley, asigna a la Nación entre otras funciones, la dirección y coordinación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que incluye la regulación de aspectos relacionados con la prestación de servicios de salud, dentro de los cuales se encuentra el servicio farmacéutico.

Que el artículo 43 de la precitada ley, asigna a los Departamentos la dirección, coordinación y vigilancia del sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. En ese orden, en el numeral 43.1.5 del artículo en cita le atribuyó a esa entidad territorial, la competencia para realizar la vigilancia y control al cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

Que el artículo 44 de la misma Ley definió que les corresponde a los municipios la dirección y coordinación del sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción. En desarrollo de lo anterior, el numeral 44.1.1 les confiere la competencia para formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental; y el numeral 44.1.3 les atribuye la gestión y supervisión del acceso a la prestación de los servicios de salud a la población de su jurisdicción.

Que luego, el artículo 45 de la ley citada anteriormente, establece que a los Distritos le corresponden las mismas competencias de salud atribuidas a los departamentos y municipios, excepto para aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.

Que este Ministerio expidió la Resolución No. 010911 de 1992, la cual determinó los requisitos para la apertura y traslado de las Droguerías o Farmacias Droguerías. En su artículo 2o asignó en las oficinas de Control de Medicamentos de las Direcciones Seccionales o Locales de Salud o las entidades que hagan sus veces, la competencia para autorizar su apertura o traslado.

Que posteriormente, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 2200 de 2005 mediante el cual reguló el servicio farmacéutico y dictó otras disposiciones. En su artículo 12, modificado por el artículo 1 del Decreto 3554 de 2008, contemplaba la competencia, los requisitos y los criterios que debían cumplirse para la apertura y/o traslado de los establecimientos farmacéuticos minoristas.

Que el artículo 136 del Decreto Ley 019 del 2012, derogó el parágrafo 3o del artículo 10 de la Ley 23 de 1962, modificado por el artículo 1 de la Ley 47 de 1967 y el parágrafo 2° del artículo 1 de la Ley 8 de 1971, luego el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 compiló el Decreto 2200 de 2005 junto con sus modificaciones en los artículos 2.5.3.10.1 al 2.5.3.10.28.

Que la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, mediante concepto con radicado 11001-03-06-000-2012-00050-00(2107) del veintitrés (23) de agosto de dos mil doce (2012), se pronunció sobre los efectos del artículo 136 del Decreto Ley 019 de 2012, indicando que con esta

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



derogatoria se configura la pérdida de la ejecutoriedad de los actos administrativos de carácter general expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que, los literales b) y j) del artículo 5 de la Ley 1751 de 2015 prescriben como obligaciones del Estado diseñar e implementar políticas de salud que garanticen el acceso equitativo al derecho a la salud para toda la población, promoviendo la coordinación entre los diferentes actores del sistema. De igual manera, intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumes en salud con el objetivo de mejorar su uso, evitar desigualdades en el acceso, garantizar su calidad y prevenir cualquier afectación grave en la prestación del servicio.

Que por su parte, la Corte Constitucional mediante la Sentencia C-479 de 2024 dispuso la reviviscencia del parágrafo 3o del artículo 10 de la Ley 23 de 1962, modificado por el parágrafo 2o del artículo 1 de la Ley 8 de 1971 y, ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social, definir cuál de las regulaciones administrativas expedidas en desarrollo de la norma legal revivida queda vigente

Que, para dar cumplimiento al mandato legal revivido por la inexequibilidad derivada de la Sentencia C-479 de 2024 de la Corte Constitucional, se hace necesario considerar mandatos constitucionales y legales posteriores al año 1971 que inexorablemente deben ser armonizados para cumplir los fines del Estado Social de Derecho, como lo es la autonomía territorial dispuesta en el artículo 287 constitucional.

Que, así mismo, la Corte Constitucional por medio de la citada providencia recordó la importancia en la adopción de las medidas dispuestas en la norma para garantizar el derecho a la salud en materia de acceso y disponibilidad de medicamentos, por ejemplo, en zonas apartadas, a través de una distribución equitativa, oportuna y progresiva, particularmente en relación con personas vulnerables.

Que, la misma Corte Constitucional destacó la necesidad de equidad en la accesibilidad de medicamentos para todas las personas de forma fácil y cercana, considerando que la administración de estos puede requerir inmediatez y que la población usuaria incluye personas con movilidad reducida, como adultos mayores o pacientes con condiciones de salud que dificultan su desplazamiento.

Que, de otra parte, la autonomía territorial y las competencias atribuidas a los distintos niveles territoriales se ejercen conforme a los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad, de acuerdo con los artículos 287 y 288 de la Constitución Política.

Que en esa misma línea, los numerales 2 y 3 del artículo 8 de la Ley 388 de 1997 señalan que,

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



la función pública del ordenamiento del territorio de las entidades territoriales se ejerce mediante las decisiones administrativas que les son propias, relacionadas con el ordenamiento del territorio y la intervención en los usos del suelo, a través de los cuales puede localizar y señalar las características los equipamientos de servicios de interés público y social, tales como centros hospitalarios y lugares análogos, así como establecer la zonificación y localización de los centros de producción, actividades terciarias y residenciales, y definir los usos específicos, intensidades de uso, las cesiones obligatorias, los porcentajes de ocupación, las clases y usos de las edificaciones y demás normas urbanísticas.

Que para cumplir el propósito del párrafo 3o del artículo 10 de la Ley 23 de 1962, modificado por el artículo 1 de la Ley 47 de 1967 y el párrafo 2o del artículo 1 de la Ley 8 de 1971, y conforme al orden constitucional en la definición del territorio y sus competencias, es necesario que el análisis y definición de los barrios, zonas, sectores y lugares prioritarios para la ubicación de farmacias y droguerías se determine por parte de los entidades territoriales, quienes, por su conocimiento de las particularidades socioeconómicas, los diseños de sus territorios y las complejidades económicas se encuentran en mayor capacidad para autorizar la apertura o traslado de la actividad de los establecimientos farmacéuticos minoristas. Lo anterior en aras de garantizar la efectividad del derecho fundamental a la salud, de acuerdo a las consideraciones de la Corte Constitucional en la Sentencia C-479 de 2024.

Que resulta igualmente importante, para la accesibilidad y función social del servicio farmacéutico en el territorio nacional, que el Ministerio de Salud y Protección Social cuente con una base de datos actualizados sobre la localización, apertura y traslado de la actividad de las farmacias-droguerías y droguerías en la jurisdicción de cada entidad territorial. Esto con el propósito de identificar las zonas que carecen de estos servicios y, en consecuencia, permitir a esta Cartera el análisis, estudio y fortalecimiento de la política farmacéutica en aquellas áreas donde se requiere mayor oferta de servicios farmacéuticos de calidad

Que, las providencias judiciales son de obligatorio cumplimiento para todas las autoridades administrativas dentro del ordenamiento jurídico colombiano; su inobservancia puede acarrear la imposición de las sanciones correspondientes.

Que, en virtud de lo expuesto, y en atención a lo ordenado en la sentencia C-479 del 2024 de la Corte Constitucional en concordancia de la sentencia de segunda instancia dictada el 23 de octubre de 2025 por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Segunda, Subsección D, así como el requerimiento efectuado por el Juzgado Veintisiete Administrativo del Circuito de Bogotá D.C mediante Auto No. 302 del 27 de abril del 2026, en el marco de la acción de cumplimiento con radicado 11001-33-35- 027-2025-00315-00, resulta imperioso a través de la presente Resolución, establecer los criterios y requisitos mínimos que permitan la apertura de la

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



actividad o traslado de los establecimientos farmacéuticos por parte de las Entidades Territoriales, para el ejercicio de esta potestad, a su vez, la determinación de unos criterios que deben tenerse en cuenta para que dichas entidades, en el marco de sus competencias y en el ámbito de su autonomía, fomenten las condiciones para que se genere la apertura o traslado de los establecimientos farmacéuticos minoristas en sus territorios.

RESUELVE:

Artículo 1. Autorización para apertura o traslado de la actividad de los Establecimientos Farmacéuticos Minoristas. Todo establecimiento farmacéutico minorista en el territorio nacional, para poder realizar su actividad, debe solicitar a las Entidades Departamentales o Distritales o quien haga sus veces, autorización para su apertura o traslado, las cuales le permitirá operar como servicio farmacéutico independiente o como gestor farmacéutico en las actividades, procesos y en las condiciones establecidas en la reglamentación del Servicio farmacéutico.

La autorización se expedirá teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- a) Permitir la apertura o traslado de la actividad de los establecimientos farmacéuticos minoristas procurando que se favorezca la cobertura geográfica, teniendo en cuenta las necesidades del servicio.
- b) Garantizar la apertura o traslado de la actividad de establecimientos farmacéuticos minoristas en los lugares en donde se identifique la necesidad de existencia de este tipo de establecimientos de acuerdo a la densidad poblacional en sus territorios.
- c) Garantizar la pluralidad de los establecimientos farmacéuticos minoristas en cada territorio, con el propósito de permitir el derecho de los usuarios a elegir medicamentos, dispositivos médicos y tecnologías en salud relacionadas con el tratamiento farmacoterapéutico y demás productos autorizados en la parte final del artículo 34 de la Ley 1122 de 2007 y los procedimientos expresamente autorizados por la normatividad del servicio farmacéutico.
- d) Para permitir la apertura o traslado de la actividad de los establecimientos farmacéuticos minoristas, se debe cumplir con las disposiciones normativas respecto del uso de suelo y ordenamiento territorial, tal como el Esquema Básico de Ordenamiento Territorial (EOT), el Plan Básico de Ordenamiento Territorial (PBOT) y los Planes de Ordenamiento Territorial (POT), según corresponda.

Los Departamentos y los Distritos, deberán motivar sus decisiones con base en los anteriores criterios, para cada solicitud de apertura o traslado de la actividad de los establecimientos farmacéuticos minoristas en cada una de sus jurisdicciones.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Artículo 2. Solicitud de autorización de apertura o traslado de la actividad. Para efectos de obtener la autorización para la apertura de la actividad o traslado de un establecimiento farmacéutico minorista, el interesado debe presentar a las Entidades Departamentales o Distritales, o quien haga sus veces, una solicitud escrita que cumpla con los siguientes requisitos:

- a) De acuerdo con el volumen de actividades y el número de trabajadores que laboren en estos, deberán tener una estructura acorde con los procesos que realicen; ubicación independiente; área física exclusiva, de circulación restringida y de fácil acceso.
- b) Deberá garantizar el estado óptimo de iluminación, pisos, paredes, cielos rasos, instalaciones higiénicas y sanitarios, eléctricas, que permitan la conservación de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos y demás productos autorizados, así como, someterse a las demás condiciones establecidas en el modelo de gestión del servicio farmacéutico.
- c) El área no debe ser inferior a veinte (20) metros cuadrados.
- d) El área debe ser de fácil acceso. e) Croquis o plano del local.

Una vez se realice la visita administrativa por parte de la entidad territorial correspondiente y que haya obtenido el concepto favorable, podrá empezar a prestar el servicio.

Parágrafo. El establecimiento farmacéutico minorista que se encuentre operando legalmente y sea trasladado de la sede en que fue autorizada, dentro de los treinta días siguientes a dicho traslado efectivo, notificará de aquella novedad a la entidad territorial correspondiente sobre la nueva sede para que se inicie el trámite de verificación de cumplimiento de requisitos.

Artículo 3. Actuación administrativa sobre la solicitud de apertura o traslado de la actividad de los Establecimientos Farmacéuticos Minoristas. Para la solicitud de apertura o traslado de la actividad de los establecimientos farmacéuticos minoristas, las Entidades Departamentales o Distritales o las entidades que hagan sus veces, deben realizar como mínimo las siguientes actividades:

- a) Realizar la visita de verificación de requisitos.
- b) Elaborar el acta con el concepto favorable o desfavorable de la autorización o traslado de la actividad del establecimiento farmacéutico minorista.

Parágrafo. Si como resultado de la visita, el concepto es desfavorable, pero las deficiencias anotadas permiten que en un plazo no mayor de treinta (30) días hábiles se efectúen las correcciones de estas, las entidades departamentales o distritales admitirán la posibilidad de corrección, y para tal efecto deberán realizar una nueva inspección verificando que se hayan



subsano las deficiencias y así emitir un concepto definitivo.

Artículo 4. Cierre de la actividad por falta de solicitud de autorización de apertura o traslado y pérdida de los requisitos. Los establecimientos farmacéuticos minoristas que operen de hecho serán cerrados de inmediato por las Entidades Departamentales o Distritales o las entidades que hagan sus veces. Igual medida se aplicará a los establecimientos farmacéuticos minoristas que durante su operación pierdan las condiciones que tenían al momento de ser autorizados o trasladados.

Artículo 5. Las sanciones por incumplimiento de los requisitos. Por el incumplimiento de los requisitos de que trata el presente acto, los funcionarios de las Entidades Departamentales o Distritales o las entidades que hagan sus veces, deberán imponer medidas y sanciones correspondientes en cada caso, las cuales, serán consideradas, de conformidad con lo establecido en la Ley 9 de 1979, en la ley 1801 de 2016 y demás normas concordantes y pertinentes.

Artículo 6. Coordinación entre las entidades territoriales. Los departamentos en ejercicio del principio de coordinación y colaboración, para el ejercicio de sus competencias, se apoyarán con cada municipio para facilitar la realización y desarrollo de lo establecido en la presente Resolución.

Artículo 7. Fomento para la apertura o traslado de la actividad de los establecimientos farmacéuticos minoristas. Los departamentos, distritos y municipios, en el marco de sus competencias y dentro del ámbito de su autonomía, fomentarán las condiciones para que se genere la apertura de la actividad o traslado de los establecimientos farmacéuticos minoristas, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- a) En los lugares donde exista poca oferta de establecimientos farmacéuticos minoristas.
- b) En las zonas y sectores que requieran del servicio, en atención a las condiciones socioeconómicas, el número de habitantes y las circunstancias geográficas.

Parágrafo: En la aplicación de lo dispuesto en el presente artículo, las entidades Departamentales, Distritales y municipales garantizarán la disponibilidad de los puntos de dispensación de gestores farmacéuticos, para la entrega ambulatoria de medicamentos, dispositivos médicos y otras tecnologías en salud a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 8. Reporte público sobre los establecimientos farmacéuticos minoristas. Los departamentos y los distritos, en el marco de sus competencias deberán disponer de una base



de datos actualizada sobre los establecimientos farmacéuticos minoristas existentes y sobre los que se autorice la apertura o traslado, en la cual deberán incluir como mínimo los datos generales de los establecimientos farmacéuticos minoristas, tales como: El número de identificación tributario, ubicación geográfica, dirección física, teléfono de contacto, correo electrónico, fecha de apertura, traslados y otras novedades, clases de establecimientos farmacéuticos minoristas, fecha de las visitas efectuadas por parte de la Entidad Territorial, concepto y actas de dichas visitas, nombre y perfil del Director Técnico. Dicha información deberá ser publicada en el sitio web oficial o cualquier otro medio para consulta pública de los ciudadanos.

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá recibir un reporte semestral de la Información sobre los establecimientos farmacéuticos minoristas por parte de los Departamentos y Distritos para la recepción, procesamiento y almacenamiento de aquella información, con el objetivo de que este Ministerio pueda analizar y fortalecer la política farmacéutica en aquellos sectores, en concordancia con los principios de accesibilidad y función social del servicio, entre otros.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los criterios, las condiciones, la presentación y la estructura de la información la cual deberá ser publicada y reportada por cada una de los departamentos y distritos, para garantizar la uniformidad y coherencia de la misma, en virtud del presente artículo.

Artículo 9. Transitoriedad. Los departamentos y distritos tendrán un plazo máximo de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia de esta Resolución, para realizar la publicación del reporte del que hace mención el artículo 8. Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud, dentro del término de siete (7) meses contados a partir de la vigencia del presente acto, deberá adelantar las actuaciones administrativas y técnicas que conlleven a implementar el mecanismo de recepción, procesamiento y almacenamiento de la información generada por cada una de las mencionadas autoridades, sobre los establecimientos farmacéuticos minoristas.

Artículo 10. Vigencia. La presente Resolución rige a partir de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.



2.1.2. Resolución 900 de 2026

Por la cual se modifica el artículo 5 de la Resolución 2361 de 2016, los artículos 7 y 14 de la Resolución 737 de 2024, y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, en especial de las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el numeral 3 del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, el artículo 3 del Decreto Ley 1281 de 2002, modificado por el artículo 7 de la Ley 1949 de 2019,

CONSIDERANDO

Que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 209 de la Constitución Política, la función administrativa se desarrolla con fundamento en los principios de eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.

Que, en concordancia con lo previsto en la Ley 610 de 2000, la gestión fiscal comprende las actividades orientadas a la adecuada administración, control y disposición de los recursos públicos.

Que el artículo 3o de la Ley 1437 de 2011 establece que las actuaciones administrativas deben desarrollarse conforme a los principios de buena fe, eficacia, economía y responsabilidad.

Que el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 asigna a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Territorio Nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de sus competencias, dentro de las cuales se encuentra la de *“reglamentar, distribuir, vigilar y controlar el manejo y la destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las competencias de las entidades territoriales en la materia”*.

Que en cumplimiento de la precitada Ley 715 de 2001, el Ministerio de Salud y Protección Social transfiere o asigna directamente a las entidades territoriales y Empresas Sociales del Estado recursos para la financiación y cofinanciación de planes, programas y proyectos en salud y protección social, previa verificación del cumplimiento de los criterios de asignación y distribución

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



por parte de las entidades beneficiarias de estos, según sea el caso.

Que, el numeral 5 del artículo 59 de la Ley 489 de 1998 señala que es competencia de los ministerios coordinar la ejecución de sus planes y programas con las entidades territoriales y prestarles asesoría, cooperación y asistencia técnica.

Que, el literal b) del artículo 61 de la Ley 489 de 1998 dispone que es función de los Ministros participar en la orientación, coordinación y control de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas a su Despacho, conforme a lo establecido en el ordenamiento jurídico

Que la Resolución 2361 de 2016 fijó los lineamientos para la remisión de la información por parte de las entidades territoriales y otras beneficiarias por los recursos transferidos o asignados directamente y estableció las directrices para el seguimiento y supervisión de la ejecución de dichos recursos.

Que la Resolución 737 de 2024 proferida por esta cartera ministerial establece las reglas para la asignación y seguimiento de los recursos que se ejecutan mediante transferencia.

Que, en el marco de la supervisión, seguimiento a la ejecución y cierre de los recursos asignados que se ejecutan mediante transferencia realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social se hace necesario fortalecer la metodología de seguimiento a los recursos transferidos, con instrumentos de información estructurada que permitan mejorar la trazabilidad, consistencia, integridad y oportunidad del reporte de información del que trata la Resolución 2361 de 2016.

Que, con el fin de dar celeridad al cierre de la ejecución de los recursos, se hace necesario actualizar los formatos e instrumentos de reporte, de manera que permitan verificar en el menor tiempo posible la adecuada ejecución de estos. Que, en ese sentido se requiere adelantar la depuración, verificación y consolidación de la información relacionada con la ejecución de los recursos y, en consecuencia, se procederá con la modificación de los lineamientos de seguimiento, en aras de garantizar la transparencia, el control de los recursos públicos, la rendición de cuentas y el cierre efectivo de su ejecución.

Que, a la luz de lo anterior, se modificarán las disposiciones relacionadas con el cargue de información en el marco del seguimiento de los recursos que se ejecutan mediante transferencias efectuadas por el Ministerio de Salud y Protección Social; así como las disposiciones relacionadas con la periodicidad y reporte de información previstas en la Resolución 737 de 2024 anteriormente

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



señaladas.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Modificar el artículo 5o de la Resolución 2361 de 2016, el cual quedará así;

“Artículo 5. Cargue de soportes por parte de las entidades territoriales y beneficiarias. Adicional a la información prevista en el artículo anterior, la entidad territorial o beneficiaria deberá cargarlos siguientes soportes a través de la Plataforma PISIS, en la estructura y con las especificaciones contenidas en el Anexo Técnico, el cual hace parte integral de la presente resolución:

- 1. Acto administrativo de la incorporación de los recursos a su presupuesto.***
- 2. Lineamientos técnicos establecidos para la ejecución de los recursos.***
- 3. Contratos o actos administrativos formalizados para la ejecución de los recursos anexando los soportes necesarios para el perfeccionamiento del contrato (estudios previos, certificado de disponibilidad presupuestal, registro presupuestal, pólizas, entre otros) y documentos de ejecución de recursos (facturas, entradas de almacén, certificación del supervisor del contrato, certificación de aportes al sistema de seguridad social y demás documentos de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, incluyendo certificación del Representante Legal, Contador y/o Revisor Fiscal de que estos documentos son verificables (Anexo 1)***
- 4. Copia de las pólizas exigidas para amparar las actividades contratadas.***
- 5. Actas de ejecución de los recursos parciales y finales suscritas por el supervisor o interventor.***
- 6. Informe de ejecución, que contenga el avance técnico y financiero de los recursos, en las fechas y con la estructura definida en los lineamientos técnicos.***
- 7. Acta de liquidación de los contratos con los que se ejecutaron los recursos.***
- 8. Acto administrativo o documento que haga sus veces de reintegro de los recursos no ejecutados.***
- 9. Consignaciones o transferencias electrónicas de los reintegros de los no ejecutados.***
- 10. Relación de los rendimientos financieros generados mensualmente.***
- 11. Consignaciones o transferencias electrónicas del reintegro de los rendimientos financieros generados.***



12. *Comunicaciones dirigidas a este Ministerio en la que dan respuesta a la ejecución. recursos*
13. *Archivo en Excel que contenga todos los documentos relacionados en el numeral 3 del presente artículo, la información que contenga el mismo estará incluida en los lineamientos técnicos del área encargada del seguimiento,*
14. *Certificación expedida por el Representante Legal, Contador y/o Revisor Fiscal de la entidad de que los datos reportados corresponde a la documentación relacionada en el numeral 3 del presente artículo.*
15. *Certificación de cumplimiento, expedida por el Representante Legal, Contador o Revisor Fiscal, en la cual se deje constancia del cumplimiento de los lineamientos del acto administrativo de asignación de recursos y de la normatividad contractual, presupuestal y contable vigente, conforme al Anexo No. 2 de la presente Resolución".*

Artículo 2. Cargue y reporte de información por parte de las entidades territoriales y beneficiarias. Las entidades territoriales y las entidades beneficiarias de los recursos transferidos o asignados directamente por este Ministerio deberán continuar con el registro y reporte de la información a través del "Aplicativo de seguimiento a recursos transferidos a entidades territoriales y beneficiarias", de conformidad con lo establecido en el artículo 4 de la Resolución 2361 de 2016, que hace referencia al anexo técnico PISIS SER124DREC.

Artículo 3. Adicionar el numeral 7.4 al artículo 7o de la Resolución 737 de 2024, el cual quedará así:

"Artículo 7. Lineamientos técnicos para la ejecución de recursos a través de transferencias. Cuando se requiera la elaboración de lineamientos técnicos de los que trata el presente artículo, a juicio de la dependencia responsable de este Ministerio para la ejecución de los recursos, esta deberá elaborar los mismos indicando como mínimo:

7.1. Las actividades que deben desarrollar las entidades receptoras y/o beneficiadas para la ejecución de los recursos, las condiciones y el plazo para su ejecución o el proyecto a ejecutar.

7.2. El monto para las actividades o el proyecto que se financiará con los recursos transferidos.



7.3. *Las características técnicas de los bienes o servicios que se deban adquirir, cuando aplique.*

7.4. *Los lineamientos técnicos para la ejecución de las transferencias se definirán con base en los quince (15) literales establecidos en el artículo 5° de la Resolución 2361 de 2016. Dichos lineamientos se estructurarán conforme a la destinación específica de los recursos y a las obligaciones a cargo de la entidad territorial y/o beneficiaria, de acuerdo con lo establecido en el acto administrativo de asignación de recursos. En consecuencia, en cada caso se determinarán los numerales aplicables que deberán ser incorporados en los lineamientos técnicos correspondientes.*

Parágrafo. En los proyectos de infraestructura, dotación, transporte asistencial, tecnologías de la información y telemedicina a los que se asignen recursos, los lineamientos técnicos para la ejecución de recursos corresponderán a los contenidos de los proyectos viabilizados”.

Artículo 4. Modificar el artículo 14 de la Resolución 737 de 2024, el cual quedará así:

"Artículo 14. Periodicidad y plazo de presentación de información por parte de las entidades receptoras y/o beneficiarias. La información de que tratan los artículos 4 y 5 de la Resolución 2361 de 2016 deberá reportarse con la periodicidad definida en los lineamientos técnicos establecidos en el acto administrativo de asignación de recursos, o en su defecto, en el oficio que para el efecto expida el área responsable del gasto y de seguimiento a los recursos”.

Artículo 5. Seguimiento integral y lineamientos. El seguimiento a la ejecución de los recursos será realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en los actos administrativos de asignación, los lineamientos técnicos, los proyectos viabilizados y la información reportada. En consecuencia, la dependencia de esta cartera ministerial encargada del seguimiento será responsable de elaborar y actualizar los lineamientos para el seguimiento, de conformidad con la Resolución 2361 de 2016, la Resolución 737 de 2024, los actos administrativos de asignación de recursos y lo señalado en la presente resolución.

Artículo 6. Conservación y custodia documental. Las entidades receptoras y/o beneficiarias deberán garantizar la adecuada conservación, organización y custodia de los documentos relacionados con la ejecución de los recursos, en especial aquellos que soportan los pagos realizados y los conceptos financiados. Para tal efecto, deberán observar las disposiciones vigentes en materia de gestión documental expedidas por el Archivo General de la Nación.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Artículo 7. Suministro de información. Las entidades receptoras y/o beneficiarias deberán garantizar el suministro oportuno, veraz, completo y consistente de la información relacionada con la ejecución de los recursos a las autoridades nacionales y territoriales competentes, así como a los organismos de control, cuando estos lo requieran en ejercicio de sus funciones.

Artículo 8. Transitorio. La presente resolución aplicará a las asignaciones de recursos que el Ministerio de Salud y Protección Social realice mediante transferencias a partir de la expedición del presente acto administrativo, así como a las actuaciones relacionadas con el seguimiento a la ejecución de los recursos respecto de los cuales no se haya suscrito acta o emitido informe de cierre final de ejecución. La modificación del artículo 5° de la Resolución 2361 de 2016 no será aplicable a las transferencias que cuenten con acta o informe de cierre final debidamente suscrito o validado, ni a aquellas respecto de las cuales el proceso de revisión o validación haya finalizado.

Artículo 9. Las demás disposiciones de la Resolución 2361 de 2016 y de la Resolución 737 de 2024 que no fueron objeto de modificación mediante el presente acto se mantienen incólumes.

Artículo 10. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Publíquese y cúmplase.

Ver Anexos Técnicos en: https://intranet.minsalud.gov.co/Normatividad/Paginas/Normatividad_Minsalud.aspx



2.1.3. Resolución 921 de 2026

Por la cual se reglamentan los contenidos mínimos para el análisis de los documentos de que trata el artículo 13 del Decreto Ley 968 de 2024, y los lineamientos previstos en su literal d), en relación con los requisitos para la solicitud de la certificación en salud para la operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI por parte del Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC, y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por los artículos 59 de la Ley 489 de 1998, 13 del Decreto Ley 968 de 2024 y,

CONSIDERANDO

Que en los literales b) y m) del artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se determinó como elementos esenciales y principios del derecho fundamental a la salud, la aceptabilidad y la protección de los pueblos indígenas, en virtud de los cuales, los diferentes agentes del sistema deben respetar las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, garantizando el respeto a sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiéndoles la participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten y ordena al Estado reconocer y garantizar el derecho fundamental a la salud para los pueblos indígenas aplicándolo de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres, sus propias cosmovisiones y conceptos, desarrollados en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI.

Que, con ese propósito y teniendo en cuenta que aún no se ha expedido la ley orgánica de ordenamiento territorial para territorios indígenas, el Gobierno Nacional, en desarrollo de lo previsto en el artículo 56 transitorio de la Constitución Política, expidió el Decreto Ley 968 de 2024 por medio del cual se establecen normas generales para la administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e intercultural del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC.

Que el artículo 13 del Decreto ley 968 de 2024, establece los requisitos para la solicitud de certificación en salud para la administración y operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI del territorio indígena que conforma el CRIC, de igual forma dispuso que el Ministerio de Salud y Protección Social, previa concertación con el CRIC, expedirá los

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



lineamientos para el documento que consigne el plan de salud y el modelo de cuidado contruidos por los pueblos del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC, en el marco de las instancias representativas como procedimiento apropiado para la garantía de la participación y consulta de la medida a adoptar.

Que el presente acto administrativo corresponde a una iniciativa construida y concertada con las autoridades y delegados del Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC, en ejercicio de su autonomía y de sus instancias de gobierno propio, en el marco de la puesta en funcionamiento de las competencias del Territorio Indígena y con el propósito de poner en operación el SISPI. En tal medida, la propuesta surge desde el gobierno propio y se inscribe en el derecho de los pueblos indígenas a definir sus propias prioridades de desarrollo, conforme al artículo 6 del Convenio 169 de la OIT, incorporado mediante la Ley 21 de 1991.

Que con fundamento en lo expuesto, se hace necesario reglamentar el artículo 13 del Decreto Ley 968 de 2024, en lo relativo a los contenidos mínimos para el análisis de los documentos allí previstos, en especial a los lineamientos establecidos en su literal d), con el fin de precisar los requisitos para la solicitud de la certificación en salud requerida para la operatividad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural - SISPI en el territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución reglamenta los contenidos mínimos de que trata el artículo 13 del Decreto Ley 968 de 2024 y adopta el anexo técnico de lineamientos previstos en su literal d), denominado “Plan de Salud y Modelos de Cuidado de los pueblos del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC)”, para el análisis de los documentos que soportan los requisitos de la solicitud de certificación en salud del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC.

Los contenidos mínimos que aquí se incluyen y el anexo técnico de los lineamientos del “Plan de Salud y Modelos de Cuidado de los pueblos del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC, son parte integral del presente acto administrativo, y, con su descripción y características, serán el parámetro exclusivo en la expedición para la certificación en salud para la administración y operatividad del SISPI del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC.

Artículo 2. Contenidos mínimos del acto administrativo de puesta en funcionamiento del Territorio Indígena. Para el cumplimiento del requisito de que trata el literal a) del artículo 13 del

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Decreto Ley 968 de 2024, deberá allegarse copia simple del acto administrativo de puesta en funcionamiento del territorio indígena que conforma el Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC.

Artículo 3. Contenidos mínimos del Acta de Asamblea General del Territorio de Autorización para solicitud de certificación. Para el cumplimiento del requisito de que trata el literal b) del artículo 13 del Decreto Ley 968 de 2024, deberá presentarse copia simple del Acta de Asamblea General del territorio indígena CRIC, donde se autorice a solicitar la certificación en salud ante el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme lo determinen las autoridades indígenas de acuerdo con el derecho mayor, derecho propio y ley de origen.

Artículo 4. Contenidos mínimos del Listado Censal Actualizado. Para el cumplimiento del requisito de que trata el literal c) del artículo 13. del Decreto Ley 968 de 2024, deberá presentarse el listado censal expedido por las autoridades indígenas el cual contará con los siguientes contenidos mínimos:

- 4.1. Archivo plano con el censo alojado en el Sistema Único de Información Indígena - CRIC - SUIIN, con el único propósito de efectuar la certificación.
- 4.2. Fecha de corte de generación del archivo plano no mayor a doce (12) meses antes de la radicación de la solicitud de certificación en salud.

Artículo 5. Contenidos mínimos para el análisis del documento que consigna el Plan de Salud y el Modelo de Cuidado. Para el cumplimiento del requisito de que trata el literal d) del artículo 13 del Decreto Ley 968 de 2024, deberá allegarse el documento que consigna el plan de salud y modelo de cuidado con los siguientes contenidos:

5.1 Plan de Salud

- a) **Objetivo.** Define el propósito fundamental del plan de salud para los efectos de la planeación a escala territorial a partir de los cinco (5) componentes del SISPI, para el territorio indígena que conforma el CRIC y por un período de cinco (5) años, conforme a las orientaciones de los planes de vida y las situaciones de buen vivir identificadas y priorizadas, las cuales orientarán las acciones definidas en el plan.
- b) **Contexto y situación del buen vivir.** Describe y desarrolla una metodología propia para el análisis integral que se realiza para determinar las situaciones de salud relacionadas con el buen vivir de los titulares del cuidado, la cual garantiza la calidad de la información. El contexto y situación del buen vivir contendrán elementos como:



- Contexto político organizativo del territorio CRIC.
- Caracterización geográfica y poblacional del territorio CRIC.
- Situaciones del buen vivir encontradas de acuerdo relacionamientos del ser.

c) Metodología de elaboración del plan de salud. Describe el proceso de conforma el CRIC, fundamentado en el diálogo con la comunidad, incorporación sus percepciones y propuestas para la toma de decisiones colectivas, la cual contiene la participación comunitaria en la priorización para la planeación en salud del territorio indígena que conforma el CRIC.

d) Ejes estratégicos del plan de salud. El plan de salud deberá contener la identificación y priorización de situaciones a intervenir organizadas en ejes estratégicos. Así mismo, definirá y determinará tales ejes estratégicos, su alcance y sus objetivos; para fomentar el cuidado integral de los Titulares de cuidado. El documento incluirá los indicadores de vida enmarcados en los ejes estratégicos determinados en el plan de salud.

e) Resultados generales esperados del plan de salud. Describe los resultados e impactos previstos que se pretenden lograr a través de la ejecución integral del plan de salud.

Parágrafo. El plan de salud deberá contener los anexos de que trata el parágrafo 1 del artículo 35 del Decreto Ley 968 de 2024, a saber, la proyección de necesidades del plan de infraestructura en salud propia e intercultural y el documento del tejido de cuidadores. Así mismo, se incluirán lineamientos para la formulación de dichos anexos.

5.2 Modelo de Cuidado de la Salud

f) Objetivo. Describe el propósito del modelo de cuidado de salud propio e intercultural del SISPI, fundamentado desde la sabiduría ancestral y la operatividad de las estrategias propias para el cuidado de los titulares de cuidado, en coherencia con la cosmovisión de cada pueblo indígena.

g) Enfoque. Define la manera como se orienta y ejecuta el cuidado desde el concepto de salud para el buen vivir, permitiendo establecer e implementar estrategias para el cuidado integral de los titulares de cuidado y el cual, estará alineado con el enfoque del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural.

h) Titulares y acciones de cuidado. Describe quienes son los titulares del cuidado y sus momentos del ciclo de vida, las acciones propias e interculturales dirigidas a estos de



acuerdo con las líneas de intervención y las categorías orientadoras. Las acciones propias e interculturales están contenidas en el tejido de cuidados, que serán orientadoras para el proceso de cuidados de acuerdo a la caracterización de los titulares de cuidado y el plan de intervención.

- i) **Estrategia para el cuidado de la salud propia e intercultural.** Corresponde a la estrategia que facilita la dinamización del modelo de cuidado de la salud propia e intercultural y contribuye al desarrollo del enfoque del SISPI. La Estrategia de Atención Primaria en Salud Propia e Intercultural - EAPSI, incluirá: la territorialización, los cuidadores, la planeación y la gestión de los cuidados y las demás que se requieran para la operatividad del modelo.

El documento incluirá, además, los indicadores de vida, acorde con las categorías orientadoras enmarcadas en el concepto del buen vivir del Territorio Indígena que conforma el CRIC

Parágrafo 1. Los resultados generales esperados del plan de salud expresados en el numeral 5.1. literal e) del artículo 5 del presente acto administrativo tendrán como único objetivo reflejar las proyecciones del plan presentado para la certificación.

Parágrafo 2. En relación con los anexos de que trata el artículo 35 del Decreto Ley 968 de 2024, se entregará la proyección de necesidades del plan de infraestructura y el documento del tejido de cuidadores.

Artículo 6. Documento de Costeo de los Componentes del SISPI - CRIC. El documento que soporte el costeo de los cinco (5) componentes del SISPI denominados político organizativo, sabiduría ancestral, administración y gestión, formación, capacitación, generación y uso del conocimiento y cuidado de la salud, deberá contener como mínimo lo siguiente

a) Objetivo: Describe la finalidad de los costos integrales del sistema indígena de salud propia e intercultural del territorio indígena que conforma el CRIC.

b) Glosario: Significado o definiciones de expresiones y/o términos propios de los pueblos que conforman el territorio indígena del CRIC, que permitan tener un mejor entendimiento del detalle del costeo.

c) Descripción del Territorio Indígena: Reseña que contenga la ubicación geográfica del territorio indígena que conforma el CRIC, su demografía y su estructura político-organizativa.



d) Resumen aspectos metodológicos: Hace referencia a un resumen ejecutivo de la metodología utilizada que soporte el costeo integral del SISPI del territorio indígena que conforma el CRIC. Esta metodología corresponde a la definida por el Ministerio y concertada con el CRIC.

e) Resultados de la metodología de costos integrales del SISPI: En este apartado se presentan los costos del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) del territorio indígena que conforma el CRIC, de acuerdo a la metodología concertada para tal fin por cada uno de los componentes.

Parágrafo 1. Para efectos de la certificación en salud y con el ánimo de garantizar la integralidad de la atención en los términos que establece el artículo 8 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el SISPI adoptará la metodología de costeo de la mediana y alta complejidad, propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, hasta tanto se defina y concerté la metodología de costos para los cuidados complementarios que responda a los principios y necesidades del SISPI en el marco del derecho a la autonomía y autodeterminación.

La metodología deberá adaptarse al proceso gradual de la transición e implementación del SISPI, así como a los resultados de su aplicación, y en todo caso, atendiendo la disponibilidad de las diferentes fuentes de financiación, corrientes y no corrientes, que concurren en dicho proceso.

Parágrafo 2. La Nación dispondrá los recursos necesarios para el funcionamiento y la operatividad del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI, de manera progresiva, en función del avance del proceso de implementación del sistema, de acuerdo con el resultado de la aplicación de la metodología de costos integrales del SISPI, los cuales deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales del Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP); y al Marco de Gasto de Mediano Plazo (MGMP) del sector salud, de conformidad con el parágrafo del artículo 44 y el artículo 45 del Decreto Ley 968 de 2024

Artículo 7. Competencias de administración del SISPI. Expedido el acto administrativo de certificación en salud del Territorio Indígena que conforma el CRIC de que trata el artículo 14 del Decreto Ley 968 de 2024, se surtirán los trámites requeridos para el ejercicio de las competencias de administración y operatividad del SISPI. Para ello, dicho territorio contará con la estructura administrativa del SISPI que desarrolla los procesos de gestión administrativa y financiera, conforme el marco reglamentario del Decreto ley 968 de 2024.

Artículo 8. Responsabilidades del Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de las áreas competentes que defina, en el marco de la adecuación institucional y en aplicación del artículo 14 del Decreto Ley 968 de 2024, realizará la verificación de los documentos de que trata el artículo 13, con el objeto de expedir el acto

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



administrativo de certificación en salud para la administración y operatividad del SISPI, en el marco de la garantía del derecho a la autonomía de los pueblos indígenas. En todo caso, este Ministerio deberá realizar los trámites dentro de los términos allí previstos.

Artículo 9. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver Anexos Técnicos en: https://intranet.minsalud.gov.co/Normatividad/Paginas/Normatividad_Minsalud.aspx



2.1.4. Resolución 929 de 2026

Por la cual se adoptan los criterios técnicos constructivos y de seguridad para los establecimientos e inmuebles con piscinas y estructuras similares, y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial de las conferidas en el artículo 221 de la Ley 9 de 1979, artículo 2.8.7.1.2.1 del Decreto 780 de 2016, en desarrollo de los artículos 2.8.7.1.2.4, 2.8.7.1.2.6 y 2.8.7.1.2.7 del Decreto 780 de 2016 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 78 de la Constitución Política, dispone que: “[...] Serán responsables, de acuerdo con la ley, quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios. [...]”.

Que el artículo 221 de la Ley 9 de 1979, establece que el Ministerio de Salud o la entidad delegada “reglamentará todo lo relacionado con la construcción y mantenimiento de piscinas y similares”.

Que, así mismo dicha normativa, determina en su artículo 227 que todo establecimiento con piscina o similares para diversión pública, debe tener personas capacitadas en la prestación de primeros auxilios y salvamento de usuarios y disponer de un botiquín para urgencias.

Que el artículo 11 de la Ley 1209 de 2008 determinó que, corresponde al Gobierno Nacional reglamentar las normas mínimas de seguridad que deben ser cumplidas por las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, que presten el servicio de piscina, entre las que se encuentran, la prohibición de ingreso a menores de doce (12) años sin la compañía de un adulto, que el agua debe estar limpia cumpliendo con los requisitos higiénico-sanitarios establecidos por la autoridad sanitaria, contar con botiquín de primeros auxilios con material de curaciones, la señalización de la profundidad máxima de la piscina en colores vistosos y otras más.

Que el artículo 2.8.7.1.2.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, establece que corresponde a este Ministerio definir los criterios técnicos para los estanques de agua respecto a: i) planos; ii) formas de los estanques; iii) vértices; iv) profundidad; v) distancias entre estanques, vi) escaleras; vii) desagüe sumergido; viii) revestimiento; ix) corredores; x) periodo de

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



recirculación o renovación; y, x_i) zona de salto.

Que, de acuerdo al numeral 3 del artículo 2.8.7.1.4.2 ibidem, las autoridades sanitarias departamentales, distritales y municipales categoría especial 1, 2 y 3 dentro sus competencias deben mantener actualizada la información sobre el número de establecimientos de piscinas existentes en su jurisdicción.

Que el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo mediante la Resolución 543 de 2017 modificada por la Resolución 880 de 2017, estableció entre otros aspectos que, el funcionamiento y operación de los parques acuáticos debe sujetarse igualmente a las disposiciones referentes a la calidad del agua y a las de seguridad, establecidas en la Ley 1209 de 2008 reglamentada mediante el Decreto 554 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016.

Que, el numeral 7 del artículo 2.2.6.1.3.1 del Decreto 1077 de 2015, Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio, establece respecto de la aprobación de piscinas, que corresponde al curador urbano o la autoridad municipal o distrital competente autorizar el estudio, trámite y expedición de las licencias, para la intervención del terreno destinado a su construcción, para lo cual debe verificar el cumplimiento de las normas técnicas y de seguridad definidas por la normatividad vigente.

Que, de acuerdo con el *"Informe mundial sobre ahogamiento"* publicado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2016, el ahogamiento por sumersión es una de las diez (10) causas de defunción de niñas, niños y jóvenes en casi todas las regiones del mundo, principalmente en menores de 5 años, figurando en la región de las Américas dentro de las cinco (5) primeras causas de defunción entre grupos de 1 a 14 años, encontrándose como principales factores de riesgo los asociados a la falta de barreras que controlen la exposición a las masas de agua, y a la falta de supervisión adecuada y estrecha de lactantes, niñas y niños pequeños, entre otros.

Que el citado informe, publicado en el año 2024, señaló: *"(...), el ahogamiento sigue siendo un importante problema de salud pública, con más de 300.000 muertes en 2021. El ahogamiento afecta predominantemente a niños y jóvenes, y más de nueve de cada diez muertes ocurren en países de ingresos bajos y medios."*

Que, entre los años 2005 y 2022, en Colombia de acuerdo a la base de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística denominada Estadísticas Vitales - EEW, se reportaron en el Sistema de Información Integral para la Protección Social - SISPRO, 6.832 defunciones por causa básica de ahogamiento y sumersión en piscinas, estructuras similares y en otros lugares especificados y no especificados, resaltando que la afectación en primera infancia fue de 2.037 (30%), infancia, adolescencia y juventud de 2.388 niños (35%), adultos y adulto mayor 2.342

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



(34%) y no reportados 65 (1%).

Que, en la referida base, se encuentra que para el 2025, se reportó la atención de 21.476 personas por diagnóstico principal de ahogamiento y sumersión mientras se encontraban en una piscina, estructura similar y en otros lugares no especificados en los servicios de salud.

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 39 del 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”, se solicitó al Departamento Administrativo de la Función Pública que rindiera concepto sobre el presente acto administrativo, entidad que mediante radicado 20265010076971 del 20 de febrero de 2026, emitió concepto de aprobación de la modificación estructural al trámite “Aprobación de piscinas”.

Que, con fundamento en los antecedentes antes expuestos corresponde a este Ministerio establecer los criterios técnicos constructivos y de seguridad que deben acreditar los responsables de los establecimientos e inmuebles con piscinas, con el propósito de mitigar el riesgo, prevenir accidentes, problemas de salud y proteger la vida de los usuarios.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto adoptar los criterios técnicos constructivos y de seguridad que deben cumplir los establecimientos e inmuebles con piscinas y estructuras similares, contenidos en el anexo técnico que forma parte integral de la presente resolución, así como establecer disposiciones relacionadas con la autorización para su funcionamiento.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en esta resolución aplican a:

- i) las dependencias u oficinas administrativas determinadas por los municipios o distritos, a que refiere el artículo 10 de la Ley 1209 de 2008; li) secretarías de salud departamentales, distritales y municipales de categoría especial, 1, 2 y 3 o las entidades que hagan sus veces,
- iii) personas naturales, jurídicas, públicas, privadas y comunidades. responsables de establecimientos e inmuebles con piscinas y estructuras similares de uso colectivo abiertas al público en general y de las de uso restringido no abiertas al público en general, conforme con las definiciones establecidas en los literales b. 1) y b.2) del artículo 4 de la Ley 1209 de 2008 y, iv) las incluidas en los parques acuáticos.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Parágrafo. Los estanques de piscinas de propiedad privada unihabitacional deberán cumplir con las normas mínimas de seguridad, tal como lo determina el artículo [11](#) de la Ley 1209 de 2008

Artículo 3. Normas de seguridad. Todo proyecto de construcción y/o modificación de estanques de piscinas y estructuras similares deberá cumplir con las disposiciones establecidas en la normatividad técnico-constructiva, urbanística y sismo resistente vigente, as disposiciones los requisitos mínimos de seguridad de que trata el artículo [11](#) de la Ley 1209 de 2008, los requisitos previstos en el anexo técnico que hace parte integral del presente acto administrativo, así como aquellos establecidos en disposiciones especiales, cuando aplique.

Artículo 4. Autorización funcionamiento de piscina. La dependencia u oficina administrativa que determine el municipio o distrito, de conformidad con lo previsto en el artículo [10](#) de la Ley 1209 de 2008, autorizará el funcionamiento de las piscinas de uso colectivo abiertas al público en general, para lo cual expedirá el certificado de cumplimiento de las normas de seguridad, tal como se establece en el numeral 1 del artículo [2.8.7.1.4.1](#) del Decreto 780 de 2016.

El certificado de cumplimiento de las normas de seguridad tendrá una vigencia de cuatro (4) años, siempre que no haya una modificación de obra, caso en el cual deberá solicitar nuevamente la autorización de funcionamiento, aportando los documentos de que trata el artículo siguiente.

Las autoridades competentes podrán verificar el cumplimiento de las condiciones que dieron lugar a su expedición en cualquier momento, pudiendo ser revocado en caso de comprobarse, previa actuación administrativa, el incumplimiento de las mismas.

Parágrafo. Se entiende por modificación de obra, cualquier reforma que implique una variación en el diseño arquitectónico o estructural del estanque de piscina o estructura similar.

Artículo 5. Requisitos para obtener el certificado de cumplimiento de normas de seguridad. Para la obtención del certificado de cumplimiento de normas de seguridad de piscinas, aun tratándose de la modificación de obra, los responsables de establecimientos e inmuebles con piscinas y estructuras similares de uso colectivo abiertas al público en general, deberán aportar los siguientes documentos, ante la dependencia u oficina administrativa que determine el municipio o distrito.

5.1. Licencia de aprobación de piscinas de que trata el numeral [7](#) del artículo 2.2.6.1.3.1 del Decreto 1077 de 2015.



- 5.2. Planos de planta y cortes con la localización de equipos y desagües.
- 5.3. Planos de sistemas eléctricos
- 5.4. Planos de sistemas hidráulicos.
- 5.5. Memorias descriptivas de construcción y técnica
- 5.6. Manual de operación y protocolos de mantenimiento de los sistemas de tratamiento de agua.
- 5.7. Descripción sobre la disposición final de los lodos provenientes del lavado del sistema de tratamiento de agua del estanque.
- 5.8. Plan de seguridad de la piscina y reglamento de uso de la piscina o estanque.
- 5.9. Concepto sanitario expedido por la autoridad sanitaria competente, en el que conste el cumplimiento de los requisitos higiénico-sanitarios del agua y de buenas prácticas sanitarias.

Los documentos de que tratan los numerales 5.2 al 5.8 deberán ser elaborados y suscritos por un ingeniero o arquitecto, con tarjeta profesional vigente, con conocimiento y experiencia en construcción de piscinas y estanques.

Artículo 6. Obligaciones de los constructores. El constructor, al construir o modificar cualquier piscina o estructura similar, deberá entregar al responsable de estos establecimientos, las instrucciones escritas y completas de la operación de la piscina, los equipos, el sistema de recirculación y tratamiento, la operación y el mantenimiento de los dispositivos de seguridad homologados, así como los planos y memorias de acuerdo con la autorización y documentos aprobados por el curador urbano o autoridad competente.

Artículo 7. Plan de seguridad integral del establecimiento e inmueble con piscina y estructura similar. El responsable del establecimiento o inmueble con piscina o estructura similar deberá elaborar, implementar, socializar y mantener actualizado, un plan de seguridad integral que debe reflejar los procedimientos y actividades que garantizan el cumplimiento de los criterios técnicos constructivos y de seguridad definidos en el anexo técnico que hace parte de la presente resolución.

El Plan de Seguridad Integral deberá contener los elementos exigidos en el artículo 2.8.7.1.2.6 del Decreto 780 de 2016, así como:



- 7.1. Descripción detallada de los procedimientos de operación, mantenimiento y control de los dispositivos de seguridad homologados.
- 7.2. Las condiciones y controles para el sistema de renovación o control de calidad del aire en piscinas cubiertas.
- 7.3. La identificación, evaluación y gestión de los riesgos físicos, químicos, eléctricos, mecánicos, hídricos y biológicos asociados a la operación de la piscina o estructura similar
- 7.4. Las estrategias y criterios de promoción de la salud y prevención de incidentes dirigidas tanto a los usuarios como al personal que presta servicios en el establecimiento.

Parágrafo. El Plan de seguridad deberá actualizarse como mínimo cada tres (3) años, o de manera anticipada, cuando se presenten modificaciones en las condiciones operativas, estructurales o administrativas del establecimiento o estanque de piscina, que puedan afectar su implementación.

Artículo 8. Inspección, vigilancia y control. Corresponde a la dependencia u oficina administrativa que determine el municipio o distrito, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1209 de 2008, verificar mediante inspección física el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente resolución, efectuar auditorias periódicas, y aplicar, de haber lugar a ello, las sanciones determinadas en el artículo 16 de la Ley 1209 de 2008. Dicha dependencia u oficina administrativa debe contar con capacidad administrativa, técnica y logística que garantice el adecuado desarrollo de sus funciones

Artículo 9. Acciones de promoción y prevención. Corresponde a quienes forman parte de la cadena productiva asociada al agua de uso recreacional, realizar acciones de promoción y prevención dirigidas a garantizar la seguridad de los bañistas en los establecimientos e inmuebles con piscinas y estructuras similares.

Las dependencias u oficinas administrativas determinadas por los municipios o distritos, en los términos del artículo 10 de la Ley 1209 de 2008, las autoridades sanitarias, y las Empresas Sociales del Estado (ESE), que realizan labores del Plan de Intervenciones Colectivas, deberán elaborar e implementar estrategias de información, educación y comunicación en seguridad en piscinas y estructuras similares, conforme con los lineamientos que formule este establecimientos e inmuebles, usuarios o bañistas y comunidad en general para el fomento Ministerio, dirigidas a los responsables de los de prácticas seguras, atendiendo el contenido de lo previsto en la Sección 3 del Título 7 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.



Las asociaciones gremiales, con afiliados responsables de establecimientos e inmuebles con piscinas y estructuras similares, podrán ser contratados para adelantar las acciones de qué trata el inciso anterior.

Parágrafo. La Dirección de Determinantes Sociales, Promoción y Prevención de este Ministerio, expedirá los lineamientos de que trata este artículo, dentro de un (1) año siguiente a la expedición de esta resolución

Artículo 10. Medidas de sostenibilidad ambiental. Los responsables de los establecimientos e inmuebles con piscinas y estructuras similares deberán adoptar gradualmente medidas de eficiencia energética en los sistemas de calefacción, bombeo y tratamiento del agua, entre otros, así como medidas de reducción del impacto ambiental generado por el consumo de agua, vertimientos a fuentes hídricas de lodos y sedimentos que genera el estanque, así como medidas de uso racional y eficiente de sustancias o productos químicos utilizados en el tratamiento y desinfección del agua contenida en los estanques de piscinas y estructuras similares.

Parágrafo. Para el manejo de vertimientos a fuentes hídricas, dado que el agua de piscina es considerada un vertimiento no doméstico, se deberá tener en cuenta lo establecido en la normativa ambiental vigente.

Artículo 11. De los salvavidas. El Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), las instituciones públicas o privadas aprobadas por las secretarías de educación, así como otras entidades acreditadas, podrán realizar la formación integral teórico-práctica y certificar al personal salvavidas conforme con la normatividad vigente. Este certificado podrá obtenerse mediante el proceso de evaluación-certificación de competencias laborales respectivas al perfil ocupacional, o mediante la titulación del programa de formación que guarde relación con el nivel de competencia que dicte la normativa vigente.

La renovación de certificación de la competencia laboral deberá sujetarse a las disposiciones expedidas por las entidades competentes.

Artículo 12. Transitoriedad. Se establecen las siguientes disposiciones transitorias

12.1. Los establecimientos y estanques que, a la entrada en vigencia de la presente resolución se encuentren en proceso de construcción, deberán presentar ante la autoridad administrativa competente, un plan de mejoramiento para su aprobación y seguimiento, dentro de los treinta (30) días siguientes a la realización de la visita de inspección de seguridad, en el que establezcan el cronograma de cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente resolución, el cual no puede exceder de un

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



(1) año, después de aprobado el plan

- 12.2.** Los establecimientos o inmuebles con piscinas en funcionamiento contarán con un plazo de un año para hacer las adecuaciones atendiendo a lo dispuesto en el presente acto administrativo, siempre y cuando estas no impliquen modificaciones en la infraestructura
- 12.3.** Tratándose de modificaciones en la infraestructura, los establecimientos o inmuebles con piscinas en funcionamiento deberán justificar tales modificaciones en un plan de mejoramiento con cronograma, cuyos términos deberá sujetarse a los plazos establecidos en el numeral 12.1 del presente artículo.

Artículo 13. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y surte efecto en los términos previstos en el artículo anterior.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

Ver Anexos Técnicos en: https://intranet.minsalud.gov.co/Normatividad/Paginas/Normatividad_Minsalud.aspx



2.1.5. Resolución 948 de 2026

Por la cual se reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud se derogan las Resoluciones 2275 de 2023, 558 y 1884 de 2024 y, se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas por los artículos 173, numeral 3 de la Ley 100 de 1993 y 15 de la Ley 1966 de 2019

CONSIDERANDO

Que, en desarrollo del artículo 15 de la Ley 1966 de 2019, el cual estableció que los prestadores de salud deben generar factura electrónica por el cobro de los servicios y tecnologías en salud, indicando que la misma deberá ser presentada ante la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), el Ministerio de Salud y Protección Social expidió las Resoluciones 2275 de 2023 558 de 2024 y 1884 de 2024.

Que las precitadas normas constituyen el marco operativo a partir del cual el Ministerio de Salud y Protección Social implementó el proceso de facturación electrónica en el sector salud, integrando la extensión salud de la Factura Electrónica de Venta (FEV), habilitada por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), información generada por los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud en el proceso de cobro por la prestación o provisión de servicios y tecnologías a las Entidades Responsables de Pago (ERP) y demás pagadores, conforme al estándar definido por el Ministerio. En virtud de lo anterior, los participantes del sistema de salud han implementado las correspondientes adecuaciones en sus sistemas de información.

Que, mediante la Resolución 1884 de 2024 que modificó la Resolución 2275 de 2023, se determinó una implementación gradual conforme las capacidades institucionales de los Prestadores de Servicios de Salud (PSS) y Proveedores de Tecnología en Salud (PTS), y se ajustó el Anexo Técnico 2 de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud para permitir el diligenciamiento de anticipos y el recaudo de pagos moderadores como recursos recibidos a favor de terceros.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Que durante el período que lleva en operación el mecanismo único de validación se han detectado necesidades de ajuste a fin de garantizar mayor operatividad y centralizar los esfuerzos en la prestación de servicios de salud financiados con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, necesidades entre las cuales se encuentra la exclusión de algunos tipos de entidades del campo de aplicación previsto en la Resolución 2275 de 2023, tales como centros de cirugías estéticas, atenciones excluidas de la financiación con recursos públicos y los centros de investigación, pues no se encuentran financiados con recursos del sistema de salud y existe confidencialidad en ellos, guardándose custodia de la identificación y atención de los individuos investigados. Así como los centros de reconocimiento de conductores, pues es el usuario quien asume el costo directamente y no se genera un diagnóstico y, las atenciones de medicina alternativa excluidas de la financiación con recursos públicos.

Que dentro de los campos adicionales de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud se citan objetos que ya se encuentran en la extensión UBL definida en el Anexo Técnico, versión 1.9 de la factura electrónica incorporada en la Resolución 165 de 2023 emitida por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), por lo cual se requiere dar claridad para que las entidades facturadoras y pagadoras adopten adecuadamente las disposiciones normativas.

Que, mediante Resolución 35379 del 10 de junio de 2025, la Superintendencia de Industria y Comercio autorizó la negociación conjunta para la adquisición de medicamentos, dispositivos médicos y Alimentos de Propósito Médico Especial (ARME), por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para la compra directa de medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos con fabricantes, importadores o titulares de registro sanitario, resultando procedente incluir tales facturas en el Mecanismo Único de Validación de FEV- RIPS, dado que estas tecnologías tienen una importante participación en la canasta de servicios de salud entre los agentes del sector.

Que, mediante Resolución 1962 de 2025, este Ministerio reglamentó el Sistema de Información Integral Financiero y Asistencia (SIIFA) y dispuso la inclusión en los módulos que lo integran de las transacciones entre las Entidades Responsables de Pago (ERP) y los fabricantes, importadores, o titulares de registro sanitario de medicamentos, dispositivos médicos y otros insumos, haciéndose necesario establecer el módulo a través de los cuales estas entidades transmitirán sus facturas al Mecanismo Único de Validación, dado que al tratarse de compras masivas y no de dispensación individual, no se soportan en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS).

Que, de acuerdo con las circunstancias anotadas y con el fin de garantizar agilidad en los ajustes técnicos que lleguen a requerirse, el detalle de la información a ser reportada, hoy incluida en los



Anexos Técnicos No. 1 y 2 de la Resolución 2275 de 2023 y sus modificatorias, se dispondrá como Documentos Técnicos 1 y 2 a través de un enlace ubicado en la página web de la Cartera Ministerial, de manera que pueda optimizarse el mecanismo único de validación.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto reglamentar el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud y adoptar los documentos técnicos que se relacionan a continuación, los cuales serán publicados en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social:

1. Documento técnico 1: “ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE LOS CAMPOS DE DATOS Y LAS REGLAS DE VALIDACIÓN DEL RIPS COMO SOPORTE DE LA FEV EN SALUD”
2. Documento técnico 2: “CAMPOS DE DATOS DEL SECTOR SALUD ADICIONALES A LA GENERACION DE LA FEV”

Artículo 2. Ámbito de Aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución son aplicables a:

1. Los prestadores de servicios de salud, esto es, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), profesionales independientes y empresas de transporte asistencial de pacientes.
2. Los proveedores de tecnologías en salud.
3. Otras entidades que en el marco de sus funciones legales deban entregar los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) al Sistema de General de Seguridad Social en Salud, tales como, las de objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, aunque no expidan facturas de venta por sus servicios.
4. Los fabricantes, importadores y titulares de registro sanitario que realicen ventas masivas de medicamentos, dispositivos o insumes a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y otros pagadores, para ser entregados a los gestores farmacéuticos o a los Prestadores de Servicios de Salud (PSS), para su posterior dispensación o administración a los afiliados.
5. Entidades Responsables de Pago (ERP): Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Adaptadas (EA), Entidades Territoriales (ET), Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) en el componente salud, el Fondo Nacional de Salud de las Personas

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



- Privadas de la Libertad y los Administradores de los Regímenes Especial y de Excepción, cuando operen como pagadores de servicios y tecnologías a prestadores o proveedores en los términos del artículo 2.5.3.4.1.2. del Decreto 780 de 2016.
6. Otros pagadores: Compañías de seguros autorizadas para ofrecer pólizas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y las entidades que ofrecen planes voluntarios de salud.
 7. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)

Estas entidades deberán incorporar y usar en sus procesos de información, los contenidos y estructura definidos en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y en la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, con excepción de los fabricantes, importadores y titulares de registro sanitario enunciados en el numeral 4 del presente artículo.

Parágrafo 1. Las disposiciones establecidas en la presente resolución respecto a la factura de venta en salud y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), no serán aplicables para los centros de reconocimiento de conductores, centros de investigación, servicios de cirugía estética y de medicina alternativa que no se financien con recursos públicos, sin perjuicio de que para estos servicios se deban expedir facturas electrónicas de venta, conforme la normatividad de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

Parágrafo 2. Para los eventos en que sea obligada a efectuar el pago, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) podrá tenerse como otro pagador.

Parágrafo 3. Para los efectos previstos en la presente resolución, se entienden como facturadores electrónicos del sector salud, las entidades encargadas de la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud relacionadas en los numerales 1 y 2 de este artículo.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos de la presente resolución, se definen los siguientes términos:

1. **Código Único de Validación (CUV):** corresponde a una cadena alfanumérica cifrada, que certifica la aprobación resultante de la validación única del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), que se obtiene cuando este registro cumple todas las reglas de validación obligatorias y de relación con la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud y demás documentos electrónicos, cuando aplique. El mecanismo único de validación incluirá el Código Único de Validación (CUV) en el conjunto de



información validada. Esta validación es requisito obligatorio para la radicación de las facturas electrónicas de venta en salud ante las entidades pagadoras. Los pagadores no podrán recibir ni tramitar facturas que carezcan del Código Único de Validación (CUV), ni podrán informar como costos de la atención con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) aquellas facturas que no cumplan este requisito.

2. **Conjunto de archivos de información:** archivos de información que deben ser transmitidos por los facturadores electrónicos del sector salud al Ministerio para ser validados por el mecanismo único de validación dispuesto por este, que corresponden a

2.1. Archivo XML de las facturas electrónicas de venta en salud, las notas débito y/o notas crédito validadas previamente por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) dentro del contenedor electrónico. Los fabricantes, importadores de medicamentos, insumes o dispositivos médicos y los titulares de registros sanitarios que vendan directamente a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) estos insumes para su posterior dispensación por los Gestores Farmacéuticos deberán expedir facturas electrónicas comerciales (sin campos adicionales del sector salud) y deberán transmitirlos por el mecanismo único de validación sin que les sea exigible soportarlos en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).

2.2. Archivo JSON del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) que soporta la Factura de Venta Electrónica (FEV) en salud o sus documentos nota débito o nota crédito, así como los archivos JSON relacionados con notas de ajuste del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), cuando corresponda.

Las entidades que en el marco de sus funciones y competencias deban entregar los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que no emitan factura de venta en salud, solo deberán transmitir al mecanismo único de validación del Ministerio, el archivo JSON del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).

3. **Código Único de Contrato (CUCON):** es un identificador generado automáticamente por el Sistema Integral de Información Financiero y Asistencial (SIIFA) al momento del cargue del contrato. Corresponde a una cadena alfanumérica de 64 caracteres en formato hexadecimal, generada mediante el algoritmo de hash criptográfico SHA-256, lo que garantiza la unicidad, integridad y trazabilidad del registro, permitiendo su identificación, consulta, seguimiento y gestión durante todo el ciclo de vida del contrato dentro del sistema.
4. **Factura sin contrato:** para los efectos del presente acto administrativo, se consideran

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



excepciones a la obligatoriedad de contar con el Código Único de Contrato (CUCON), situaciones como la atención de urgencias prestada sin contrato vigente, atención a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o de aseguradora Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), atención en salud por fallos de tutela, órdenes judiciales y otras que se precisan en el Documento Técnico 2 a que se refiere el artículo 12 de la presente resolución.

5. **Mecanismo único de validación:** mecanismo dispuesto por este Ministerio, el cual desarrolla las reglas de estructura, contenido y relación de los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud y de los documentos electrónicos asociados a la misma, notas crédito y notas débito, a las notas ajuste del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) sin factura o documento electrónico, según el caso. También validará las facturas convencionales sin Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) que emitan los fabricantes, importadores o titulares de registro sanitario cuando realizan ventas directas de medicamentos, dispositivos médicos o Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME) a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) u otros pagadores para que los gestores farmacéuticos o prestadores los dispensen ambulatoriamente a sus afiliados.
6. **Nota ajuste del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS):** tipo de nota mediante la cual se actualizan datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), en los casos en los cuales no hay afectación en el campo de datos de valor monetario total y no procede la generación de notas crédito o notas débito a la factura electrónica de venta en salud.
7. **Prestación individual de servicios y tecnologías de salud:** conjunto de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos médicos, y procedimientos usados para la atención en salud, así como los sistemas organizativos y de soporte para el efecto.
8. **Reglas de validación:** condiciones de carácter técnico y funcional establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicables a la estructura, contenido y relación de los campos de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, para garantizar la consistencia y razonabilidad de la información. Estas reglas tendrán como resultado la generación del Código Único de Validación (CUV), el rechazo o la notificación para las causas que se especifican en el documento técnico correspondiente. Las reglas de notificación se convertirán gradualmente en reglas de rechazo para asegurar una mejora progresiva de calidad.



9. **Validación única:** proceso de revisión de los datos contenidos en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y su consistencia con las variables comunes de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, realizado por el facturador electrónico en salud con el propósito de obtener el certificado de aprobación del contenido, la estructura y las relaciones entre los datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la factura. Este proceso se realiza de manera previa al envío de la factura electrónica de venta en salud, el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y demás soportes a la entidad responsable de pago o demás pagadores.
10. **Factura electrónica convencional sin Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS):** factura convencional (sin campos adicionales del sector salud) que deben expedir los fabricantes, importadores o titulares de registro sanitario cuando venden directamente a las Entidades Responsables de Pago (ERP) para posterior distribución a través de los Gestores Farmacéuticos. Estas facturas deben ser expedidas sin Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y deben ser validadas por el mecanismo único de validación del Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual se dispondrá el módulo correspondiente. En los campos generales del XML de la factura, deberán registrar el Código Único de Contrato (CUCON)

Capítulo 2

Proceso de generación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud

Artículo 4. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) es el conjunto de datos que contiene la información relacionada con la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud al usuario. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) se utilizará para los procesos de prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud y su facturación, así como para los procesos de dirección, regulación y control.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) será generado, validado y enviado como soporte de la factura de venta por parte de los facturadores electrónicos del sector salud, esto es, prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud y otras entidades que en el marco de sus funciones legales deban entregarlos.

Artículo 5. Datos del Registro individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Los destinatarios de la presente resolución deben utilizar los datos que se refieren a la transacción,

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



al servicio, a la tecnología de salud y al valor facturado, así:

1. Datos relativos a la transacción.
2. Datos relativos a los usuarios.
3. Datos relativos a los servicios y tecnologías de salud y a los valores facturados:
 - 3.1. Datos de las consultas
 - 3.2. Datos de los procedimientos
 - 3.3. Datos de la urgencia con observación
 - 3.4. Datos de hospitalización
 - 3.5. Datos de recién nacidos
 - 3.6. Datos de medicamentos
 - 3.7. Datos de otros servicios

Parágrafo. Los campos que contienen cada uno de los datos, así como sus características se definen en el Documento Técnico 1 y podrán ser actualizados previa revisión del Comité Técnico del Sistema Integral de Información Financiero y Asistencial (SIIFA) creado por la Resolución 2669 de 2025 y refrendación del Viceministerio de Protección Social.

Artículo 6. Fuente de los datos de la prestación individual de servicios y tecnologías de salud. Las fuentes de datos de la prestación individual de servicios y tecnologías de salud son:

1. La historia clínica.
2. El servicio de información de medicamentos o el registro de dispositivos médicos e insumes para el caso de proveedores de tecnologías en salud
3. La factura de venta de servicios y tecnologías de salud.

Los campos de datos relacionados con la identificación de los usuarios y el detalle administrativo y asistencial de los servicios y tecnologías de salud estarán contenidos en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), guardando relación con la factura, los cuales serán entregados con los demás soportes, según corresponda, para la radicación y el inicio del trámite de auditoría y pago de la factura electrónica de venta en salud.

Artículo 7. Flujo y reporte de datos. El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) debe generarse juntamente con la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, de las notas débito, notas crédito y demás documentos electrónicos, cuando aplique.

Una vez surtido el proceso de validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) a la factura o a las notas débito, notas crédito y

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



demás documentos electrónicos, en los términos previstos en el artículo 12 de la presente resolución o la norma que la modifique o sustituya, se deberá realizar la validación única del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).

Las reglas únicas de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) según las cuales se evaluarán las condiciones de estructura, contenido y relación de la información reportada, se detallan en el Documento Técnico Campos y Reglas de Validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) disponible en el link: [financiamiento/Paques/facturacion-electronica.aspx](https://www.sisproqov.co/central). <https://www.sisproqov.co/central> por tanto, las Entidades Responsables de Pago (ERP) y demás pagadores no podrán usar, ni adicionar otras reglas o establecer mecanismos alternos de validación, como condición para radicar las facturas.

Lo anterior no excluye la auditoria sobre los demás soportes que se adjunten, definidos en la Resolución 2284 de 2023

Artículo 8. Obligatoriedad del reporte. Los facturadores electrónicos del sector salud deben reportar el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de todas las atenciones de salud realizadas como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, con validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), en los términos previstos en el artículo 12 de la presente resolución.

Si se realizan notas crédito, notas débito y demás instrumentos electrónicos a la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, así como respuesta a glosas, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) deberán actualizarse conforme con dichos documentos, debiendo enviarse por parte de los obligados a reportar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) que los soportan, los cuales surtirán el proceso de validación única y disposición a las Entidades Responsables de Pago (ERP) y demás pagadores.

Cuando se presenten glosas relacionadas con la calidad de la información consignada en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), conforme con lo definido en el Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas, que no afecten el valor monetario facturado y, por ende, no generan notas crédito o notas débito, el facturador electrónico del sector salud debe presentar la respuesta de glosas mediante notas de ajuste soportando en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) el(los) dato(s) que subsana(n) la glosa. La respuesta a glosas y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) soporte de esta, serán enviados a la Entidad Responsable de Pago (ERP) o demás pagadores y al Ministerio.

Las entidades con objeto social diferente y demás entidades obligadas a reportar el Registro

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) sin factura, deberán adelantar la transmisión de información ante el mecanismo único de validación de acuerdo con la realización de sus actividades, mínimo de manera diaria y máximo de manera mensual, en este último caso dentro de los 5 primeros días calendario del mes siguiente al objeto de reporte.

Parágrafo 1. Los destinatarios de este acto administrativo no podrán modificar, reducir o adicionar los datos, ni la estructura y especificaciones técnicas definidas en el Documento Técnico “Campos y Reglas de Validación del RIPS como soporte de la FEV en Salud”

Parágrafo 2. Las Entidades Responsables de Pago (ERP) y demás pagadores no podrán solicitar estadísticas o reportes consolidados que puedan ser obtenidos a partir de los datos definidos en esta resolución.

Parágrafo 3. Para efectos del reporte del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), en los contratos bajo la modalidad de pago por capitación, las Facturas Electrónicas de Venta (FEV) en salud deberán cumplir con lo dispuesto en el parágrafo 2 del artículo 14 de la presente resolución.

Parágrafo 4. Para efectos del reporte de intervenciones colectivas o de gestión en salud pública, no será exigible la generación ni el reporte del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). En consecuencia, los prestadores de servicios de salud deberán continuar con la generación de la facturación convencional, con sujeción a los mecanismos de validación establecidos por la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN). Sin perjuicio de lo anterior, para efectos de seguimiento, monitoreo y evaluación de la gestión en salud pública, se dará aplicación a lo dispuesto en la Resolución 1597 de 2025, en especial lo previsto en su artículo 24, en relación con el seguimiento y evaluación de la gestión territorial integral en salud pública y del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).

En este marco, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá e implementará los mecanismos para el reporte progresivo de la información requerida, conforme a los lineamientos que para el efecto se expidan.

Artículo 9. Procesos informáticos en los facturadores electrónicos en salud y demás entidades obligadas a reportaren el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Los obligados a reportar son responsables de los siguientes procesos informáticos:

1. Generación o actualización de datos: para lo cual deberán:

1.1. Ajustar las formas de registro manual o automatizado, que incluyan los contenidos y

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



la estructura que se definen en la presente resolución.

- 1.2. Hacer el registro de los datos con la prestación o provisión del servicio o tecnología de salud.
- 1.3. Garantizar la confiabilidad, calidad, oportunidad y validez de los datos, así como su respectivo almacenamiento, asegurando que la información sea completa, íntegra, consistente y verificable, y que mantenga correspondencia con las fuentes de información disponibles según el rol del actor, conservando los soportes que se encuentren a su cargo y que permitan su validación y auditoría posterior.
- 1.4. Garantizar que al momento de generar o actualizar el dato en su sistema de información, éste cumpla con las condiciones de estructura, contenido y relaciones definidas en la presente resolución, para su adecuada validación.
2. Validación local: adelantar el proceso de verificación de la consistencia de los datos, en cuanto a los valores que asumen los campos y las relaciones del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte a las facturas electrónicas de venta en salud, previo a su transferencia. De identificarse inconsistencias, deberán efectuarse los ajustes reportados a cada conjunto de información (XML-JSON). Para el caso de las facturas comerciales expedidas por los fabricantes, importadores o titulares del registro sanitario de medicamentos o dispositivos adquiridos de forma directa por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y otros pagadores para ser dispensados por los gestores farmacéuticos, se habilita un módulo en el mecanismo único de validación denominado Factura sin Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), a través del cual deberá remitirse el XML de esta factura, de modo que quede registrada para su posterior incorporación al módulo FEV-RIPS del SIIFA. Por este módulo también se validarán las facturas correspondientes a las actividades de salud pública y del plan de intervenciones colectivas
3. Transferencia de archivos al Ministerio: luego de superar la validación local (no admite motivos de rechazo), los facturadores electrónicos del sector salud deberán transmitir al Ministerio de Salud y Protección de Social, el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y el archivo de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud con validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) a través de la plataforma del mecanismo único de validación de que trata el artículo 10 de la presente resolución, utilizando la funcionalidad establecida para cada una de la soluciones (Cliente Servidor o API Docker).
4. La plataforma del mecanismo único de validación en el Ministerio realizará las validaciones

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



de segundo nivel al conjunto de información y si estas son superadas, generará y devolverá el Código Único de Validación (CUV) mediante el cual se certifica la consistencia y unicidad de los archivos recibidos. De identificar inconsistencias, deberán efectuarse los ajustes reportados a cada conjunto de información (XML-JSON).

Artículo 10. Documento Técnico “Especificaciones técnicas de los campos de datos y las reglas de Validación del RIPS como soporte de la FEV en Salud”. Las especificaciones técnicas de los campos de datos y las reglas de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta en salud, serán dispuestas en el micrositio de Facturación electrónica de este ministerio, disponible en el link: <https://www.sispro.Qov.co/central-financiamiento/Pages/facturacion-electronica.aspx>, cuyos ajustes se analizarán en el Comité Técnico del SIIFA creado por la Resolución 1962 de 2025 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y serán refrendados por el Viceministerio de Protección Social.

Parágrafo. Las actualizaciones de los documentos técnicos se publicarán con identificación de versión, fecha de publicación, control de cambios y fecha de entrada en aplicación.

Capítulo 3

Proceso de facturación electrónica de venta en el sector salud

Artículo 11. Campos de datos del sector salud adicionales a la FEV. Los campos de datos adicionales, en formato XML, para la generación de la factura electrónica de venta del sector salud, serán:

1. Código del prestador de servicios de salud: corresponde al asignado por la Dirección Departamental o Distrital de Salud al momento de realizar la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Se tomarán los diez primeros dígitos para los prestadores. Para otros facturadores electrónicos en salud tales como: gestor farmacéutico, proveedor de tecnología en salud, entre otros, el código será el que este Ministerio asigne.
2. Modalidad de Pago: se seleccionará una de las siguientes opciones: Pago individual por caso/Conjunto Integral de Atenciones/Paquete/Canasta; Pago Global Prospectivo; Pago por capitación o Pago por evento.
3. La cobertura o plan de beneficios: conforme con las definiciones establecidas en la tabla de referencia disponible en SISPRO: <https://web.sispro.gov.co/WebPublico/Consultas/ConsultarDetalleReferenciaBasica.aspx?Code=CoberturaPlanBeneficios>



4. Número de contrato: se exigirá el Código Único de Contrato (CUCON) conforme el cronograma de implementación del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA) establecido en el artículo 9 de la Resolución 1962 de 2025. Si la atención que se factura no requiere contrato, se deberá diligenciar la justificación en el campo que se señala adelante.
5. Número de póliza: corresponde a la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) si se trata de una atención con cargo a dicha póliza o el número de la póliza en planes voluntarios de salud.
6. Justificación Factura sin contrato: deberá diligenciarse obligatoriamente este campo con los valores definidos en la tabla de referencia “Justificación Facturas sin contrato” disponible en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO)

Artículo 12. Diligenciamiento de otros campos en el anexo técnico de la factura. Los siguientes campos, si bien no son adicionales a los establecidos en el Documento Técnico 2, en virtud de la presente resolución, deberán diligenciarse, cuando aplique, para la generación de la factura electrónica de venta en salud:

1. Copago: se diligencia en el objeto PrepaidPayment, corresponde a la sumatoria de los copagos por servicios que fueron registrados en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS);
2. Cuota moderadora: se diligencia en el objeto PrepaidPayment, corresponde a la sumatoria de los recaudos por este concepto registrados en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS);
3. Pagos compartidos en planes voluntarios de salud: se diligencia en el objeto PrepaidPayment corresponde a la sumatoria del recaudo que por este concepto se hayan registrado en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
4. Anticipos: se diligencia en el objeto PrepaidPayment, corresponde al valor del anticipo realizado y que deba ser amortizado en esta factura conforme las definiciones del acuerdo de voluntades,
5. Fecha inicio del periodo de facturación: se diligencia en el objeto Invoice period, corresponde a la fecha y hora del primer servicio registrado en esta factura, sea mono o multiusuario.
6. Fecha fin del periodo de facturación: se diligencia en el objeto Invoice period, corresponde a la fecha y hora del último servicio registrado en esta factura, sea mono o multiusuario.

En el campo de notas a nivel de línea de producto, se deberá registrar, cuando aplique, los detalles de un mismo CUPS con distinta descripción y distinto valor, esta información no será

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



objeto de validación por parte del mecanismo único de validación y tendrá carácter informativo para el pagador.

La definición de campos de que tratan los artículos 11 y 12 de la presente resolución y su estructura se desarrolla y actualizará en el Documento Técnico 2, cuyos ajustes se analizarán en el Comité Técnico del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA) creado por la Resolución 1962 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social y serán refrendados por el Viceministerio de Protección Social.

Artículo 13. Trazabilidad de la factura de venta de los servicios y tecnologías de salud. La factura electrónica de venta con validación previa, las notas crédito o notas débito y los demás instrumentos electrónicos, que sean enviados con el documento electrónico de validación a la entidad responsable de pago u otro pagador, deberán transmitirse a la plataforma del mecanismo único de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, para efectos de la trazabilidad de la factura de venta de los servicios y tecnologías de salud.

Artículo 14. Fuente de información para el diligenciamiento de los datos del sector salud y el trámite de la factura electrónica de venta en salud. La fuente de información para el diligenciamiento de los campos de datos adicionales del sector salud en el formato XML, será el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y los acuerdos de voluntades suscritos entre los facturadores electrónicos y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Adaptadas (EA), Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) en el componente salud, secretarías de salud departamentales, distritales o municipales o las entidades que hagan sus veces, compañías de seguros autorizadas para ofrecer el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), entidades que ofrecen planes voluntarios de salud y demás pagadores.

Parágrafo 1. En caso de no existir acuerdo de voluntades, las Entidades Responsables de Pago (ERP) y demás pagadores deberán suministrar la información que les sea requerida por los facturadores electrónicos del sector salud, para el diligenciamiento de los campos de datos adicionales del sector salud.

Parágrafo 2. Los campos de datos relacionados con la identificación de los usuarios y el detalle administrativo y asistencial de los servicios y tecnologías de salud estarán contenidos en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), y deberán guardar correspondencia con la factura.

Parágrafo 3. Las Entidades Responsables de Pago (ERP) y demás pagadores no podrán modificar los campos de datos adicionales definidos en la presente resolución, ni exigir la

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



inclusión de nuevos, so pena de las investigaciones y medidas que determinen las entidades de inspección, vigilancia y control, si a ello hubiere lugar.

Artículo 15. Proceso de radicación de la factura electrónica de venta en salud ante la entidad responsable de pago o demás pagadores. Los facturadores electrónicos del sector salud disponen de veintidós (22) días hábiles, contados a partir de la fecha de expedición de la factura electrónica de venta con validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), para la radicación ante las entidades responsables de pago o demás pagadores, de la factura y el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) aprobados por el mecanismo único de validación del Ministerio, junto con los demás soportes determinados en el acuerdo de voluntades, sin sobrepasar el listado máximo definido en la normatividad vigente.

Las entidades pagadoras deberán generar el número único de radicación el que deberá comunicarse inmediatamente al emisor de la factura. El número único de radicación será informado al facturador electrónico del sector salud conforme con el mecanismo establecido por las partes y al Ministerio de Salud y Protección Social a través del módulo FEV-RIPS del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA), de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 1962 de 2025 expedida por este Ministerio.

Parágrafo 1. El facturador electrónico del sector salud anulará la factura cuando no se haya realizado la radicación dentro del plazo previsto en este artículo, procediendo la expedición de una nueva factura para el cobro de los servicios y tecnologías prestados.

Parágrafo 2. En los acuerdos de voluntades en los que se haya pactado la modalidad de pago por capitación, la expedición y entrega de la primera factura electrónica de venta se hará sin el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Para la expedición y entrega desde la segunda y hasta la última factura a las Entidades Responsables de Pago (ERP) y demás pagadores será necesario entregar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) del periodo anterior, aprobados por el mecanismo único de validación junto con los demás soportes. Para el periodo final deberán validarse los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de dicho periodo a través del mecanismo único de validación, los cuales se entregarán con los demás soportes.

Parágrafo 3. Este Ministerio creará un módulo para la recepción en el mecanismo único de validación de las facturas generadas por las compras masivas realizadas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a los fabricantes, importadores y titulares de registro sanitario de medicamentos, dispositivos e insumos. En estos casos, se utilizarán facturas electrónicas de venta convencionales con validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), las cuales no estarán soportadas con un Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), ni requerirán de los campos adicionales del sector salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la información a diligenciar en estas facturas que será validada en el módulo de recepción para permitir su transmisión y generar el respectivo Código único de Validación. También se usará este módulo para la recepción de las facturas por actividades de salud pública y de intervenciones colectivas.

Parágrafo 4. Las Entidades Responsables de Pago (ERP) y los facturadores electrónicos deberán contar con procesos automatizados y en línea, que permitan la trazabilidad cronológica de la transferencia de información y el acuse de recibido de esta, en los términos de la Ley 527 de 1999.

Capítulo 4 **Mecanismo Único de Validación**

Artículo 16. Del mecanismo único de validación. El mecanismo único de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) se compone de:

- 16.1. Sistema de información de validación y envío de archivos
- 16.2. Proceso de registro o actualización de entidades.
- 16.3. Proceso de disposición de datos

Artículo 17. Sistema de información de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y envío de archivos. Corresponde a la solución tecnológica del mecanismo único de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), desarrollada por este Ministerio para la certificación del cumplimiento de las condiciones técnicas y requerimientos funcionales, establecidos en la presente resolución, que permite la recepción, validación y transmisión del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en Salud y de los documentos electrónicos asociados a la misma, notas crédito y notas débito, y las notas ajuste del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), o los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) sin factura, y las facturas sin Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) según el caso, así como la generación de reportes del resultado de las anteriores actividades.

Este Ministerio dispondrá de dos alternativas del sistema de información de validación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), cuyo uso dependerá de las características operativas y tecnológicas del facturador electrónico del sector salud, quien deberá implementar bajo su propia infraestructura, aquella que considere que mejor se ajuste a sus

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



necesidades y capacidades. Dichas alternativas son:

- a. Tipo A: Solución tecnológica tipo CLIENTE/SERVIDOR, dirigida a facturadores electrónicos del sector salud que no tienen la posibilidad de adelantar desarrollos propios para interoperar con la plataforma del Ministerio y que para su utilización solo requiere de la transmisión del conjunto de archivos de información.
- b. Tipo B: Solución tecnológica tipo API RESTFUL empaquetada en contenedores dirigida a facturadores electrónicos que tienen la posibilidad de adelantar desarrollos propios para interoperar con la plataforma del Ministerio, que permiten la transmisión del conjunto de archivos de información.

Las características y requisitos tecnológicos de estas alternativas se detallan en el micrositio de Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, alojado en la página institucional de este Ministerio, disponibles en el enlace: <https://www.sispro.gov.co/central-financiamiento/Pages/facturacion-electronica.aspx>.

El procesamiento de información del mecanismo único de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), comprende las siguientes actividades:

1. Recepción de los archivos de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, o sus documentos electrónicos asociados, con validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y del archivo Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) que la soporta o el archivo Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de las notas de ajuste, según corresponda.
2. Validación del archivo del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), conforme con lo establecido en la presente resolución o las normas que la modifiquen o sustituyan emitidas por el Comité Técnico de Direccionamiento de RIPS y los lineamientos técnicos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) disponibles en el enlace: <https://www.sispro.gov.co/central-financiamiento/Pages/facturacion-electronica.aspx>.
3. Verificación de la relación de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, o de sus documentos electrónicos asociados, con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) soporte de la misma, según las especificaciones técnicas definidas en la presente resolución, y los documentos técnicos 1 y 2 disponibles en el enlace: <https://www.sispro.gov.co/central-financiamiento/Pages/facturacion-electronica.aspx>.
4. Validación de las Notas de ajuste del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), cuando aplique.



5. Validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) sin Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, cuando aplique.
6. Generación del Código Único de Validación (CUV) al Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud o de sus documentos electrónicos.
7. Validación de facturas convencionales sin Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en el caso de compras directas y masivas a fabricantes, importadores o titulares de registro sanitario para ser entregados a los gestores farmacéuticos para su posterior dispensación ambulatoria a sus afiliados.
8. Disposición al facturador electrónico del sector salud del resultado de las validaciones definidas en la presente resolución o la norma que la modifique o sustituya y del Código Único de Validación (CUV) cuando aplique, haciendo uso del método establecido en el mecanismo único de validación

Parágrafo. Este Ministerio como propietario del sistema de información de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), será el encargado de su disponibilidad, seguridad y actualización. Las actualizaciones necesarias para garantizar la calidad, la seguridad y rendimiento del sistema se realizarán informando previamente de las mismas a las entidades obligadas a acatar las disposiciones aquí contenidas, proporcionando las garantías para que la operación no se vea afectada y la validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) se realice, según las versiones respectivas.

Artículo 18. Proceso de registro o actualización de entidades. El Ministerio de Salud y Protección Social por medio del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) permitirá el registro o actualización de datos de los facturadores electrónicos del sector salud (IPS) y de las entidades obligadas a reportar el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) sin factura, como prerrequisito para el uso del mecanismo único de validación de Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Estas entidades deberán realizar la inscripción o actualización en el siguiente enlace: <https://web.sispro.gov.co>, obteniendo su usuario y contraseña. Estos datos permitirán la autenticación al sistema de información de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). 'a

Los profesionales independientes deberán seguir los lineamientos establecidos en la guía de autenticación del mecanismo único de validación, que se encuentra disponible en página del financiamiento/Paques/facturacion-electronica.aspx micrositio <https://www.sispro.gov.co/central>

Los detalles del proceso de registro o actualización de entidades en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) se dispondrán en el micrositio de factura electrónica de venta en salud de la página web de este Ministerio, disponible en el enlace: .

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



<https://www.sispro.qov.co/central-financiamiento/Pages/facturacion-electronica.aspx>.

Artículo 19. Proceso de disposición de datos. El mecanismo único de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) proveerá al Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA), información de los archivos de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud y la de sus documentos electrónicos asociados, con la validación previa de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), el archivo del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) validado, soporte de cada uno de ellos, o el archivo de notas de ajuste de Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), cuando aplique, junto con el código único de validación (CUV) y las facturas electrónicas de venta convencionales que se registren en el Mecanismo Único de Validación.

La información del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, será dispuesta a los sistemas de información del sector salud gestionados por este Ministerio que así lo requieran y a los demás actores del sistema de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá mensualmente a las entidades territoriales del orden departamental y distrital, un archivo anonimizado con los datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de su área de influencia, en el sitio FTPS habilitado para éstas.

Parágrafo 1. A partir de los datos recibidos, este Ministerio definirá el conjunto de informes que den cuenta de la calidad y estandarización de los datos a las entidades destinatarias del presente acto administrativo, con el fin de retroalimentarlas frente al mejoramiento en la generación de los datos.

Parágrafo 2. Los facturadores electrónicos del sector salud y las entidades obligadas a reportar los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), son responsables de la veracidad y consistencia de los datos registrados y del cumplimiento de las reglas de validación de estos, según lo dispuesto en la presente resolución o las normas que modifiquen o sustituyan. Las reglas de validación aplicables al Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud, serán actualizadas e incorporadas progresivamente al mecanismo único de validación para mejorar la calidad de la información.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social publicará un informe periódico sobre el comportamiento de los participantes del sistema en el reporte del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV)

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



en salud y definirá el mecanismo que permita el acceso a esta información.

Parágrafo 4. Las entidades territoriales no podrán exigir a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ni a los prestadores la remisión de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), dado que el Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) correspondientes a las atenciones a usuarios residentes en su territorio.

Artículo 20. Del proceso de soporte. Este Ministerio dispondrá una mesa de ayuda para brindar el acompañamiento técnico al proceso de generación y reporte del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en salud. Los datos de contacto, así como la información relacionada con la normatividad vigente y sus anexos, documentos técnicos, preguntas frecuentes, y ejemplificaciones del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la factura electrónica de venta, se encuentran disponibles en el siguiente enlace: <https://www.sispro.qov.co/central-financiamiento/Pages/facturacion-electronica.aspx>.

Capítulo 5 Implementación y disposiciones finales

Artículo 21. Seguridad de la información y protección de datos personales. De conformidad con lo dispuesto por las Leyes 527 de 1999, 594 de 2000, 1581 de 2012, 2015 de 2020 y el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las modifiquen o sustituyan, el Ministerio de Salud y Protección Social como responsable del mecanismo único de validación del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV) en Salud, así como las entidades de que trata el artículo 2 de la presente resolución, garantizarán al interior de sus procesos y tecnologías informáticas y con los terceros involucrados, la veracidad, confidencialidad, integridad, custodia y disponibilidad de los datos del Registro individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y, deberán utilizar y garantizar las técnicas necesarias para evitar el riesgo a la suplantación, alteración, extracción, secuestro y cualquier acceso o uso indebido o fraudulento o no autorizado de los datos de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y, el Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones.

Artículo 22. Seguimiento y control. La Superintendencia Nacional de Salud efectuará la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las disposiciones previstas en la presente resolución, sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control atribuidas a las demás autoridades competentes, de conformidad con las normas legales vigentes.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Artículo 23. Vigencia y derogatorias. El presente acto administrativo rige a partir de 2024 3 SU expedición y deroga las Resoluciones 2275 de 2023, 558 y 1884 de Parágrafo transitorio. La aplicación de la presente resolución se realizará de manera gradual, de tal forma que, a partir del primero (1) de junio de 2026 entrarán en vigor las reglas de validación que se pasan de notificación a rechazo y a partir del primero (1) de julio de 2026 serán exigibles los ajustes de versión de software de carácter estructural.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Ver Anexos Técnicos en: https://intranet.minsalud.gov.co/Normatividad/Paginas/Normatividad_Minsalud.aspx



2.1.6. Resolución 995 de 2026

Por la cual se implementa el "Programa Nacional de Equipos Médicos de Emergencia EME o EMT, para la reducción del riesgo y el fortalecimiento para la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres en el sector de la salud

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades, en especial de las conferidas en los numerales 42 1 y 42.3 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, y

CONSIDERANDO

Que el artículo 42 de la Ley 715 de 2001 establece las competencias de la Nación en materia de salud, las cuales son asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre las que se encuentra el deber de formular las políticas, dirigir, orientar, adoptar y evaluar planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y su rol de coordinador de la ejecución, seguimiento y evaluación así mismo, expedir la regulación necesaria para el adecuado funcionamiento del sector salud.

Que, la Ley 1523 de 2012, adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de desastres, y establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, así como la forma de reacción inmediata, para enfrentar en el país las situaciones de emergencia o desastre, en la que igualmente se determina que la gestión del Riesgo es responsabilidad de todos, siendo la comunidad, el sector público y el sector privado corresponsables en todo el proceso.

Que el numeral 7o del artículo 4o de la citada ley establece que, el proceso de la gestión del riesgo está compuesto, por unos elementos fundamentales, como son la identificación de escenarios del riesgo, el análisis, monitoreo y seguimiento del riesgo y sus componentes, a fin de gestionar una adecuada comunicación, que permita crear conciencia y reducir riesgos en la toma de decisiones dentro del manejo y atención de emergencias y desastres. Estas acciones tienen el propósito explícito de contribuir a la seguridad, el bienestar y calidad de vida de las personas, la protección y el cuidado de los animales y al desarrollo sostenible.

Que, el territorio colombiano por su localización geográfica y condiciones sociales, ambientales y económicas, se encuentra expuestos a múltiples riesgos de desastres con efectos directos e

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



indirectos importantes en la salud pública; es por esto que, el sector salud de manera continua trabaja en fortalecer sus capacidades para anteceder los riesgos y fortalecer la gobernanza en los diferentes territorios, de manera que puedan tomarse las acciones oportunas para la prevención, respuesta y recuperación propendiendo por disminuir la morbilidad asociada.

Que debido a las dificultades evidenciadas en la coordinación de una respuesta rápida emergencias ocasionadas por los terremotos de Haití (2010) y Nueva Zelanda (2011) así como el tsunami ocurrido en Japón en el mismo año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó el “Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, como un instrumento que insta a los Estados miembros a emprender acciones concretas en los ámbitos local, regional y nacional, orientadas a abordar cuatro prioridades fundamentales: i) la comprensión del riesgo de desastres; ii) el fortalecimiento de la gobernanza del riesgo de desastres para su adecuada gestión; iii) la inversión en la reducción del riesgo de desastres para incrementar la resiliencia, y iv) el mejoramiento de la preparación ante desastres, con el fin de garantizar una respuesta eficaz y una recuperación, rehabilitación y reconstrucción sostenibles.

Que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en desarrollo del Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, formuló la Iniciativa Global de Equipos Médicos de Emergencia (EME o EMT, por sus siglas en inglés). Dicha iniciativa es implementada en los países de las Américas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el propósito de fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud ante emergencias y desastres, a partir de los lineamientos establecidos por la OMS y de las experiencias acumuladas en la región, orientadas a mejorar la atención sanitaria en situaciones de crisis.

Que, en Colombia se han presentado diversos eventos catastróficos y desastres, tales como el terremoto de Popayán (1983), la erupción del Volcán Nevado del Ruiz (1985), la avalancha sobre la cuenca del río Páez (1994), el terremoto de Armenia en (1999), y la avalancha de los ríos Mocoa, Mulato y Sangoyaco en el municipio de Mocoa (2017), entre otros. A estos eventos, se suman las emergencias recurrentes derivadas de condiciones climáticas extremas, los fenómenos de variabilidad climática y las situaciones provocadas por el ser humano, como las migraciones masivas en Norte de Santander y en la región del Darién. Dichas situaciones, por su magnitud e impacto desproporcionado, han desbordado la capacidad de respuesta del sistema de salud, obligando al Estado, en el marco de la gestión del riesgo, a adoptar y fortalecer medidas que garanticen una atención oportuna, coordinada y efectiva ante las contingencias que se presenten.

Que, a pesar de haberse implementando en el país, acciones orientadas a mejorar el conocimiento, la gestión y el manejo del riesgo, se hace necesario adoptar un enfoque integral en la planificación y coordinación de equipos médicos de emergencia, con el fin de optimizar la respuesta inmediata en escenarios de crisis. Para ello, se requiere la implementación de una red oficial de registro,

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



documentación y coordinación de equipos médicos, que permita articular los esfuerzos del sector salud y asegurar la efectividad de las acciones durante la atención de emergencias y desastres. Que, el Programa “Equipos Médicos de Emergencia” (EME o EMT, por sus siglas en inglés), desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el marco de la implementación de la Iniciativa Global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del mismo nombre, establece una metodología que contiene directrices claras y procedimientos operativos estandarizados. Dicho marco metodológico permite desarrollar un sistema de registro, documentación, coordinación y evaluación continua de equipos conformados por profesionales de la salud y personal de apoyo, con capacidades clínicas, financieras y logísticas, para su despliegue e intervención inmediata en zonas afectadas por emergencias o desastres, garantizando una atención oportuna y eficaz a las personas impactadas por dichos eventos.

Que, mediante la Resolución 633 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social, se adoptó en Colombia la Iniciativa Global de “Equipos Médicos de Emergencia” como Programa Nacional para la reducción del riesgo ante emergencias y desastres en el sector de la salud, y en el artículo 3° y 4°, asignó a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres la responsabilidad de elaborar el documento base para su implementación a nivel nacional, el cual deberá contemplar, como mínimo, los siguientes componentes: i) Registro y documentación de los equipos; ii) Certificación de los equipos médicos; m) Capacitación y entrenamiento; iv) Infraestructura y logística, v) Coordinación y planificación operativa; y vi) Comunicaciones y tecnología.

Que en virtud de lo anterior, la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres expidió el documento técnico denominado “*Programa Nacional de Equipos Médicos de Emergencia - Ruta de implementación de la Iniciativa*”, con el fin de establecer los elementos para la implementación de la estrategia “*Equipos Médicos de Emergencia*” documento11 3 Resolución 633 de 2024; dichos elementos se desarrollan en el referido documento.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1 Objeto. Establecer los elementos base para la implementación del Programa Nacional de Equipos Médicos de Emergencia”, desarrollados en el documento técnico que será publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, para fortalecer la respuesta en salud ante crisis, emergencias y desastres.

Artículo 2. Campo de aplicación. La presente resolución aplica a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entidades públicas y privadas organismos y agencias de socorro habilitadas en el marco de la prestación de servicios de salud, así como a las entidades

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



territoriales en el ámbito de sus competencias que manifiesten ante el Ministerio de Salud y Protección Social la intención de conformar Equipos Médicos de Emergencia.

Parágrafo. Los Equipos Médicos de Emergencia del orden internacional certificados por su país de origen y que ingresen al territorio nacional, únicamente podrán brindar apoyo en la prestación de servicios de salud en el marco de situaciones de crisis emergencias o desastres en los siguientes eventos:

- a) A solicitud del Ministerio de Salud y Protección Social como representante del sector salud ante el Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- b) Cuando el Organismo Internacional EMT solicite y, sea autorizado su ingreso al país por el Ministerio de Salud y Protección Social, para apoyar situaciones de crisis, emergencias o desastres.

Artículo 3. Certificación del Programa de Equipos Médicos de Emergencia (EME o EMT). El Ministerio de Salud y Protección Social, será responsable del procedimiento administrativo y de verificación para el registro y clasificación de los Equipos Médicos de Emergencia. Una vez cumplidos los requisitos, el Ministerio expedirá el respectivo certificado.

Parágrafo 1. Las organizaciones internacionales que deseen certificarse como Equipo Médico de Emergencia (EME o EMT) en el territorio nacional, deberán cumplir con las mismas disposiciones planteadas para organizaciones nacionales relacionadas en el acápite anterior.

Parágrafo 2. Los Equipos Médicos de Emergencia certificados podrán operar en el territorio nacional según las necesidades derivadas de una crisis, emergencia o desastre, así como participar en misiones internacionales, previa solicitud del país afectado y de conformidad con los procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 4. Adaptación y articulación. Los Equipos Médicos de Emergencia (EME o EMT) deberán adaptarse a la gestión del riesgo de desastres en sus componentes de reducción, preparación y respuesta, así como articularse con los Sistemas de Emergencias Médicas (SEM) de las respectivas jurisdicciones, en el marco de las redes integradas e integrales de servicios de salud de que tratan la Ley 1438 de 2011 y la Sentencia C-313 de 2014.

Artículo 5. Postulación de los Equipos Médicos de Emergencia (EME o EMT). El proceso de postulación de las entidades, y los organismos interesados en obtener la certificación del Ministerio

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



de Salud y Protección Social, se podrá realizar en cualquier momento conforme a los requisitos establecidos en el documento técnico del presente acto administrativo.

Artículo 6. Registro y visita de certificación. Cumplidos los requisitos de postulación, las entidades, instituciones y organismos solicitantes, deberán activar la pestaña de verificación en el aplicativo Célula de Información y Coordinación Médica (CICOM), anexando los documentos requeridos. Una vez verificados y aprobados, el Ministerio de Salud y Protección Social notificará al postulante con al menos veinticuatro (24) horas de antelación la visita de verificación. Posterior a dicha visita, y en un plazo no mayor a quince (15) días calendario, se expedirá la certificación correspondiente.

Artículo 7. Autoevaluación y novedades. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que cuenten con Equipos Médicos de Emergencia certificados, deberán realizar la autoevaluación y registro de novedades de conformidad con lo establecido en los artículos 5o y 12° de la Resolución 3100 de 2019, modificada por las Resoluciones 544 de 2023 y 465 de 2025, referente a los servicios de salud ofertados de acuerdo con el tipo de Equipos Médicos de Emergencia. Parágrafo. En caso de que surjan nuevos estándares o condiciones para la adecuación y actualización de los Equipos Médicos de Emergencia (EME o EMT) o se quiera modificar la tipología del equipo certificado, estos deberán ser previamente adoptados por el interesado, y su verificación se realizará dentro de los seis (6) meses siguientes a la actualización, previa solicitud formal al Ministerio de salud y Protección Social.

Artículo 8. Centro de Información y Control de Equipos Médicos de Emergencia (CICOM). La Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social, mantendrá el registro de los Equipos Médicos de Emergencia certificados en la estructura del Centro de Información y Control de Equipos Médicos de Emergencia (CICOM).

Artículo 9. Monitoreo y evaluación de los Equipos Médicos de Emergencia (EME o EMT). La Oficina Gestión Territorial, Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social, adelantará el monitoreo y la evaluación del programa Equipos Médicos de Emergencia.

Artículo 10. Operatividad. Los Equipos Médicos de Emergencia deberán realizar procesos de simulación semestral y simulacros anuales, incluyendo la capacitación del talento humano en salud que los conforma. Estos procedimientos deberán estar documentados y harán parte integral del historial operativo del programa Equipos Médicos de Emergencia (EME o EMT).

ARTICULO 11. Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud, junto con las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que ejerza dichas funciones, serán responsables dentro del ámbito de sus competencias, de realizar la vigilancia y el control

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



sobre el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención en salud brindada por los Equipos Médicos de Emergencia (EME o EMT).

ARTÍCULO 12. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,



2.1.7. Resolución 1020 de 2026

Por la cual se reglamenta el artículo 10 de la Ley 2361 de 2024, en relación con la creación del Sistema Nacional de Bancos de Leche Humana y, se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que en cumplimiento de lo preceptuado en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social debe efectuar la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del nivel territorial para la vigencia 2026.

Que, para aplicar la metodología adoptada por la Resolución 2509 de 2012 modificada por la Resolución 2249 de 2018, a fin de efectuar la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial, es necesario acudir a las siguientes fuentes de información: i) Los informes remitidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento del Título 5 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 1068 de 2015, Único Reglamentario del Sector Hacienda y Crédito Público; ii) La reportada anualmente por las Empresas Sociales del Estado a la respectiva entidad territorial de salud, a más tardar al 30 de abril de 2026, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Que, en este sentido, mediante radicado 2026423001972912 del 21 de mayo de 2026, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público remitió a este Ministerio el *“Informe de Evaluación Anual de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de la Empresas Sociales del Estado a 31-12-2025.”*, dicho informe recomienda no aplicar la metodología de categorización del riesgo a las siguientes ESE: i) *“(…) 82 Empresas Sociales del Estado con PSFF viabilizado (63 PSFF ESE objeto de Evaluación 2025 y 19 PSFF ESE que no fueron objeto de evaluación por ser viabilizadas en el último trimestre de 2025), esto con el propósito de garantizar la continuidad en la ejecución de su Programa a fin de alcanzar el equilibrio y sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo; en otros casos, por cuanto acaban de finalizar su PSFF o se dará traslado a la Superintendencia Nacional de Salud por incumplimiento del PSFF. (…);”*

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



ii) “(...) 35 Empresas Sociales del Estado que, a 31 de diciembre de 2025, por su categorización de riesgo con la Resolución 1342 de 2019, se encuentran tramitando la viabilidad de su PSFF ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, esto con el propósito de garantizar el que puedan ejecutar su Programa a fin de alcanzar el equilibrio y sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo. (...)”; iii) “(...) 89 Empresas Sociales del Estado que, a 31 de diciembre de 2025, por su categorización de riesgo con la Resolución 851 de 2023, se encuentran tramitando la viabilidad de su PSFF ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, esto con el propósito de garantizar el que puedan ejecutar su Programa a fin de alcanzar el equilibrio y sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo. (...)”; iv) “(...) 44 Empresas Sociales del Estado que, a 31 de diciembre de 2025, por su categorización de riesgo con la Resolución 980 de 2024, se encuentran tramitando la viabilidad de su PSFF ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, esto con el propósito de garantizar el que puedan ejecutar su Programa a fin de alcanzar el equilibrio y sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo. (...)”; v) “(...) 3 Empresas Sociales del Estado que, a 31 de diciembre de 2025, por su categorización de riesgo con la Resolución 1122 de 2025, se encuentran tramitando la viabilidad de su PSFF ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, esto con el propósito de garantizar el que puedan ejecutar su Programa a fin de alcanzar el equilibrio y sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo. (...)”, vi) “(...) 4 Empresas Sociales del Estado que se acogieron al parágrafo 4 del artículo 3 del Decreto 460 de 2024 y a la fecha se encuentran adelantando la modificación del programa de saneamiento fiscal y financiero. (...)” y vii) “(...) que finalizó el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero el 31 de diciembre de 2024 y cuya evolución arrojó que lo incumplió, se informará a la Superintendencia Nacional de Salud. (...)”.

Que la Superintendencia Nacional de Salud remitió el oficio con radicado 2026423001930042 de fecha 20 de mayo de 2026, con asunto: “Informe para recomendación de aplicación de metodología de categorización del riesgo de la vigencia 2026 para las Empresas Sociales del Estado trasladadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público por incumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero y Hospitales con alguna medida especial por parte de la SNS.”, en el cual incluye cuarenta y tres (43) Empresas Sociales del Estado que incumplieron el programa de saneamiento fiscal y financiero y que fueron remitidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público a dicha Superintendencia.

Que, en el referido oficio, la Superintendencia Nacional de Salud señala, respecto de tres (3) de las ESE que incumplieron la evaluación con corte de las vigencias 2022 y 2023 que “(...) de las tres (3) ESE relacionadas, una (1) de ellas al ser analizada respecto al resultado de los indicadores de gestión evaluados por la Superintendencia, se encontró en un nivel de riesgo bajo, por lo cual no debió suscribir un PMI. En atención a lo expuesto, se recomienda que la ESE Hospital Francisco Eladio Barrera sea objeto de aplicación de la metodología de categorización del riesgo para la vigencia 2026, en virtud de lo definido en el artículo 80 de la

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Ley 1438 de 2014”.

Que la Superintendencia Nacional de Salud indicó igualmente que, en relación con las restantes cuarenta (40) ESE “(...) *se recomienda no incluir las cuarenta (40) entidades relacionadas en la tabla No 2. en la aplicación de la metodología de categorización del riesgo para la vigencia 2026, hasta tanto no se definan las acciones a implementar por parte de esta Superintendencia sobre cada una de estas*”.

Que asimismo, la Superintendencia Nacional de Salud informó que, de trece (13) Empresas Sociales del Estado, once (11) se encuentran en intervención forzosa administrativa para administrar, una (1) en vigilancia especial, sobre los cuales recomendó que no fueran objeto de aplicación de la metodología de categorización del riesgo para la vigencia 2026, y una (1) con medida de intervención forzosa administrativa para administrar suspendida, respecto la cual sí recomienda que el vigilado sea objeto de aplicación de la metodología de categorización del riesgo para la vigencia 2026.

Que, con el fin de determinar cuáles Empresas Sociales del Estado están adelantando acuerdos de reestructuración de pasivos ante la Superintendencia Nacional de Salud, la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de este Ministerio informó que consultado el link <https://www.supersalud.gov.co/es-co/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica>, encontró que seis (6) Empresas Sociales del Estado inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), están en el listado publicado por la Superintendencia Nacional de Salud, como entidades que están adelantando acuerdos de reestructuración de pasivos.

Que, al momento de aplicar la metodología adoptada por la Resolución 2509 de 2012 modificada por la Resolución 2249 de 2018, en relación con el cumplimiento del reporte de información, se evidenció por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria de este Ministerio que, las Empresas Sociales del Estado Hospital de Zapatoca, del departamento de Santander y, el Hospital de Girardot del departamento de Cundinamarca, fueron creadas e inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud el 6 de febrero y el 12 de junio de 2025, respectivamente, razón por la cual no cuentan con reporte de información anual de la vigencia 2025, como lo exige la metodología, por lo que no serán objeto de categorización.

Que, teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario efectuar la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, para la vigencia 2026.

En mérito de lo expuesto,

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto efectuar la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2026, una vez aplicada la metodología prevista en la Resolución 2509 de 2012, modificada por la Resolución 2249 de 2018, de conformidad con la parte considerativa del presente acto administrativo.

Artículo 2. Información para la categorización del riesgo. Para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que, al 8 de mayo de 2026 se encuentran registradas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se tendrán en cuenta las siguientes fuentes de información:

2.1 Información presupuestal y financiera. La información anual con corte a 31 de diciembre del 2025, que en cumplimiento del reporte de información de las IPS a que refiere la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fue consolidada, validada y presentada por las Entidades Territoriales de Salud a este Ministerio, a 30 de abril de 2026 a través del Sistema de Información Hospitalaria (SIHO).

Las Empresas Sociales del Estado que a 30 de abril 2026 no tuvieron la precitada información anual, con corte a 31 de diciembre del 2025, consolidada, validada y presentada por las Secretarías de Salud Departamental o Distrital o quien haga sus veces, o respecto de la que se detectó alguna imprecisión en la información presentada y no fue corregida o entregada oportunamente, se categorizarán en riesgo alto.

2.2 Información para identificar Empresas Sociales del Estado con condiciones de mercado especiales. La información de dispersión poblacional se toma sobre el promedio nacional de las proyecciones del censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para 2026 y el área de las entidades territoriales de Colombia en kilómetros cuadrados se toma del Sistema de información y consulta de distribuciones de recursos territoriales (SICODIS). La información de prestación de servicios de urgencias o partos es tomada del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), con corte al 8 de mayo de 2026.

Artículo 3. Categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado para la vigencia 2026. La categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2026, será la siguiente:

3.1. Las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que, con corte a 31

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



de diciembre de 2025, cuentan con Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados o en trámite de Técnico No. 1, que hace parte integral de la presente resolución.

- 3.2. Las Empresas Sociales del Estado que hacen parte del documento “Informe para recomendación de aplicación de metodología de categorización del riesgo de la vigencia 2026 para las Empresas Sociales del Estado trasladadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público por incumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero y Hospitales con alguna medida especial por parte de la SNS” remitido por la Superintendencia Nacional de Salud, que no son objeto de categorización, se relacionan en el Anexo Técnico No. 2, que hace parte integral de la presente resolución.
- 3.3. Las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que se encuentran adelantando un acuerdo de reestructuración de pasivos ante la Superintendencia Nacional de Salud, y que hacen parte del listado consultado en la página web de dicha Superintendencia no son objeto de categorización, las cuales se relacionan en el Anexo Técnico No. 3, que hace parte integral de la presente resolución.
- 3.4. Las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial que al 30 de abril de 2026 tenían información anual consolidada, validada y presentada por las Entidades Territoriales de Salud a este Ministerio, con corte al 31 de diciembre de 2025, una vez aplicada la metodología definida en la Resolución 2509 de 2012, modificada por la Resolución 2249 de 2018, se categorizan para la vigencia 2026, sin riesgo, con riesgo bajo, medio o alto, tal y como se relacionan en el Anexo Técnico No. 4, que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 4. Condiciones para la ejecución de recursos pendientes de distribución por las entidades territoriales para programas de saneamiento fiscal y financiero viabilizados. Los saldos de los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), con que cuentan las Entidades Territoriales, no distribuidos y/o no ejecutados por éstas, se destinarán al financiamiento de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero viabilizados o que se viabilicen por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 5. Comunicación de la categorización del riesgo. Comuníquese la presente resolución a las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales o a las entidades que hagan sus veces y a las Empresas Sociales del Estado relacionadas en los anexos técnicos que hacen parte de esta resolución.



Artículo 6. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,

Ver Anexos Técnicos en: https://intranet.minsalud.gov.co/Normatividad/Paginas/Normatividad_Minsalud.aspx



2.2. CIRCULARES



2.2.1. Circular Externa 16 de 2026

PARA: ENTIDADES TERRITORIALES DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES O LA ENTIDAD QUE EJERZA SUS COMPETENCIAS; TERRITORIALES MUNICIPALES; EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: AMPLIACIÓN DE PLAZO DEFINIDO POR LA CIRCULAR EXTERNA 041 DE 2025 PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL LINEAMIENTO PARA LA FORMULACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS TERRITORIALES DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LAS REDES DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO (PTRRMR).

FECHA: 05 MAYO 2026

El Ministerio de Salud y Protección Social, en el ejercicio de sus funciones, expidió la Circular Externa No. 041 de 2025, mediante la cual se actualizó el lineamiento para la formulación, actualización y ejecución de los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado (PTRRMR), estableciendo las directrices técnicas y metodológicas orientadas al fortalecimiento de la red pública de prestación de servicios de salud.

Dicha Circular Externa, dispuso un plazo máximo de tres (3) meses para que las entidades territoriales departamentales y distritales, adelantaran la formulación o actualización del PTRRMR y definieran los mecanismos de coordinación, seguimiento y reporte de avances, debiendo realizar su remisión al Ministerio de Salud y Protección Social, para su correspondiente evaluación y aprobación, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1450 de 2011.

En este sentido, en aras de salvaguardar la idoneidad y el rigor técnico de la actualización del PTRRMR, este Ministerio ha determinado la imperatividad de prorrogar el plazo inicialmente previsto. Esta decisión se fundamenta en la necesidad de garantizar la congruencia y armonización de los PTRRMR con los Planes Maestros de Inversiones en Infraestructura y Dotación en Salud (PMIDS), así como en la continuidad del fortalecimiento de capacidades en territorio. Dicha extensión permitirá que la planeación sectorial responda de forma efectiva a las necesidades de cada territorio.



En consecuencia, se ampliará el plazo establecido en la Circular Externa No. 041 de 2025, hasta el 30 de mayo del presente año. Durante este periodo, se deberán ajustar los instrumentos técnicos conforme a los lineamientos vigentes, definir los mecanismos de coordinación, seguimiento y monitoreo, y remitir a este Ministerio el documento actualizado para su evaluación y viabilización, según lo dispuesto por la Circular Externa No. 041 de 2025 y el señalado lineamiento para la formulación, actualización y ejecución de los Programas Territoriales de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de las Empresas Sociales del Estado, que puede ser consultado en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDígital/RIDEA/S/PSA/lineamiento-formulacion-ptrrmr.pdf>

Para lo anterior, esta cartera ministerial continuará brindando asistencia técnica, orientación metodológica y acompañamiento permanente a las entidades territoriales que lo requieran, con el propósito de promover la adecuada implementación del lineamiento y el fortalecimiento progresivo de las redes públicas de prestación de servicios de salud.

PUBLÍQUESE COMINÍQUESE Y CÚMPLASE



2.2.2. Circular Externa 17 de 2026

PARA: ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS, GESTORES FARMACÉUTICOS, PROVEEDORES DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-ADRES Y SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: INSTRUCCIONES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD, PARA LA PROTECCIÓN DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD.

FECHA: 11 MAYO 2026

En el marco de las funciones legales y reglamentarias, asignadas al Ministerio de Salud y Protección Social, en especial, de las conferidas por las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1751 de 2015, el Decreto 120 de 2026, y demás normas concordantes, se tiene la responsabilidad de impartir directrices para el funcionamiento del sistema de aseguramiento hoy vigente, la debida protección de las personas en la atención de sus contingencias en salud, en particular, el suministro de medicamentos, la defensa de los recursos del sistema de salud para evitar su desviación y asegurar el oportuno y correcto flujo, así como, propender por la cabal aplicación de las medidas de intervención adoptadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

1. OBJETIVO

Establecer directrices relacionadas con el cumplimiento de las normas que informan el suministro de medicamentos en el sistema de aseguramiento, en el que participan las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, sin intervención o con medidas de intervención forzosa administrativa para administrar de la Superintendencia Nacional de Salud, los prestadores de servicios de salud públicos y privados y proveedores de tecnologías en salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES y la Superintendencia Nacional de Salud para la debida atención en salud de las personas afiliadas



y el cabal respeto de sus derechos fundamentales a la salud y a la vida

2. MARCO NORMATIVO

En desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, la Ley 100 de 1993 crea la seguridad social en salud como un servicio público obligatorio inherente a la finalidad social del Estado, cuya prestación debe llevarse a cabo con fundamento en las normas constitucionales y en los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia; su dirección y control está a cargo del Estado y es prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la ley y constituye una estructura institucional que integra entidades y recursos públicos y privados, normas, procedimientos y regímenes de diversos órdenes, destinados a garantizar el derecho a la salud.

Las entidades promotoras de salud-EPS, según los artículos 177 y 178 de la Ley 100 de 1993, tienen como finalidad la promoción de la prestación de los servicios de salud de sus afiliados y la administración idónea de los recursos públicos por expresa delegación del Estado, y su tarea es la de organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del hoy Plan de Beneficios en Salud a los afiliados y, en general, la garantía de salud de los mismos, esta prestación del servicio de salud resulta esencial para la efectividad del derecho a la salud y para el correcto funcionamiento del sistema de seguridad social.

A través del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 se define el aseguramiento en salud como *“la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.”*

El actual sistema de aseguramiento implica que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones que en materia de las prestaciones en salud se encuentran establecidas en el Plan de Beneficios, y son las entidades promotoras de salud-EPS en cada régimen las responsables de cumplir con las funciones del aseguramiento que tienen el carácter de indelegables.

El aseguramiento en salud a cargo de las EPS, tengan o no la calidad de intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, impone el cumplimiento de las obligaciones previstas en los artículos 2.5.2.1.1.2., 2.5.2.3.3.1. y 2.5.2.3.3.2. del Decreto 780 de 2016 que en su orden señalan:

"Artículo 2.5.2.1.1.2. Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



a) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al [entonces] Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.

(...)

c) Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de Salud a los prestadores con los cuales tenga contrato.

d) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.”

“Artículo 2.5.2.3.1. Condiciones de habilitación de las EPS. Las entidades de que trata el artículo 2.5.2.3.1.2 del presente capítulo, deberán operar el aseguramiento en salud con el propósito de disminuirla ocurrencia de riesgos que comprometan la salud de la población afiliada, el funcionamiento de la entidad y su sostenibilidad.

Para garantizar su adecuado funcionamiento, las entidades deberán cumplir y demostrar como mínimo, las siguientes condiciones de habilitación ante la Superintendencia Nacional de Salud, así: 1. Capacidad técnico-administrativa (...)



b) Disponer de un órgano de dirección, reglas de gobierno organizacional y un revisor fiscal o contador atendiendo a la naturaleza jurídica de la entidad;

(...)

d) Disponer de una estructura orgánica y funcional de auditoría, que opere hacia el interior de la entidad y hacia las entidades que le proveen bienes y servicios. Esta auditoría debe cubrir como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio;

(...)

g) Implementación y monitoreo de procesos orientados a garantizar mejores prácticas en la gestión financiera de la entidad, para procurar entre otras acciones, el pago oportuno a los prestadores de servicios de salud de su red;

h) Disponer de una cuenta maestra de pagos que permita la realización de transacciones a través de mecanismos electrónicos, así como el reporte de la información en los términos establecidos en la normatividad vigente;

i) Contar con una política de contratación y pagos pública y transparente, aplicable a la red prestadora de servicios y demás proveedores de tecnologías en salud, que se deberá aplicar de manera permanente.

2. Capacidad tecnológica

Independiente de los sistemas unificados de información, disponibles o reglamentados en el sistema de salud, cada entidad debe demostrar la existencia de los siguientes sistemas con sus respectivos manuales de operación:

a) Plataforma tecnológica que deberá facilitar la conexión remota con las diferentes oficinas y puntos de atención en el país, a través de canales de comunicación que permitan mantener actualizada la información necesaria para la operación del aseguramiento en salud;

b) Sistema de administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permita su depuración y el correcto y oportuno registro de las novedades de la población afiliada. El Sistema deberá demostrar la operatividad necesaria para garantizar el acceso a la atención de salud a través del



documento de identificación, acorde con las disposiciones que regulan la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Libro 2 Parte 1 Título 1 del presente decreto o la norma que lo modifique o sustituya;

c) Sistema de información que permita la verificación periódica del estado de salud de los afiliados, la trazabilidad y la gestión individual de los riesgos en salud, con énfasis en las actividades de protección específica y detección temprana;

d) Sistema de información para la gestión de la red integral de prestadores de servicios de salud y demás proveedores que apoyan la gestión de la entidad, acorde con la normatividad vigente en la materia;

e) Sistema de información a los usuarios que incluya diferentes canales y modalidades de comunicación, apropiados al contexto sociocultural, con enfoque diferencial en los diferentes territorios en los cuales opera el aseguramiento en salud;

f) Sistema que permita la autorización electrónica de servicios, medicamentos e insumos por parte de la entidad;

g) Sistema que permita la radicación por parte de los proveedores y prestadores de servicios de salud, de las facturas correspondientes a los bienes y servicios realizados, que garantice la trazabilidad de las facturas y la adecuada información sobre su trámite al prestador de servicios de salud o proveedor;

h) Sistema de gestión financiera y contable que permita la rendición de cuentas acorde con los estándares que para el efecto defina la Superintendencia Nacional de Salud;

(...)

j) Sistema de información que permita realizar el proceso de gestión de riesgos en salud, económicos y operativos de la entidad;

(...)

3. Capacidad científica *Las entidades a las que hace referencia el artículo 2.5.2.3.1.2 del presente decreto, deberán demostrar que cuentan con procesos propios y talento humano para la operación del aseguramiento en salud centrado en la representación del afiliado, la gestión integral del riesgo en salud y la articulación de una red integral de prestadores de servicios de salud, verificable a través de:*



3.1. Representación del afiliado

- a) Acuerdos de voluntades con entidades prestadoras de servicios y grupos de profesionales en salud que hacen parte de la red integral de servicios, acorde con la normatividad vigente en la materia;*
- b) Procesos y herramientas de divulgación de derechos y deberes del afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los usuarios de servicios de salud en el sistema;*
- c) Reportes de seguimiento de la atención al usuario en la que se evidencien el funcionamiento de los procesos de comunicación permanente con la población afiliada, trámite y solución de las solicitudes de los usuarios, autorización integral de servicios, defensa del usuario y trámites de tutelas, entre otros;*
- d) Revisión periódica y aprobación interna anual de los procesos y procedimientos para la recepción, análisis, solución y seguimiento de las peticiones, quejas y reclamos realizados por la población afiliada, por parte del comité de contraloría interna;*
- e) Implementación de procesos y herramientas para facilitar a los afiliados el agendamiento estandarizado, oportuno y confiable de citas, mejorar la oportunidad en el acceso a los servicios y tecnologías en salud conforme al plan de beneficios, la autorización integral de servicios, la referencia y contrarreferencia y el reconocimiento de las prestaciones económicas definidas por el sistema;*
- f) Implementación de procesos y herramientas que permitan comunicar a los usuarios el monto de facturación de las atenciones hospitalarias recibidas de conformidad con la información suministrada por el prestador o proveedor de servicios;*
- g) Evidencia de actividades y procesos para fortalecer las alianzas o asociaciones de usuarios, mediante convocatorias para la elección de sus representantes, acceso permanente a información requerida y locaciones para su funcionamiento;*
- h) Disponer de un sistema de atención al afiliado, que incluya como mínimo: i) una línea nacional gratuita de información, ii) una página web, iii) estrategias de comunicación electrónica, iv) información en sus puntos de atención y en su red de prestadores.*

3.2. Gestión integral del riesgo en salud

- a) La definición de un Modelo de Atención en Salud y de Gestión de la entidad, centrado en*



la gestión integral del riesgo en salud;

b) Implementación de un Sistema de Gestión de Riesgos en los términos establecidos en la normatividad vigente;

c) Instrumentos y procedimientos que garanticen la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre el riesgo en salud de la población afiliada;

d) Provisión de servicios de salud a través de prestadores debidamente habilitados;

e) Implementación de instrumentos y procedimientos que garanticen la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre la prestación de servicios de salud de la población afiliada;

f) Implementación de herramientas e indicadores para la gestión de riesgos de la población afiliada, la gestión de calidad en el proceso de atención al interior de su red y el seguimiento de resultados en el estado de salud de su población afiliada, acorde con los estándares y la periodicidad definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social;

g) Implementación de herramientas e indicadores para la gestión de los riesgos propios de la entidad acorde con las definiciones que para el efecto realice la Superintendencia Nacional de Salud;

h) Disponer de equipos de salud interdisciplinarios, que cuenten con talento humano capacitado en gestión de riesgos, atención primaria en salud y medicina familiar.

3.3. Red integral de prestadores de servicios de salud

Las entidades relacionadas en el artículo 2.5.2.3.1.2 del presente capítulo que se encuentren autorizadas para operar el aseguramiento en salud, deberán contar con Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud construidas a partir de la localización geográfica de su población afiliada y habilitadas mediante los estándares, criterios, procedimientos y plazos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

La coordinación de la red integral de prestadores de servicios de salud incluyendo la dispensación de medicamentos debe ser realizada directamente por la EPS y se entiende prohibida toda delegación que implique el traslado de los costos de administración o la inclusión de las funciones indelegables establecidas en el artículo 14 de la Ley 1122 de



2007 en el pago por la prestación de servicios de salud realizados a los prestadores que integran su red.

En lo referente a la habilitación de la red integral de prestadores de servicios de salud, se regirá por lo dispuesto en la normatividad vigente.”

“Artículo 2.5.2.3.3.2. Sistema de gestión de riesgos en las EPS. Las entidades destinatarias del presente capítulo deberán contar con un Sistema de Gestión de Riesgos centrado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, basado en el marco de referencia normativo de la Ley 1751 de 2015, el artículo 65 de la Ley 1753 del 2015, el Plan Decenal de Salud Pública vigente y la Política de Atención Integral en Salud, o las normas que los modifiquen o sustituyan.

Parágrafo. El Sistema de que trata el presente artículo deberá estar adaptado y operando dentro del año siguiente, contado a partir de la expedición de las instrucciones que sobre instrumentos, indicadores y requisitos mínimos publique la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con los lineamientos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.”

En el sistema de salud se encuentra regulado el derecho a la libre competencia, en el cual se prevén prohibiciones a las prácticas restrictivas de la competencia tales como acuerdos, convenios, decisiones concertadas, o conductas que constituyen abuso de la posición dominante y prohibiciones a los actos de competencia desleal, y todas aquellas “(...) que tengan por objeto o tengan como efecto determinar condiciones de venta o comercialización de insumos o servicios de salud discriminatorias para con terceros, con otros competidores o con los usuarios” según el numeral 2 del artículo 2.5.6.5 y 4 del artículo 2.5.6.6, respectivamente, del Decreto 780 de 2016.

En relación con el suministro de medicamentos, el Decreto Ley 019 de 2012, en su artículo 131 dispuso lo siguiente:

“ARTÍCULO 131. Suministro de medicamentos. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán la obligación de establecer un procedimiento de suministro de medicamentos cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, a través del cual se asegure la entrega completa e inmediata de los mismos. En el evento excepcional en que esta entrega no pueda hacerse completa en el momento que se reclamen los medicamentos, las EPS deberán disponer del mecanismo para que en un lapso no mayor a 48 horas se coordine y garantice su entrega en el lugar de residencia o trabajo si el afiliado así lo autoriza.



Lo dispuesto en este artículo se aplicará progresivamente de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia del presente decreto, iniciando por los pacientes que deban consumir medicamentos permanentemente.” (Negrita y subrayado ajeno al texto)

La citada disposición fue reglamentada a través de la Resolución 1604 de 2013, cuyo objeto fue establecer lineamientos que se deben tener en cuenta para dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a cuarenta y ocho (48) horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado cuando éste lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado, define que el plazo de 48 horas hace referencia al tiempo transcurrido después que el afiliado reclama los medicamentos, y crea el Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Control de la entrega de medicamentos el cual se ha implementado parcialmente mediante la Resolución 1604 de 2013 y las circulares 006, 010 y 044 de 2025.

A través del artículo 243 de la Ley 1955 de 2019 se adiciona el numeral 8 al artículo 155 de la Ley 100 de 1993, incluyendo a los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y los Gestores Farmacéuticos como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS; disposición que fue reglamentada mediante la Resolución No. 1809 de 2025 que regula los requisitos de operación y financieros de los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud.

En la Resolución 1809 de 2025 en el numeral 10.3 establece como “Indicadores de resultado” el tiempo de entrega del medicamento y del dispositivo médico, se mide como la sumatoria de días transcurridos desde la generación del registro del pendiente hasta la entrega efectiva del medicamento o del dispositivo médico, sobre el total de pendientes generados y registrados en el período para medicamentos o para dispositivos médicos, según el caso.

A su vez, los artículos 16 y 17 ibidem, señalan:

“Artículo 16. Notificación de la entrega de medicamentos. Los Gestores Farmacéuticos deberán proporcionar a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), con las que se tiene acuerdo de voluntades incluidos los regímenes exceptuados, la información verificable sobre el estado de entrega de los medicamentos, es decir, si la misma se realizó dentro del término de que trata el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 y artículo 1 de la Resolución 1604 de 2013 o las normas que las sustituyan o modifiquen, o si reviste un pendiente, debiéndose en este último caso el exponer las razones de la no entrega.



Parágrafo. *Respecto de enfermedades crónicas, en los casos que se genere el pendiente y el medicamento o dispositivo médico no se entrega después de treinta (30) días, el estado pendiente reactiva la fórmula médica, con el fin de no imponer cargas administrativas al usuario, es decir, que no se requiere una nueva prescripción.*

Artículo 17. Registro del Pendiente. *El Gestor Farmacéutico deberá registrar ante el asegurador el estado de la entrega de las tecnologías en salud que no pudieron ser entregadas, en el mismo momento de la reclamación por parte del usuario. En estos casos, debe entregarse documento soporte físico o electrónico al usuario, para realizar el seguimiento y entrega. ” (Subrayado fuera del texto)*

Que en aras de garantizar el acceso oportuno, adecuado y efectivo a los servicios de salud para toda la población colombiana, a través de la Circular Conjunta No. 007 del 3 de marzo de 2025, los Despachos del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud reiteraron a los integrantes del SGSSS la obligación de cumplir estrictamente con la normatividad vigente en salud, así como el cumplimiento de la reglamentación expedida para los acuerdos de voluntades en salud, en lo relativo a la Facturación Electrónica de Venta en Salud (FEV) y el uso del Mecanismo Único de Validación del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) a través de la Circular Externa No. 007 del 3 de marzo de 2025, bajo el asunto denominado “Cumplimiento con la normativa legal y prohibición de medidas no normadas, imposición de barreras y solicitudes no permitidas a los prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, operadores logísticos y gestores farmacéuticos, así como, los plazos de pago establecidos en la ley 1122/07 y 1438/11”.

Que, a pesar de lo dispuesto en la precitada Circular conjunta se mantiene la afectación de los servicios de salud a la población expresada en la negación de servicios, entre otros, el no suministro o suministro incompleto de medicamentos y demás tecnologías en salud, que impone reiterar, nuevamente, el cumplimiento de las obligaciones legales que les asisten tanto a las entidades promotoras de salud intervenidas o no, y de las entidades adaptadas, como responsables del aseguramiento en salud, a los prestadores de servicios de salud, los gestores farmacéuticos y demás proveedores de tecnologías en salud, así como a la Superintendencia Nacional de Salud en su función de máximo organismo de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En consecuencia, en cumplimiento del deber estatal de respeto, protección y garantía del derecho fundamental a la salud y el derecho a la vida, y con el objeto de prevenir y reducir el suministro parcial o no suministro de medicamentos, insumos y demás tecnologías en salud y la eventual ocurrencia de resultados fatales, se imparten las siguientes directrices:

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



3. DIRECTRICES

Se establecen las siguientes directrices relacionadas con el debido, oportuno y cabal suministro de medicamentos, financiados con recursos provenientes de la unidad de pago por capitación y de presupuestos máximos, por las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas de los regímenes contributivo y subsidiado, sean o no objeto de medida de intervención forzosa administrativa para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, por los prestadores de servicios de salud, los gestores farmacéuticos y demás proveedores de tecnologías en salud, y el cabal cumplimiento de las obligaciones de inspección, vigilancia y control, a saber:

3.1. **Cumplimiento de las obligaciones legales y reglamentarias a cargo de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y de las entidades adaptadas.**

Las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y las entidades adaptadas, como responsables de garantizar la atención en salud de la población afiliada a su cargo, a través de los prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos y proveedores de tecnologías en salud, deberán tener en cuenta lo siguiente:

- 3.1.1. Las Entidades Promotoras de Salud y entidades adaptadas deberán suscribir el número suficiente los acuerdos de voluntades con los gestores farmacéuticos y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con la capacidad de afiliación, los municipios y departamentos para los cuales se encuentren autorizadas, con el fin de garantizar el oportuno y completo suministro de medicamentos a su población afiliada y evitar la generación de barreras de acceso.
- 3.1.2. Para la dispensación de medicamentos, las Entidades Promotoras de Salud y entidades adaptadas deberán:
 - i) Contar con más de un (1) gestor farmacéutico, de modo que puedan tener capacidad de respuesta en casos de novedades de disponibilidad, identificando cuál es el gestor principal y cuál el alternativo.
 - ii) Con todos los gestores deberá suscribir acuerdos marco donde fije precios y condiciones de para pago mediante mecanismo de giro directo, siempre que la EPS se encuentre en una de las causales para la procedencia de esta médica.
 - iii) Ante medicamentos que solo tengan un (1) oferente en el mercado, deberán contar con un plan de mitigación ante una eventual interrupción o salida del mercado mediante el mecanismo de importación de medicamentos vitales no disponibles según lo establecido



- en la Circular Externa 027 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Auto 525 de 2025 de la Corte Constitucional.
- iv) En caso de ser necesario deberán modificar los acuerdos de voluntades existentes.
 - v) Garantizar que se realice la entrega oportuna y completa de los medicamentos en el punto de dispensación principal o en el domicilio de los usuarios cuando al momento de la reclamación se hayan generado pendientes.
 - vi) En caso de la generación de pendientes, si pasadas las 48 horas reglamentarias, no se produce la entrega del medicamento por parte del gestor, el afiliado quedará habilitado para reclamarlo y recibirlo en la red alterna de gestores o ante las instituciones prestadoras de servicios de salud en los términos del parágrafo del artículo 2.5.3.10.5. del Decreto 780 de 2016.
 - vii) En todos los casos garantizar el adecuado reporte desde los gestores contratados de la entrega oportuna de los medicamentos a los usuarios al momento de la reclamación en el punto de dispensación, así como la verificación de que, en el evento de generación de pendientes, el gestor le informe oportunamente para garantizar en las 48 horas siguientes, la entrega a domicilio del medicamento al usuario, con el gestor de respaldo de su red de prestación de servicios de dispensación.
 - viii) Mantener actualizada la información que permita el seguimiento y monitoreo a la entrega de medicamentos.
 - ix) Definir las acciones a implementar el seguimiento a los indicadores definidos en la Resolución 1809 de 2025 sobre entrega de medicamentos.
 - x) Establecer mecanismos de validación de entrega de medicamentos por parte de los afiliados, articulada con la herramienta de seguimiento y monitoreo.
 - xi) Realizar el seguimiento al abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos, dar respuesta oportuna a la solicitud de información relacionada con el abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos y notificar los casos de escasez o desabastecimiento a través de la herramienta para la recepción de alertas del Sistema de Monitoreo del Abastecimiento dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1411 de 2022
- Hasta cuando la mencionada herramienta entre en funcionamiento, los reportes de escasez o desabastecimiento deberán realizarse a través del correo electrónico desabastecimiento@minsalud.gov.co empleando los formatos de reporte dispuestos en copia el micrositio <https://www2.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/desabastecimiento.aspx> , con a los electrónico desabastecimiento@invima.gov.co, en el caso de medicamentos o desabastecimientodm@invima.gov.co, en el caso de dispositivos.
- xii) Revisar la frecuencia de dispensación de medicamentos a pacientes crónicos, con el objeto de disminuir trámites.



xiii) Fortalecer los procesos de auditoría in situ en los gestores farmacéuticos.

3.1.3. Las Entidades Promotoras de Salud y entidades adaptadas deberán garantizar un flujo de recursos estable, suficiente y oportuno hacia su red de gestores farmacéuticos y proveedores de tecnologías en salud, conforme a los acuerdos de voluntades suscritos, para evitar la negación o generar riesgos en la continuidad de la prestación de los servicios de salud y asegurar la sostenibilidad financiera de la red.

3.1.4. Las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, a quienes les aplique el giro directo de recursos provenientes de la unidad de pago por capitación, o en el caso de presupuestos máximos por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, deberán realizar de manera oportuna, completa y sin dilaciones injustificadas la postulación de pagos a través del mecanismo de giro directo, garantizando la correcta destinación de los recursos, la transparencia del proceso y la trazabilidad de los pagos efectuados a los prestadores de servicios de salud y los gestores farmacéuticos.

3.1.5. Las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas no podrán utilizar la glosa, auditoría, conciliación o cualquier otro trámite administrativo como mecanismo para dilatar de manera injustificada los pagos, para lo cual deberán resolver dichas actuaciones dentro de los plazos establecidos por la normativa vigente.

3.1.6. En situaciones de controversia contractual o administrativa con los prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos y proveedores de tecnologías en salud, las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas deberán adoptar medidas que aseguren la continuidad de la prestación de los servicios, absteniéndose de decisiones que afecten la atención de los usuarios o pongan en riesgo la operación de la red prestadora.

3.2. Cumplimiento de las obligaciones legales y reglamentarias a cargo de los Gestores Farmacéuticos

Los gestores farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos en virtud de los acuerdos de voluntades, deberán tener en cuenta lo siguiente:

3.2.1. Garantizar el pago oportuno a proveedores para evitar interrupciones y/o incumplimientos en la entrega de pedidos de medicamentos

3.2.2. Garantizar tener más de un (1) oferente para los medicamentos a su cargo.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



- 3.2.3. Ante medicamentos que solo tengan un (1) oferente en el mercado, deberán contar con un plan de mitigación ante una eventual interrupción o salida del mercado mediante el mecanismo de importación de medicamentos vitales no disponibles según lo establecido en la Circular Externa 027 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Auto 525 de 2025 de la Corte Constitucional.
- 3.2.4. Garantizar el adecuado registro de pendientes de medicamentos al momento de la reclamación en el punto de dispensación, cuando se hayan generado pendientes, e informar a las EPS para que puedan gestionar la entrega al usuario en las 48 horas siguientes a domicilio de acuerdo a lo establecido en el artículo 16 de la Resolución 1809 de 2025.
- 3.2.5. Mantener actualizada la información que permita el seguimiento y monitoreo a la entrega de medicamentos.
- 3.2.6. Garantizar que se esté realizando la entrega al domicilio de los usuarios cuando, al momento de la reclamación en el punto de dispensación, se hayan generado pendientes.
- 3.2.7. Definir las acciones a implementar el seguimiento a los indicadores definidos en la Resolución 1809 de 2025 sobre entrega de medicamentos.
- 3.2.8. Realizar seguimiento al abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos, dar respuesta oportuna a la solicitud de información relacionada con el abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos y notificar los casos de escasez o desabastecimiento a través de la herramienta para la recepción de alertas del Sistema de Monitoreo del Abastecimiento dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1411 de 2022

Hasta cuando la mencionada herramienta entre en funcionamiento, los reportes de escasez o desabastecimiento deberán realizarse a través del correo electrónico desabastecimiento@minsalud.gov.co empleando los formatos de reporte dispuestos en copia el micrositio <https://www2.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/desabastecimiento.aspx> , con a los correos electrónicos desabastecimientomedicamentos@invima.gov.co en el caso de medicamentos o desabastecimientodm@invima.gov.co, en el caso de dispositivos.

3.3. Cumplimiento de las obligaciones legales y reglamentarias a cargo de las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces.



Las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud, o las entidades que hagan sus veces, en su calidad de autoridad de inspección, vigilancia y control, deberán tener en cuenta lo siguiente:

- 3.3.1. Las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud, o las entidades que hagan sus veces deberán desarrollar estrategias para recibir denuncias o quejas de la población, por el no suministro parcial o total de medicamentos, en la que se identifique de manera clara las entidades promotoras de salud o entidades adaptadas, los prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos y proveedores de tecnologías en salud, responsables de tales conductas, según el caso. El reporte de estas quejas en lo correspondiente a las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas deberá ser remitido a la Superintendencia Nacional de Salud.
- 3.3.2. Las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud, o las entidades que hagan sus veces deberán ejercer de manera estricta y oportuna sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre los prestadores de servicios de salud, así como los gestores farmacéuticos y entidades promotoras de salud o entidades adaptadas, cuando les hubieren sido delegadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

3.4. Cumplimiento de obligaciones legales y reglamentarias a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud, en su calidad de máxima autoridad de inspección, vigilancia y control, y como órgano de dirección y coordinación del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud, deberá tener en cuenta lo siguiente:

- 3.4.1. La Superintendencia Nacional de Salud deberá adelantar las acciones inmediatas respecto de los sujetos vigilados por el no suministro parcial o total de medicamentos, en especial, los medicamentos que demanden los menores de edad, pacientes crónicos y poblaciones especiales. En relación con las investigaciones en curso por estas conductas deberá imprimir la celeridad necesaria para la imposición de sanciones o multas, si hubiere lugar a ello.
- 3.4.2. La Superintendencia Nacional de Salud deberá verificar la entrega completa de los medicamentos cuando se presenten Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS) recibidas por la entidad o reportadas por las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud. En relación con las investigaciones en curso por



esta conducta deberá imprimir la celeridad necesaria para la imposición de sanciones o multas, si hubiere lugar a ello.

- 3.4.3. La Superintendencia Nacional de Salud deberá generar un informe de los medicamentos reportados con novedades de disponibilidad al sistema de monitoreo del Abastecimiento dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1411 de 2022.
- 3.4.4. La Superintendencia Nacional de Salud deberá realizar, en el marco de sus competencias, el seguimiento a los indicadores definidos en la Resolución 1809 de 2025 sobre entrega de medicamentos y aplicar las medidas a su cargo.
- 3.4.5. La Superintendencia Nacional de Salud deberá ejercer de manera estricta y oportuna sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre las EPS, con el fin de verificar el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el flujo oportuno de recursos hacia los prestadores y gestores farmacéuticos. En relación con las investigaciones en curso por estas conductas deberá imprimir la celeridad necesaria para la imposición de sanciones o multas, si hubiere lugar a ello.
- 3.4.6. La Superintendencia Nacional de Salud deberá adoptar las medidas preventivas, correctivas y sancionatorias a que haya lugar frente a las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas que incumplan de manera reiterada o sistemática sus obligaciones de pago con los proveedores de medicamentos y gestores farmacéuticos, cuando dicho incumplimiento ponga en riesgo la viabilidad económica de los prestadores de servicios de salud, gestores farmacéuticos y proveedores de tecnologías en salud, o afecte el acceso efectivo de los usuarios a los medicamentos. En relación con las investigaciones en curso por estas conductas deberá imprimir la celeridad necesaria para la imposición de sanciones o multas, si hubiere lugar a ello.
- 3.4.7. La Superintendencia Nacional de Salud deberá promover y fortalecer mecanismos de seguimiento al flujo de recursos, al uso del giro directo y a la resolución de controversias entre EPS y gestores farmacéuticos, priorizando aquellos casos que representen un riesgo para la continuidad del suministro de medicamentos o para la garantía del derecho fundamental a la salud.
- 3.4.8. La Superintendencia Nacional de Salud deberá instruir a los representantes legales, interventores y demás órganos de dirección de las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas sobre el cabal cumplimiento de sus obligaciones



y las consecuencias de su incumplimiento

Cuando la Superintendencia Nacional de Salud advierta el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente acto administrativo por parte de los respectivos responsables, además de adelantar las actuaciones que le corresponden en el marco de sus competencias, deberá compulsar copias de los hallazgos ante la Fiscalía General de la Nación.

3.5. Cumplimiento de las normas que regulan la libre competencia.

Se recuerda a las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías de salud la obligación de no incurrir en las conductas descritas en los artículos 2.5.6.3., 2.5.6.5., 2.5.6.6., y 2.5.6.9. del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que describen las prohibiciones a las prácticas restrictivas de la competencia; los acuerdos y actos contrarios a la libre competencia, y conductas que constituyen abuso de la posición dominante.

La presente circular rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE COMINÍQUESE Y CÚMPLASE



2.2.3. Circular Externa 18 de 2026

PARA: ENTIDADES TERRITORIALES, BENEFICIARIAS Y/O RECEPTORAS DE RECURSOS ASIGNADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y ÁREAS ENCARGADAS DEL SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DE LOS MISMOS POR PARTE DE ESTA CARTERA MINISTERIAL.

DE: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: SOCIALIZACIÓN DE LA RESOLUCIÓN 0900 DE MAYO 7 DE 2026, EN VIRTUD DE LA CUAL SE MODIFICA EL ARTÍCULO 5 DE LA RESOLUCIÓN 2361 DE 2016 Y LOS ARTÍCULOS 7 Y 14 DE LA RESOLUCIÓN 737 DE 2024, Y SOLICITUD DE REMISIÓN OBLIGATORIA DE CERTIFICACIONES (ANEXOS 1 Y 2) EN UN TÉRMINO DE CINCO (5) DÍAS CALENDARIO.

FECHA: 12 MAYO 2026

El Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de los principios de eficiencia, economía, celeridad, transparencia y responsabilidad que rigen la función administrativa, previstos en el artículo 209 de la Constitución Política, la Ley 610 de 2000 y el artículo 3 de la Ley 1437 de 2011, y en ejercicio de las competencias previstas en la Ley 100 de 1993, la Ley 489 de 1998, la Ley 715 de 2001 y el Decreto Ley 1281 de 2002, modificado por la Ley 1949 de 2019, expidió la Resolución No. 0900 de mayo 7 de 2026 *“Por la cual se modifica el artículo 5 de la Resolución 2361 de 2016, los artículos 7 y 14 de la Resolución 737 de 2024 y se dictan otras disposiciones”*.

Lo anterior, teniendo en cuenta que corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social dirigir, reglamentar, coordinar, vigilar y efectuar el seguimiento a la adecuada destinación y ejecución de los recursos públicos del sector salud transferidos o asignados directamente a las entidades territoriales, beneficiarias y/o receptoras, así como fortalecer los mecanismos de seguimiento, validación, verificación y cierre de la ejecución de dichos recursos.

En este contexto, la citada resolución incorpora ajustes orientados a fortalecer la trazabilidad, consistencia, integridad y oportunidad de la información reportada por las entidades beneficiarias o receptoras, mediante la actualización de los instrumentos técnicos y documentales requeridos para el cargue y reporte de información en la plataforma PISIS, así como la implementación de mecanismos que permitan optimizar los procesos de seguimiento,



control, rendición de cuentas y cierre efectivo de la ejecución de los recursos públicos asignados.

En el marco de lo anterior, la Resolución No. 900 del 7 de mayo de 2026 *“Por la cual se modifica el artículo 5 de la Resolución 2361 de 2016, los artículos 7 y 14 de la Resolución 737 de 2024, y se dictan otras disposiciones”* incorpora los siguientes anexos:

- Anexo No. 1. Certificación de autenticidad en la ejecución de recursos asignados, expedida por el Representante Legal, Contador y/o Revisor Fiscal de la entidad territorial, beneficiaria o receptora de los recursos asignados, mediante la cual se deja constancia que los documentos incorporados en la plataforma PISIS, son verídicos, verificables y corresponden a la realidad de la ejecución financiera, presupuestal, contractual y documental de los recursos asignados, conforme a la evidencia documental que reposa en la entidad.
- Anexo No. 2. Certificación de cumplimiento expedida por el Representante Legal, Contador y/o Revisor Fiscal de la entidad territorial, beneficiaria o receptora de los recursos asignados, mediante la cual se deje constancia del cumplimiento de los lineamientos técnicos y financieros establecidos en el acto administrativo de asignación de recursos, de los lineamientos técnicos definidos para la ejecución y seguimiento de los mismos, así como de las disposiciones contractuales, presupuestales, contables, financieras, tributarias y demás normas aplicables a la ejecución de los recursos asignados.

Es de anotar que la entidad territorial, beneficiaria y/o receptora de los recursos asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social es responsable de la adecuada destinación, administración, ejecución, trazabilidad, integridad y veracidad de la información reportada, así como la correspondencia de esta con los soportes documentales, registros financieros, contables, presupuestales y demás evidencias que reposan en cada entidad.

En consecuencia, se solicita a las entidades destinatarias que, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al recibo de la presente circular, remitan al Ministerio de Salud y Protección Social los Anexos 1 y 2 debidamente diligenciados y suscritos por el Representante Legal, Contador y/o Revisor Fiscal, según corresponda.

Los documentos (anexos 1 y 2) deberán ser remitidos en formato PDF firmados, junto con sus respectivos soportes, a través de la plataforma PISIS, de la siguiente forma: El anexo 1 en el numeral 3 y el anexo 2 en el numeral 15 del sistema de información indicado.

Las áreas del Ministerio de Salud y Protección Social realizarán el ajuste de los lineamientos

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



técnicos y financieros que consideren necesarios de acuerdo a lo señalado en la Resolución No. 0900 de mayo 7 de 2026 objeto de divulgación a través de la presente circular.

Lo anterior, con el propósito de avanzar en los procesos de seguimiento, validación, consolidación y cierre de la ejecución de los recursos asignados mediante transferencia o asignación directa, garantizando la trazabilidad, integridad, autenticidad y consistencia de la información reportada por las entidades beneficiarias.

Finalmente, se recuerda a las entidades territoriales, beneficiarias o receptoras que la documentación soporte de la ejecución de los recursos deberá permanecer debidamente organizada, custodiada y disponible para verificación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y los organismos de control, conforme a las disposiciones vigentes en materia de gestión documental y responsabilidad fiscal.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,



2.2.4. Circular Externa 19 de 2026

PARA: ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ENTIDADES ADAPTADAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, PROVEEDORES, PROFESIONALES INDEPENDIENTES, GESTORES FARMACÉUTICOS, USUARIOS Y DEMÁS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

DE: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO INTEROPERABLE DE LA PRESCRIPCIÓN, DIRECCIONAMIENTO, DISPENSACIÓN Y SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC A TRAVÉS DEL RESUMEN DIGITAL DE ATENCIÓN (RDA).

FECHA: 29 MAYO 2026

El Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el ejercicio de sus funciones y de conformidad con lo establecido en las Leyes 1438 de 2011, 1751 de 2015, 1955 y 1966 de 2019, en desarrollo de lo dispuesto en el parágrafo del artículo 37 de la Resolución 740 de 2024 modificado por el artículo 4 de la Resolución 2622 del mismo año, con el objeto de agilizar el registro de la cadena de suministro de los servicios y tecnologías UPC incluidos los medicamentos, así como fortalecer los mecanismos de monitoreo y seguimiento relacionados con el acceso efectivo a tecnologías en salud, y avanzar en la consolidación de sistemas de información interoperables, públicos y en línea, que permitan monitorear la cadena de suministro, esto es, la disponibilidad y entrega efectiva de medicamentos y demás tecnologías en salud, imparte las siguientes instrucciones:

1. El registro interoperable de la prescripción de medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se realizará mediante los Resúmenes Digitales de Atención en Salud (RDA), como instrumento de la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (IHCE), de conformidad con lo dispuesto en las Resoluciones 866 de 2021 y 1888 de 2025.

Así mismo, los procesos de direccionamiento, programación y dispensación de medicamentos serán soportados mediante servicios interoperables y estructuras de intercambio implementadas a través del mecanismo de Interoperabilidad de la Historia

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Clínica Electrónica (IHCE), garantizando la trazabilidad, continuidad y seguimiento del ciclo de suministro de medicamentos.

En tal sentido, queda sin efecto lo dispuesto en la Circular 44 de 2025, mediante la cual se impartieron instrucciones para el reporte a través de la herramienta tecnológica Mi Prescripción (MIPRES) de los medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) prescritos en el ámbito ambulatorio, cuya implementación obligatoria se encontraba prevista para el 1 de junio de 2026.

2. Los medicamentos no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) continuarán gestionándose a través de la herramienta tecnológica Mi Prescripción (MIPRES), conforme con la normatividad vigente.
3. Las disposiciones contenidas en la Circular 006 de 2025 relacionadas con el monitoreo y seguimiento de medicamentos antirretrovirales financiados con recursos de la UPC utilizados para el tratamiento del VIH, conforme a los lineamientos actualmente definidos por este Ministerio, permanecen vigentes.
4. Los medicamentos de control especial (incluidos aquellos sometidos a monopolio del Estado), están excluidos de su gestión a través de la herramienta tecnológica Mi Prescripción (MIPRES), dado que estos se rigen por el marco regulatorio establecido en la Resolución 1478 de 2006 y sus normas complementarias, acto administrativo que define las condiciones de prescripción, dispensación, control y seguimiento de estas sustancias, lo que incluye el uso obligatorio del Recetario Oficial y de los procedimientos de registro y fiscalización propios del régimen de estupefacientes y sustancias sometidas a fiscalización.

Lo anterior, en cumplimiento a las órdenes impartidas en la Sentencia T-760 de 2008, particularmente a los Autos 005 de 2024 y 1282 de 2025, que requirieron a esta Cartera Ministerial para fortalecer los mecanismos de monitoreo y seguimiento relacionados con el acceso efectivo a tecnologías en salud, así como avanzar en la consolidación de sistemas de información interoperables, públicos y en línea, que permitan monitorear la cadena de suministro, la disponibilidad y la entrega efectiva de medicamentos y demás tecnologías en salud.

Por consiguiente, en el marco de la puesta en marcha de la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica (IHCE), este Ministerio publicará las modificaciones regulatorias, lineamientos operativos, anexos técnicos y demás instrumentos necesarios para la implementación progresiva de los servicios interoperables y estructuras de intercambio asociados a la gestión farmacéutica de medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), con el

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



fin de garantizar la continuidad de la atención, la trazabilidad integral del ciclo de suministro y la disponibilidad de la información requerida para el seguimiento sectorial.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,



3. CONCEPTOS.



3.1. ASUNTO: Concepto jurídico sobre la participación del sector productivo en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.).

Radicado: 2026424000867002 Id:1752108

Respetados señores:

Hemos recibido su comunicación mediante la cual solicitan concepto jurídico relacionado con la interpretación normativa sobre la participación del sector productivo en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), especialmente de segundo y tercer nivel de atención, en particular frente a la posibilidad de que los gremios de la producción sean considerados como representantes de la comunidad en dichos órganos de dirección. La consulta se formula, en lo sustancial, en los siguientes términos:

“(…)

Cordial saludo, En ejercicio del derecho fundamental de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y desarrollado por la Ley 1755 de 2015, y en mi calidad de Director Ejecutivo del CONSEJO GREMIAL Y EMPRESARIAL DEL CAUCA, entidad que agrupa a diversos gremios del sector productivo del departamento, me permito solicitar concepto jurídico con el fin de obtener claridad sobre la interpretación normativa relacionada con la participación de representantes del sector productivo en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), especialmente aquellas de segundo y tercer nivel de

atención. _____ 1. Marco normativo La conformación de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado se encuentra regulada principalmente por: • El Decreto 1876 de 1994, particularmente en sus artículos 7, 8 y 9 • El Decreto 780 de 2016, como Decreto Único Reglamentario del Sector Salud Estas disposiciones contemplan la participación de representantes de la comunidad dentro de la Junta Directiva de las E.S.E.

_____ 2. Problema jurídico El artículo 8 del Decreto 1876 de 1994 establece como requisito para los representantes de la comunidad: “Estar vinculados y cumplir funciones específicas de salud en un Comité de Usuarios de Servicios de Salud y acreditar experiencia no inferior a un (1) año en

dicho comité.” Esta disposición ha dado lugar a interpretaciones según las cuales la representación de la comunidad se encuentra restringida exclusivamente a miembros de Comités o Ligas de Usuarios del sistema de salud. _____ 3. Consideraciones Desde el

Consejo Gremial y Empresarial del Cauca consideramos pertinente precisar que: • Los gremios del sector productivo constituyen organizaciones de la sociedad civil legalmente reconocidas, con representación colectiva, institucional y territorial. • El sector productivo mantiene una relación directa y estructural con

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



el sistema de salud en tanto: • Es generador de empleo formal • Contribuye al financiamiento del sistema de seguridad social • Depende de la adecuada prestación de los servicios de salud para la sostenibilidad de la actividad económica • El concepto de “comunidad”, en el marco de la participación social en salud, podría interpretarse en un sentido amplio, incluyendo diversas formas de organización social y representación colectiva, más allá de los Comités o Ligas de Usuarios. • Una interpretación restrictiva podría limitar los principios de participación, pluralidad y representatividad consagrados en el ordenamiento jurídico colombiano. _____ 4. *Solicitud En virtud de lo anterior, respetuosamente solicitamos se sirvan emitir concepto jurídico en relación con los siguientes interrogantes:*

(...).”

Al respecto, y teniendo en cuenta que la consulta se relaciona con la conformación de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, se señala lo siguiente:

Las Empresas Sociales del Estado, de conformidad con lo previsto en el artículo 194 de la Ley 100 de 1993¹, 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”*.

Ahora bien, en relación con la conformación de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, el artículo 195² de la Ley 100 de 1993 establece que dichos órganos estarán integrados por representantes de los estamentos político-administrativo, científico de la salud y de la

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

2 **ARTICULO 195.** Régimen jurídico. Las Empresas Sociales de Salud se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. El nombre deberá mencionar siempre la expresión “Empresa Social del Estado”.

2. El objeto debe ser la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social.

3. La junta o consejo directivo estará integrada de la misma forma dispuesta en el artículo 19 de la Ley 10 de 1990.

4. El director o representante legal será designado según lo dispone el artículo 192 de la presente Ley.

5. Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

6. En materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública.

7. El régimen presupuestal será el que se prevea, en función de su especialidad, en la Ley orgánica de presupuesto, de forma que se adopte un régimen de presupuestación con base en el sistema de reembolso contra prestación de servicios, en los términos previstos en la presente Ley.

8. Por tratarse de una entidad pública podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación o de las entidades territoriales.

9. Para efectos de tributos nacionales se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



comunidad, disposición que fue reglamentada por el Decreto 1876 de 1994 y compilada posteriormente en el Decreto 780 de 2016³.

En desarrollo de lo anterior, el artículo 2.5.3.8.4.2.2 del Decreto 780 de 2016, que compila el artículo 6 del Decreto 1876 de 1994, dispone:

“Artículo 2.5.3.8.4.2.2. De la Junta Directiva. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado de los órdenes nacional y territorial, estarán integradas de conformidad con lo establecido en el artículo 195 de la Ley 100 de 1993, así: una tercera parte de sus miembros serán representantes del sector político administrativo, otra tercera parte representará al sector científico de la salud y la tercera parte restante será designada por la comunidad.

Parágrafo. La composición de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, se regirá por lo dispuesto en el Decreto 1257 de 1994.

(Artículo 6° del Decreto 1876 de 1994)”

Así mismo, el artículo 2.5.3.8.4.2.3 del Decreto 780 de 2016, que compila el artículo 7 del Decreto 1876 de 1994⁴, establece el mecanismo de conformación de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, incluidas aquellas de los niveles II y III de atención, en los siguientes términos:

“Artículo 2.5.3.8.4.2.3. Mecanismo de conformación de las Juntas Directivas para las Empresas Sociales del Estado de carácter territorial. Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado tendrán un número mínimo de seis miembros. En este evento, la Junta se conformará de la siguiente manera:

1. El estamento político-administrativo estará representado por el Jefe de la Administración Departamental, Distrital o Local o su delegado y por el Director de Salud de la entidad territorial respectiva o su delegado.

2. Los dos (2) representantes del sector científico de la Salud serán designados así: Uno mediante elección por voto secreto, que se realizará con la participación de todo el personal profesional de la institución, del área de la salud cualquiera que sea su disciplina. El segundo miembro será designado entre los candidatos de las ternas propuestas por cada una de las Asociaciones Científicas de las diferentes profesiones de la Salud que funcionen en el área de influencia geográfica de la Empresa Social del Estado.

³ por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

⁴ por el cual se reglamentan los artículos 96,97 y 98 del Decreto-ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado



Cada Asociación Científica presentará la terna correspondiente al Director Departamental, Distrital o Local de Salud, quien de acuerdo con las calidades científicas y administrativas de los candidatos realizará la selección.

3. Los dos (2) representantes de la comunidad serán designados de la siguiente manera:

Uno (1) de ellos será designado por las Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente establecidos, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Local de Salud.

El segundo representante será designado por los gremios de la producción del área de influencia de la Empresa Social; en caso de existir Cámara de Comercio dentro de la jurisdicción respectiva la Dirección de Salud solicitará la coordinación por parte de esta, para la organización de la elección correspondiente. No obstante, cuando estos no tuvieren presencia en el lugar sede de la Empresa Social del Estado respectiva, corresponderá designar el segundo representante a los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia de la Empresa.

Parágrafo 1°. *En aquellos sitios donde no existan Asociaciones Científicas, el segundo representante del estamento científico de la Salud será seleccionado de terna del personal profesional de la Salud existente en el área de influencia.*

Para tal efecto el Gerente de la Empresa Social del Estado convocará a una reunión del personal de Salud que ejerza en la localidad con el fin de conformar la terna que será presentada a la Dirección de Salud correspondiente.

Parágrafo 2°. *Cuando el número de miembros de la junta sobrepase de seis, en los estatutos de cada entidad deberá especificarse el mecanismo de elección de los demás representantes, respetando en todo caso lo establecido en el presente artículo y en el 195 de la Ley 100 de 1993.*

(Artículo 7° del Decreto 1876 de 1994)”

No obstante lo anterior, en lo que respecta a los requisitos para ejercer la representación de la comunidad ante las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, el artículo 2.5.3.8.4.2.4 del Decreto 780 de 2016, que compila el artículo 8 del Decreto 1876 de 1994, establece expresamente:

“Artículo 2.5.3.8.4.2.4. Requisitos para los miembros de las Juntas Directivas. *Para poder ser miembro de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales de Salud se deben reunir los siguientes requisitos:*

(...)



2. Los representantes de la comunidad deben:

– Estar vinculados y cumplir funciones específicas de salud en un Comité de Usuarios de Servicios de Salud; acreditar una experiencia de trabajo no inferior un año en un Comité de Usuarios.

– No hallarse incursos en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la ley.

(...)

(Artículo 8° del Decreto 1876 de 1994) “

Con fundamento en las consideraciones anteriores, se procede a dar respuesta a los interrogantes planteados, previa transcripción de los mismos, así:

“¿Debe interpretarse que los representantes de la comunidad en las Juntas Directivas de las E.S.E. están obligatoriamente limitados a miembros de Comités o Ligas de Usuarios del sistema de salud, conforme al artículo 8 del Decreto 1876 de 1994?”

Al respecto, se precisa que el artículo 8 del Decreto 1876 de 1994, compilado en el artículo 2.5.3.8.4.2.4 del Decreto 780 de 2016, estableció de manera expresa los requisitos que deben cumplir los representantes de la comunidad ante las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, dentro de los cuales se encuentra el estar vinculados y cumplir funciones específicas de salud en un Comité de Usuarios de Servicios de Salud, así como acreditar experiencia no inferior a un (1) año en dicho comité. En ese sentido, la normativa vigente define de forma concreta, en los términos previstos por la reglamentación aplicable, las condiciones para ostentar dicha representación, las cuales se encuentran asociadas a instancias organizadas de participación de los usuarios del sistema de salud.

“¿Es jurídicamente viable que organizaciones gremiales del sector productivo, en tanto expresiones organizadas de la sociedad civil, puedan participar en la designación de dichos representantes o ser consideradas dentro de la categoría de ‘comunidad’?”

En relación con este interrogante, se observa que el ordenamiento jurídico vigente no prevé la participación de organizaciones gremiales del sector productivo en la designación de los representantes de la comunidad ante las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, ni su consideración como integrantes del estamento comunidad para efectos de la conformación de dichos órganos, lo anterior, en razón a que la regulación aplicable delimita de manera expresa quiénes pueden ejercer dicha representación y bajo qué condiciones, vinculándola a la participación organizada de los usuarios de los servicios de salud.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



“¿Existe alguna disposición normativa, doctrina oficial o concepto emitido por el Ministerio de Salud u otra entidad competente que permita o respalde la participación de los gremios de la producción como representantes de la comunidad en las Juntas Directivas de las E.S.E.?”

Sobre el particular, no se advierte en el marco normativo vigente ni en la doctrina oficial conocida disposición, concepto o pronunciamiento que permita o respalde la participación de los gremios de la producción como representantes de la comunidad en las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado. Por el contrario, los pronunciamientos existentes han reiterado que dicha representación se ejerce conforme a los requisitos previstos en la reglamentación vigente.

“En caso afirmativo, ¿cuál sería el procedimiento aplicable para la postulación, elección o designación de dichos representantes?”

Teniendo en cuenta que el ordenamiento jurídico vigente no contempla la participación de los gremios del sector productivo como representantes de la comunidad ante las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, no existe procedimiento legal o reglamentario aplicable para su postulación, elección o designación en dicha calidad.

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 2015⁵ 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,

5 “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.”

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



3.2. ASUNTO: Consulta sobre la elección del representante de las alianzas o asociaciones de usuarios ante la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado – ESE del segundo nivel de atención.
Radicado: 2026423001521792 Id:1892394

Respetada señora:

Hemos recibido su comunicación, proveniente del Departamento Administrativo de la Función Pública, mediante la cual solicita concepto jurídico relacionado con el marco normativo aplicable a la elección del representante de las alianzas o asociaciones de usuarios ante la Junta Directiva de una Empresa Social del Estado - ESE del II nivel de atención, así como sobre la entidad competente para adelantar los procesos de convocatoria y elección. La consulta se plantea, en lo sustancial, en los siguientes términos:

“(…)

*ASUNTO: SOLICITUD INFORMACION representantes de los Usuarios a la Junta Directiva de las ESE
PETICION QUEJA O RECLAMO:*

** Que entidad es la encargada de realizar el proceso de convocatoria y eleccion del representante de usuarios ante la junta directiva de las ESE de segundo nivel.*

** Si quienes conforman la asociación de usuarios cuantas veces pueden ser reelegidos, se debe cambiar en su totalidad todos sus integrantes o se puede cambiar parcialmente.*

** Cual es el marco normativo que autoriza a las secretarias de salud, a llevar a cabo el proceso de elección del representante de usuarios ante la junta directiva de las ESE, de los municipios de segundo nivel.”. (Sic).*

(…)”.

Al respecto, se precisa lo siguiente:

I. MARCO NORMATIVO APLICABLE A LA CONFORMACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL SEGUNDO O TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Tratándose de las Empresas Sociales del Estado de los niveles II y III de atención, la conformación de su Junta Directiva se rige por lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016[1]. En

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



particular, el artículo 2.5.3.8.4.2.3 ibidem, regula el mecanismo de integración de dicho órgano directivo, señalando:

“Artículo 2.5.3.8.4.2.3. Mecanismo de conformación de las Juntas Directivas para las Empresas Sociales del Estado de carácter territorial. Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado tendrán un número mínimo de seis miembros. En este evento, la Junta se conformará de la siguiente manera:

1. El estamento político-administrativo estará representado por el Jefe de la Administración Departamental, Distrital o Local o su delegado y por el Director de Salud de la entidad territorial respectiva o su delegado.

2. Los dos (2) representantes del sector científico de la Salud serán designados así: Uno mediante elección por voto secreto, que se realizará con la participación de todo el personal profesional de la institución, del área de la salud cualquiera que sea su disciplina. El segundo miembro será designado entre los candidatos de las terna propuestas por cada una de las Asociaciones Científicas de las diferentes profesiones de la Salud que funcionen en el área de influencia geográfica de la Empresa Social del Estado.

Cada Asociación Científica presentará la terna correspondiente al Director Departamental, Distrital o Local de Salud, quien de acuerdo con las calidades científicas y administrativas de los candidatos realizará la selección.

3. Los dos (2) representantes de la comunidad serán designados de la siguiente manera:

Uno (1) de ellos será designado por las Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente establecidos, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Local de Salud.

El segundo representante será designado por los gremios de la producción del área de influencia de la Empresa Social; en caso de existir Cámara de Comercio dentro de la jurisdicción respectiva la Dirección de Salud solicitará la coordinación por parte de esta, para la organización de la elección correspondiente. No obstante, cuando estos no tuvieran presencia en el lugar sede de la Empresa Social del Estado respectiva, corresponderá designar el segundo representante a los Comités de Participación Comunitaria del área de influencia de la Empresa.

Parágrafo 1º. En aquellos sitios donde no existan Asociaciones Científicas, el segundo representante del estamento científico de la Salud será seleccionado de terna del personal profesional de la Salud existente en el área de influencia.

Para tal efecto el Gerente de la Empresa Social del Estado convocará a una reunión del personal de Salud que ejerza en la localidad con el fin de conformar la terna que será presentada a la Dirección de Salud correspondiente.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Parágrafo 2°. *Cuando el número de miembros de la junta sobrepase de seis, en los estatutos de cada entidad deberá especificarse el mecanismo de elección de los demás representantes, respetando en todo caso lo establecido en el presente artículo y en el 195 de la Ley 100 de 1993.” (resalto fuera de texto)*

A su turno, el artículo 2.5.3.8.4.2.5 del Decreto 780 de 2016, regula los términos de aceptación, el período y la reelección de los miembros de la Junta Directiva de las ESE del II o III nivel de atención, en los siguientes términos:

“Artículo 2.5.3.8.4.2.5.Términos de la aceptación. *Una vez comunicada por escrito la designación y funciones como miembro de la Junta Directiva, por parte de la Dirección de Salud correspondiente, la persona en quien recaiga el nombramiento, deberá manifestar por escrito su aceptación o declinación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su notificación.*

En caso de aceptación, tomará posesión ante el Ministro de Salud cuando se trate de una Empresa Social del Estado del orden nacional, o ante el Director Departamental, Distrital o Municipal de Salud, quedando consignada tal posesión en el libro de Actas que se llevará para tal efecto. Copia del acta será enviada al Representante Legal de la Empresa Social.

*Los miembros de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado respectiva, tendrán un período de tres (3) años en el ejercicio de sus funciones **y podrán ser reelegidos.**” (resalto fuera de texto)*

II. ASOCIACIONES Y ALIANZAS DE USUARIOS COMO INSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

En lo relacionado con la constitución y participación de las asociaciones o alianzas de usuarios, el artículo 2.10.1.1.11 del Decreto 780 de 2016, establece:

“Artículo 2.10.1.1.11 Constitución de las asociaciones y alianzas de usuarios. *Las Asociaciones de Usuarios se constituirán con un número plural de usuarios, de los convocados a la Asamblea de Constitución por la respectiva institución y podrán obtener su reconocimiento como tales por la autoridad competente, de acuerdo con las normas legales vigentes.*

Las Alianzas garantizarán el ingreso permanente de los diferentes usuarios.”

Así mismo, el artículo 2.10.1.1.12 ibidem, dispone:

“Artículo 2.10.1.1.12 Representantes de las alianzas de usuarios o asociaciones de usuarios. *Las alianzas o asociaciones de usuarios elegirán sus representantes en asamblea general, y entre los*

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



elegidos de estas si hubieren varias asociaciones o alianzas de usuarios, para períodos de dos (2) años. Para el efecto, sus instancias de participación podrán ser:

- 1. Un (1) representante ante la Junta Directiva de la respectiva Empresa Promotora de Salud pública y mixta.*
- 2. Un (1) representante ante la Junta Directiva de la Institución Prestataria de Servicios de Salud de carácter hospitalario, pública y mixta.*
- 3. Un (1) representante ante el Comité de Participación Comunitaria respectivo.*
- 4. Un (1) representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social, elegido conforme a las normas que regulen la materia.*
- 5. Dos (2) representantes ante el Comité de Ética Hospitalaria, de la respectiva Institución Prestataria de Servicios de Salud, pública o mixta.”*

III. RESPUESTA A LOS INTERROGANTES PLANTEADOS

En atención a las inquietudes planteadas, y con fundamento en el marco normativo vigente que regula la conformación y funcionamiento de la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado, en particular para el caso que nos ocupa de aquellas correspondientes a los niveles II y III de atención, se procede a dar respuesta en los siguientes términos, previa transcripción de cada uno de sus interrogantes:

“¿Que entidad es la encargada de realizar el proceso de convocatoria y elección del representante de usuarios ante la junta directiva de las ESE de segundo nivel.?”

¿Cuál es el marco normativo que autoriza a las secretarías de salud, a llevar a cabo el proceso de elección del representante de usuarios ante la junta directiva de las ESE, de los municipios de segundo nivel?”

Como los anteriores planteamientos tienen unidad de materia se dará una sola respuesta así:

Por expresa disposición del inciso 2 del numeral 3 del artículo 2.5.3.8.4.2.3 del Decreto 780 de 2016, son las Direcciones o Secretarías Departamentales, Distritales o Locales de salud, las competentes para adelantar la convocatoria a las alianzas o asociaciones de usuarios para que estas designen a su representante ante la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del II o III nivel de atención. Para el caso que nos ocupa la disposición normativa en comento previó: “3. Los dos (2) representantes de la comunidad serán designados de la siguiente manera:

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Uno (1) de ellos será designado por las Alianzas o Asociaciones de Usuarios legalmente establecidos, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Local de Salud.”

“¿Si quienes conforman la asociación de usuarios cuantas veces pueden ser reelegidos, se debe cambiar en su totalidad todos sus integrantes o se puede cambiar parcialmente?”

Frente a la anterior inquietud es necesario precisar que la misma no es muy clara, no obstante y frente a lo interrogado, debe indicarse que las alianzas o asociaciones de usuarios son instancias de participación ciudadana reconocidas por la normativa y gozan de autonomía para definir su organización y funcionamiento interno, conforme a lo previsto en el Decreto 780 de 2016. La normativa vigente que regula este tipo de organizaciones, la cual se encuentra contenida en el decreto en comento, no establece la obligación de renovar en su totalidad sus integrantes, ni fija un número máximo de reelecciones para sus miembros.

Ahora, si su interrogante refiere a la posibilidad de que el representante de las alianzas o asociaciones de usuarios ante la Junta Directiva de una ESE del II o III nivel de atención pueda ser reelegido, debe indicarse que a la luz de lo previsto en el inciso 3 del artículo 2.5.3.8.4.2.5 del Decreto 780 de 2016, esa posibilidad no se encuentra restringida, ni condicionada a un número específico de veces.

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 2015[2] 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,



3.3. ASUNTO: Concepto jurídico sobre los Servicios de Atención a la Comunidad (SAC).

Radicado: 202642401196902, ID: 1824508.

Respetado señor:

En atención a su comunicación, mediante la cual solicita información relacionada con los Servicios de Atención a la Comunidad (SAC) presentes en los municipios, particularmente respecto de la existencia de criterios mínimos aplicables a dichos espacios en sus componentes físicos, administrativos y de personal, así como sobre el alcance de las competencias de las entidades departamentales y secretarías de salud frente a la elaboración de listas de chequeo y generación de hallazgos en procesos de inspección de los SAC, me permito manifestar lo siguiente:

ANTECEDENTES DE LA CONSULTA

La consulta se formula en los siguientes términos:

“Mi consulta o solicitud es respecto a los servicios de atención a la comunidad sac que hay en los municipio, quisiera saber si existe alguna ley que estipule los criterios mínimos con los que deben contar este espacio tanto físicos, personal y administrativos. la otra consulta es saber si las entidades departamentales a través de las secretarías de salud puede crear listas de chequeo y generar hallazgos diferentes a lo que existe en la ley nacional para la inspección de los SAC.”

PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico se circunscribe a dar respuesta a los interrogantes planteados, los cuales se relacionan con el marco normativo aplicable a los Servicios de Atención a la Comunidad (SAC).

FUNDAMENTOS NORMATIVOS Y JURISPRUDENCIALES

Artículo 49 de la Constitución Política

Artículo 153 numeral 3.10 y artículo 156 literal h) de la Ley 100 de 1993.[1]

Artículo 43 y subnumeral 43.1.7 de la Ley 715 de 2001.[2]

Artículo 121 numeral 121.2 de la Ley 1438 de 2011.[3]

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Artículo 12 de la Ley 1751 de 2015.[4]

Artículos 2.10.1.1.1 y 2.10.1.1.4 del Decreto 780 de 2016.[5]

Artículos 3 y 19 del Decreto 1080 de 2021.[6]

Numeral 5.1.5 del documento técnico anexo de la Resolución 2063 de 2017[7]

ANÁLISIS JURÍDICO

1. Regulación de la participación de la comunidad en la prestación de servicios en salud

Frente al derecho a la participación de la comunidad en la prestación de los servicios de salud, el artículo 49 de la Constitución Política, consagra lo siguiente:

***“ARTICULO 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. (...)*

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. (...).”

Esta disposición reconoce la participación de la comunidad como uno de los elementos estructurales de la organización y prestación de los servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, el artículo 12 de la Ley 1751 de 2015 establece:

***“Artículo 12.** Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye:*

- a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación;*
- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;***
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;*
- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;*
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;*
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;*
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.” (resaltos fuera de texto)*

Esta previsión normativa incorpora la participación social como una garantía integrante del derecho fundamental a la salud, reconociendo a los usuarios la posibilidad de intervenir en escenarios de seguimiento, control y participación dentro del sistema de salud.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Por su parte, el numeral 3.10 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993 dispone:

“ARTÍCULO 153. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud: (...)

3.10. Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto”. (...).”

De igual manera, el literal h) del artículo 156 ibidem establece:

“ARTICULO 156. Características básicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características: (...) h) Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud; (...).”

En desarrollo de los anteriores mandatos normativos, el Decreto 780 de 2016, en sus artículos 2.10.1.1.1 al 2.10.1.1.23 contempla las modalidades y formas de participación social en salud originalmente previstas en su momento en el Decreto 1757 de 1994.

En este sentido, el artículo 2.10.1.1.1 del Decreto 780 de 2016 dispone:

“PARTICIPACION EN SALUD. Las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.”

2. Regulación del Servicio de Atención a la Comunidad (SAC)

En relación con los Servicios de Atención a la Comunidad – SAC, el Decreto 1757 de 1994, actualmente compilado en el Decreto 780 de 2016, reguló de manera específica su creación y funcionamiento dentro de las entidades territoriales de salud.

En este sentido, el artículo 2.10.1.1.4 del Decreto 780 de 2016, dispone:

“Artículo 2.10.1.1.4. Servicio de atención a la comunidad. Los niveles de Dirección Municipal, Distrital y Departamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizarán un servicio de atención a la comunidad, a través de las dependencias de participación social, para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos. Para el adecuado servicio de atención a la comunidad en salud, se deberá a través suyo:



1. *Velar porque las instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones.*
2. *Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución y/o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.*
3. *Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las empresas promotoras de salud.*
4. *Exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestatarias de salud, entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad o a quienes hagan sus veces, de los niveles departamentales, distritales y municipales.*
5. *Garantizar que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.*
6. *Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones y/o dependencias responsables de absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso, con el fin de retroalimentar el servicio de atención a la comunidad.”*

En su momento, el parágrafo del artículo 4 del Decreto 1757 de 1994 señaló:

“Parágrafo. El Servicio de Atención a la Comunidad dispondrá los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para el cumplimiento de sus funciones (...).”

3. Los Servicios de Atención a la Comunidad en la Resolución 2063 de 2017

Dentro del documento técnico anexo de la Resolución 2063 de 2017, particularmente en el acápite “5.1.5 Servicio de Atención a la Comunidad”, se indicó:

“En el artículo 2.10.1.1.4 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 se señala que las Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud deben contar con un Servicio de Atención a la Comunidad – SAC para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos.

El SAC es la instancia encargada de atender a la comunidad usuaria de los servicios de salud, sirve de interlocución entre la Dirección departamental, distrital o municipal de salud y los actores del Sistema de Seguridad Social, orientada al mejoramiento continuo del servicio público de salud, a través de la atención personalizada del usuario, promoviendo la participación y control social, así como la gestión para la resolución oportuna y eficiente de las quejas, peticiones y reclamos de manera oportuna y eficiente.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



Las funciones de este espacio de participación se establecieron con el propósito de garantizar un servicio de calidad y de velar por el buen funcionamiento y la buena administración de los recursos por parte de las IPS y de las EPS, al establecer mecanismos de atención a los usuarios, para canalizar u resolver sus peticiones, quejas, reclamos y solicitudes al tomar las medidas correctivas necesarias y mantener informados a los usuarios sobre deberes y derecho en salud. De esta manera, los SAC logran promover procesos de participación local y así dar cumplimiento al derecho legítimo de los ciudadanos de velar por el buen funcionamiento de las EPS y de las IPS al verse impelidas a través de las SAC a brindar una buena atención y satisfacer las necesidades de los usuarios del servicio de salud.

El Servicio de Atención a la Comunidad – SAC permite a las Direcciones Territoriales de Salud establecer indicadores sobre el funcionamiento del sistema, la calidad y oportunidad de los servicios, al conocer la percepción de los usuarios y orientar así la toma de decisiones por parte de los actores responsables del sistema.

Con el establecimiento del SAC en los niveles departamentales, municipales y distritales del país, el Estado pretende establecer canales de comunicación entre la comunidad y las entidades gubernamentales, para que fluya la información en ambos sentidos y exista un grado de ilustración acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS así como del quehacer de las diferentes entidades o dependencias del sector salud.

Por otra parte, es necesario que la comunidad tenga a dónde recurrir para solicitar información sobre la debida utilización de los servicios que necesita, a dónde poder formular peticiones derivadas de las diferentes circunstancias que rodean el servicio recibido o simplemente dónde formular quejas de su inconformidad por la calidad de la atención recibida en las entidades gubernamentales o particulares.”

3. Competencias de las entidades territoriales frente a los mecanismos de participación social en salud

En relación con las competencias de las entidades territoriales frente a los mecanismos de participación social en salud y, particularmente, respecto de los Servicios de Atención a la Comunidad – SAC, resulta necesario analizar las funciones asignadas por el ordenamiento jurídico a los departamentos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la Ley 715 de 2001.

El artículo 43 de la ley en cita dispone como competencias para el departamento:

“ARTÍCULO 43. *Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. (...)*”

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



El subnumeral 43.1.7 del numeral 43.1 del referido artículo establece como competencia del departamento:

“43.1.7. Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.”

La anterior disposición normativa permite evidenciar que las entidades territoriales departamentales cuentan con competencias orientadas a promover, fortalecer y articular mecanismos de participación social en salud dentro de su jurisdicción, incluyendo acciones relacionadas con el acompañamiento institucional, fortalecimiento de espacios de participación ciudadana, orientación a los usuarios y promoción del ejercicio de derechos y deberes en salud.

En este contexto, dichas competencias guardan relación con el funcionamiento de los Servicios de Atención a la Comunidad, en la medida en que estos constituyen mecanismos de interlocución y atención a la ciudadanía dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como parte integrante del concepto de *“participación social o comunitaria en salud”*

4. Competencias de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud sobre los mecanismos de participación ciudadana

El artículo 3 del Decreto 1080 de 2021, señaló que la Superintendencia Nacional de Salud ejerce funciones de inspección, vigilancia y control respecto de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a las competencias previstas en la Ley 100 de 1993 y la Ley 1438 de 2011.

En concordancia con lo anterior, el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011 estableció los sujetos de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, incluyendo en su numeral 121.2 a las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de funciones relacionadas con el sector salud:

“121.2 Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud.”

Finalmente, el artículo 19 del Decreto 1080 de 2021, en su numeral 12, atribuyó a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario de la Superintendencia Nacional de Salud, la facultad de ejercer Inspección y Vigilancia sobre los mecanismos de participación ciudadana y la promoción del control social en salud:

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



"ARTÍCULO 19. Funciones del Despacho del Superintendente Delegado para la Protección al Usuario. Son funciones del Despacho del Superintendente Delegado para Protección al Usuario, las siguientes.

1. Ejercer inspección y vigilancia sobre el cumplimiento de los derechos en salud y la debida atención y protección al usuario.

(...)

11. Diseñar, dirigir y fomentar estrategias de promoción de la participación ciudadana y el ejercicio del control social en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los regímenes especiales y exceptuados en salud.

12. Realizar inspección y vigilancia a los mecanismos de participación ciudadana y a la promoción del ejercicio del control social en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluidos los regímenes especiales y exceptuados en salud.

(...)." (Resaltados fuera del texto original).

RESPUESTA AL PROBLEMA JURÍDICO PLANTEADO

Expuesto todo lo anterior, se dará respuesta al problema jurídico planteado resolviendo cada uno de los interrogantes formulados, previa transcripción de los mismos, así:

"Mi consulta o solicitud es respecto a los servicios de atención a la comunidad sac que hay en los municipios, quisiera saber si existe alguna ley que estipule los criterios mínimos con los que deben contar este espacio tanto físicos, personal y administrativos" sic

Sobre esta inquietud debe señalarse que el artículo 2.10.1.1.4 del Decreto 780 de 2016 prevé la creación del Servicio de Atención a la Comunidad por parte de lo que se conoce hoy en día como secretarías de salud departamentales, distritales y municipales. En su momento el parágrafo del artículo 4 del Decreto 1757 de 1994, contempló que el SAC debería disponer de los recursos humanos, técnicos y financieros para el cumplimiento de sus funciones, sin establecer más detalles sobre el particular.

Dicho lo anterior y dando respuesta a su interrogante, se tiene que ni el Decreto 780 de 2016 ni la Resolución 2063 de 2017, establecen con detalle qué requisitos físicos, financieros, de talento humano o administrativos deben acreditarse para poner en funcionamiento un Servicio de Atención a la Comunidad. Frente a lo anterior y en el entendido de que es un deber de las

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



secretarías departamentales, distritales o municipales de salud dar lugar a la creación de este servicio, consideramos que son dichas entidades las que deben establecer esos requisitos, lo anterior en aras que se garantice con ello la operación adecuada de ese mecanismo de participación comunitaria o ciudadana.

“la otra consulta es saber si las entidades departamentales a través de las secretarías de salud puede crear listas de chequeo y generar hallazgos diferentes a lo que existe en la ley nacional para la inspección de los SAC.”

Respecto de este interrogante debe dejarse en claro en primera instancia, que las secretarías departamentales de salud no tienen asignadas competencias de Inspección, Vigilancia y Control sobre los mecanismos de participación social en salud, su actividad a voces de lo reglado en el numeral 43.1.7 del numeral 43.1 del artículo 43 de la Ley 715 de 2001, se limita a promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en el SGSSS. En este caso, esas funciones de Inspección, Vigilancia y Control recaen en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, conforme lo regulado en el numeral 12 del artículo 19 del Decreto 1080 de 2021.

Así las cosas, cualquier hallazgo u observación que se formule frente a la operación del Servicio de Atención a la Comunidad en el marco de una actividad de Inspección, Vigilancia y Control debe emanar de la Superintendencia Nacional de Salud. Ahora, lo anterior no es óbice para que la secretaría de salud respectiva como ente encargado de crear y poner en funcionamiento el SAC, pueda adelantar acciones de mejora si ella misma en sus procesos de auditoría interna detecta falencias en el funcionamiento de su Servicio de Atención a la Comunidad, de acuerdo a las reglas que ella misma haya establecido para su funcionamiento.

El presente concepto se emite en los términos del artículo 28 de la Ley 1437 de 2011 —Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo— sustituido en su Título II, por el artículo 1[8] de la Ley 1755 de 2015[9], el cual establece que: *“Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por a las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución”* y constituye un criterio jurídico orientador, sin carácter obligatorio ni vinculante.

Cordialmente,

[1] Ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”.

[2] 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 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones”.



[3] Ley 1438 de 2011, “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

[4] Ley 1751 de 2015, “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

[5] Decreto 780 de 2016, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”.

[6] Decreto 1080 de 2021.

[7] Resolución 2063 de 2017, “Por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud – PPSS”.

[8] Artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, “Sustitúyase el Título II, Derecho de Petición, Capítulo I, Derecho de Petición ante las autoridades-Reglas Generales, Capítulo II Derecho de petición ante autoridades-Reglas Especiales y Capítulo III Derecho de Petición ante organizaciones e instituciones privadas, artículos 13 a 33, de la Parte Primera de la Ley 1437 de 2011...”

[9] Ley 1755 de 2015, “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”.



3.4. ASUNTO: Concepto jurídico sobre prorroga de incapacidades
Radicado 2026423001508882 ID 1889249

Respetada señora:

Procedente del Departamento Administrativo de la Función Pública, hemos recibido su comunicación, mediante la cual manifiesta:

“Actualmente existe la duda frente a cómo proceder ante la incapacidades de un funcionario del cuerpo y custodia del INPEC.

Desde el mes de diciembre se encuentra incapacitado.

Las incapacidades no son consecutivas debido a que los días de descanso de la compañía a la cual pertenece el señor dice que son días de descanso y que no debe presentar incapacidad consecutiva.

Los diagnósticos de las incapacidades no son relacionados. (Unos son por infección intestinal y otros por depresión).

Que ley argumenta que las incapacidades deben ser consecutivas? Teniendo en cuenta que si no labora no tiene derecho a su día de descanso.(...)”

En primer lugar, es preciso indicar que este Ministerio es un organismo perteneciente a la Rama Ejecutiva del poder público, que tiene como finalidad primordial el fijar la política en materia de salud y protección social, 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, de igual manera esta Dirección Jurídica tiene por competencia emitir conceptos sobre la aplicación de las normas del SGSSS, por consiguiente, los pronunciamientos que expide esta dependencia son de carácter general y no particular, por lo que no resuelven casos específicos ni constituyen prueba dentro de actuaciones administrativas o judiciales.

En este punto es pertinente señalar que de conformidad con el artículo 28 de la Ley 1437 de 2011⁶ sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015⁷, 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, ya que estos no tienen decisiones que produzcan efectos

⁶ Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

⁷ 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.



jurídicos, es decir que creen, modifiquen o extingan alguna situación en particular, y así lo ha señalado la Corte Constitucional en diferentes pronunciamientos, al caso, se cita lo dispuesto en la Sentencia C-487/96⁸:

Sentencia C-487/96:

“Los conceptos no constituyen, en principio, una decisión administrativa, es decir, una declaración que afecte la esfera jurídica de los administrados, en el sentido de que se les imponga mediante ellos deberes u obligaciones o se les otorguen derechos. Cuando se produce a instancia de un interesado, éste queda en libertad de acogerlo o no y, en principio, su emisión no compromete la responsabilidad de las entidades públicas, que los expiden, ni las obliga a su cumplimiento o ejecución.

Señalado lo anterior, se esbozará a continuación lo contemplado en la normatividad vigente aplicable para el pago de las prestaciones económicas por incapacidades, así:

La Ley 100 de 1993⁹, en su artículo 206¹⁰, 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 de incapacidad se pagará 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 – 13¹¹, 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).

Debe aclararse que al tratarse de enfermedades o accidentes de origen común, entendidas como

8 Magistrado Ponente: Dr. ANTONIO BARRERA CARBONELL

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

10 **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 profesional⁶ 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.”

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



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, parágrafo 1 del artículo 3.2.1.10
EPS	Desde tercer (3) día al ciento ochenta (180) día	Artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por Decreto Ley 019 de 2012, artículo 142.
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 Ley 019 de 2012, artículo 142
EPS	Desde el día quinientos cuarenta y uno (541)	Ley 1753 de 2015, artículo 67-

En este sentido y por regla general del –SGSSS–, la incapacidad será reconocida por la EPS o la Entidad Adaptada 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 Decreto 2126 de 2023¹², incorporado en el Decreto 780 de 2016¹³, 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, equivalente a 28 días. El tiempo mínimo de cotización se verificará a la fecha límite de pago del periodo de cotización en el que*

12 por el cual se sustituyen los Capítulos 1, 2, 3 y 4 del Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, en relación con el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

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

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Carrera 13 No. 32 - 76, Bogotá D.C., Colombia

PBX: (+57) 601 330 5000

Línea Gratuita: (+57) 01 8000 960020 – www.minsalud.gov.co



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.

(...)

Para el reconocimiento y pago de la incapacidad de origen común y sus prórrogas, se tomará como Ingreso Base de Cotización el reportado en el mes anterior al inicio de la incapacidad, entendiendo por inicio, el reportado en el día uno (1) de la incapacidad inicial, no el de las prórrogas.

(...) (Subrayas fuera de texto)

Es claro que la incapacidad será reconocida por la Entidad Promotora de Salud - EPS o la Entidad Adaptada en la medida en que se haya cotizado como mínimo cuatro (4) semanas inmediatamente anteriores al inicio de la incapacidad, equivalente a 28 días y será liquidada teniendo en cuenta el ingreso base de cotización – IBC reportado en el mes anterior al inicio de la incapacidad.

Ahora bien, en lo que respecta a las prórrogas de las incapacidades, esto se encuentra regulado en el artículo 2.2.3.3.2 del Decreto 780 de 2016 el cual indica en su párrafo primero, lo siguiente:

“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:

(...)

14. Prorroga: Si o No

(...)

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.

(...)

Parágrafo 1. Se entiende por prórroga de la incapacidad, la que se expide con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión, o por otra que tenga relación directa con esta, así se trate de código diferente de diagnóstico (CIE), y siempre y cuando entre una y otra no haya una interrupción mayor a treinta (30) días calendario. (Subrayas y negrillas fuera de término)

Igualmente, es oportuno señalar que a nivel jurisprudencial sobre la interrupción de la continuidad de los periodos en los que se prescriben certificados de incapacidad para establecer los responsables de asumirlas, la Corte Constitucional en Sentencia T-401 de 2017, expresó lo siguiente:

“(…) 44. Ahora bien, contrario a lo sostenido por la EPS Sanitas, simple interrupción de la continuidad de los periodos en los que se prescriben certificados de incapacidad no basta para que se pueda predicar una ausencia de continuidad en las incapacidades. En efecto, como lo han reconocido tanto



*esta Corporación como el Ministerio de Salud y Protección Social, las interrupciones inferiores a 30 días no rompen con la continuidad de un período de incapacidad. De este modo, a partir de la aplicación analógica del artículo 13 de la Resolución 2266 de 1998, **"se entiende como prórroga de incapacidad, la que se expide con posterioridad a la inicial, por la misma enfermedad o lesión, o por otra que tenga relación directa con ésta, así se trate de código diferente y siempre y cuando entre una y otra no haya interrupción mayor a treinta (30) días calendario-***

:"

En razón de lo anterior, resulta necesario establecer en cuáles casos se prorrogaron las incapacidades de la accionante y en cuáles eventos existió una interrupción que implica reiniciar la contabilización de los días de incapacidades continuas" (Negrillas y subrayas fuera de texto).

Conforme a la normativa expuesta, no existe disposición legal que exija que todas las incapacidades médicas deben ser consecutivas para efectos de su reconocimiento. No obstante, el ordenamiento normativo ya citado sí regula la figura de la prórroga, la cual se configura cuando la nueva incapacidad se expide por la misma enfermedad, lesión o por otra relacionada, siempre que entre una y otra no exista interrupción mayor a treinta (30) días calendario, conforme al parágrafo 1 del artículo 2.2.3.3.2 del Decreto 780 de 2016.

En ese sentido, la sola existencia de días de descanso o de interrupciones inferiores a treinta (30) días no implica la ruptura de la continuidad del período de incapacidad, tal como lo ha señalado la Corte Constitucional en la Sentencia T-401 de 2017. No obstante, para determinar si se está frente a una prórroga o ante una nueva incapacidad independiente, resulta indispensable analizar cada caso concreto, verificando especialmente el tiempo transcurrido entre incapacidades y la relación clínica o causal entre los diagnósticos emitidos.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece 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"*.

Cordialmente,