

CIRCULAR EXTERNA 18 DE 2005

(julio 7)

Diario Oficial No. 45.963 de 08 de julio de 2005

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

<NOTA: Debe tenerse en cuenta que esta Circular se encuentra adicionada con la totalidad de lo dispuesto en la Circular [23](#) de 2005, por lo cual debe consultarse la Circular 23 de 2005>

Resumende Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- Adicionada por la Circular [23](#) de 2005, publicada en el Diario Oficial No. 46.137 de 30 de diciembre de 2005, 'Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud y los indicadores de calidad en los procesos prioritarios de atención en salud en las entidades promotoras de salud y requerimientos de información.'

PARA: REPRESENTANTES LEGALES Y MIEMBROS DE JUNTAS DIRECTIVAS DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD QUE ADMINISTREN EL REGIMEN CONTRIBUTIVO O SUBSIDIADO, CUALQUIERA SEA SU NATURALEZA, E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD, REPRESENTANTES LEGALES Y PERSONAS ENCARGADAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS DEPARTAMENTOS Y MUNICIPIOS DESCENTRALIZADOS

DE: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

ASUNTO: INSTRUCCIONES EN MATERIA DE RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y REQUERIMIENTOS DE REPORTE DE INFORMACION

COMPETENCIA

La Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, especialmente las relacionadas con la facultad de impartir instrucciones y de fijar los criterios y señalar los procedimientos, establece a través de la presente Circular, las reglas aplicables a la conformación y organización de la red de prestadores de servicios de salud y al reporte de la información sobre las instituciones con las cuales se brinda la prestación de los servicios de salud.

El Decreto [1259](#) de 1994, le otorga a la Superintendencia Nacional de Salud, la facultad de "Velar por el cumplimiento de las normas relacionadas con el control de gestión de las entidades de seguridad y previsión social", (Numeral 3 del artículo [50](#)), así como, la de "Instruir a las entidades vigiladas sobre la manera como deben cumplirse las disposiciones que regulan su actividad en cuanto sujetos vigilados, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de las normas que le compete aplicar y señalar los procedimientos para su cabal aplicación" (Numeral 6 del

artículo [7o](#) del mismo Decreto), y el artículo [227](#) de la Ley 100 de 1993, le otorga la responsabilidad de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social, definido en el artículo [8o](#) del Decreto 2309 del 2002.

1. De conformidad con el artículo [177](#) de la Ley 100 de 1993, la función básica de las Entidades Promotoras de Salud (EPS, ARS) es la de "organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del Plan de Salud que deben brindar a sus afiliados", para lo cual deben organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias, puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional y definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, en caso de enfermedad, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, de conformidad con los numerales 3 y 4 del artículo [178](#) de la Ley 100 de 1993.

Las Entidades Promotoras de Salud que brindan el plan obligatorio de salud del Régimen Contributivo POS, son responsables de organizar y garantizar la atención en salud, gestionar y coordinar la oferta de servicios de salud y establecer procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud de conformidad con lo establecido en el literal d) del artículo [2o](#) del Decreto 1485 de 1994.

Las Entidades que administran el Régimen Subsidiado; deben organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S, de conformidad con el artículo [4o](#) del Decreto 1804 de 1999.

Para la contratación de prestadores de servicios de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios: EPS, ARS, Entidades Territoriales y demás pagadores, tienen autonomía para establecer las relaciones con las instituciones prestadoras de servicios de salud, de conformidad con el Decreto 723 de 1994, dentro del marco de las normas generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las normas sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

De otra parte, con relación a la normatividad sobre organización y funcionamiento de la Medicina Prepagada, el numeral 1 del artículo [16](#) del Decreto 1570 de 1993 establece la responsabilidad de estas empresas de organizar y coordinar una red de instituciones prestadoras de servicios para garantizar el plan de salud que ofrecen, instituciones que deben tener licencia sanitaria de funcionamiento, lo que corresponde en la normatividad vigente a la habilitación de IPS.

Asimismo, el Decreto [1486](#) de 1994, define que las empresas de Medicina Prepagada deben aplicar el sistema de garantía de calidad que expida el gobierno y el cual está reglamentado mediante el Decreto [2309](#) del 2002 y las Resoluciones 1439 del 2002, 0486 del 2003 y 001891 del 2003 sobre la Habilitación de IPS.

En cuanto a las Entidades Territoriales, el artículo [43](#) de la Ley 715 del 2001, define la competencia de los departamentos en la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda en el territorio de su jurisdicción, gestión que se financia con los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud, aportes del Fondo de Solidaridad y Garantía, recursos provenientes de licores, cervezas, sifones, loterías, apuestas permanentes, rifas, aportes de los departamentos, distritos y municipios, rendimientos financieros, recursos de capital y

regalías.

Respecto de las competencias de los municipios, la Ley 715 del 2001 en su artículo [44](#), define que corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito municipal y dentro de sus funciones de dirección del sector en el ámbito municipal está la de "gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción".

Asimismo, el artículo [80](#) del Decreto 2309 del 2002 define la responsabilidad de las entidades departamentales, distritales y municipales de salud de cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.

2. Con el objeto de velar por el cumplimiento de las normas relacionadas con el control de gestión de las entidades de seguridad social, y garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, imparte los siguientes lineamientos relacionadas con la conformación y organización de la red de prestadores de servicios de salud y con el reporte de la información sobre las instituciones con las cuales se brinda la prestación de los servicios de salud que le corresponde garantizar a las entidades a las cuales se dirige la presente Circular.

En consecuencia, para la aplicación de la presente circular, deben tenerse en cuenta los siguientes criterios:

2.1 Para efectos de organizar la prestación de servicios de salud, las entidades administradoras, deben verificar el cumplimiento por parte de las IPS de las condiciones de habilitación y la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud del Ministerio de la Protección Social y las Entidades Departamentales y Distritales de Salud de conformidad con lo establecido en los artículos [13](#), [16](#) y [30](#) del Decreto 2309 de 2002 y el artículo 80 de la Resolución 486 del 2003.

2.2 Para contratar la prestación de servicios las instituciones prestadoras deben estar debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme el artículo [41](#) del Decreto 050 del 2003 y el literal b) del artículo [60](#) del Decreto 723 de 1997, y deben certificar su capacidad real de resolución para hacer efectiva la oportunidad y calidad de la atención brindada al usuario.

2.3 Respecto del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, el Decreto [2309](#) del 2002 establece la responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada de establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo los procesos de Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud mediante la evaluación sistemática de la suficiencia de su red, del desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, y la verificación de que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados.

2.4 Por otra parte, de acuerdo con la normatividad vigente, las entidades que se relacionan a continuación, deben tener Revisor Fiscal posesionado ante la Superintendencia Nacional de Salud:

- Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza, y cualquiera que sea el régimen que administren (Ley 100 de 1993, artículo [228](#)).
- Las entidades que tengan por objeto la prestación de servicios de salud, como:
 - Las sociedades por acciones.
 - Las sucursales de compañías extranjeras.
 - Las sociedades en las que por ley o por estatutos, la administración no corresponda a todos los socios, cuando así lo disponga cualquier número de socios excluidos de la administración que representen no menos del 20 % del capital (Código de Comercio artículo [203](#)).
 - Las sociedades comerciales de cualquier naturaleza, cuyos activos brutos al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, sean o excedan al equivalente de 5.000 salarios mínimos y/o cuyos ingresos brutos durante el año inmediatamente anterior sean o excedan el equivalente a 3.000 salarios mínimos (Ley 43 de 1990, artículo 13, parágrafo 2o).
 - Las cooperativas (Ley 79 de 1998, artículo 38).
 - Las fundaciones o instituciones de utilidad común (Decreto 1529 de 1990).

2.5 Se exceptúan de adelantar el trámite de posesión del Revisor Fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud, las instituciones que, aunque se encuentren habilitadas de conformidad con el Decreto [2309](#) de 2002, pertenezcan a una persona jurídica que desarrolle otras actividades que permitan colegir que su objeto social no es, exclusivamente la prestación de servicios de salud.

2.6 De la misma manera, las entidades de derecho público o privadas y las entidades sin ánimo de lucro, con excepción de las beneficencias y loterías, cuya inspección y vigilancia corresponda a la Superintendencia Nacional de Salud, están en la obligación de cancelar una tasa anual destinada a garantizar el cumplimiento o desarrollo de las funciones propias de la Superintendencia, de conformidad con lo establecido en el inciso segundo del artículo [338](#) y [269](#) de la Constitución Política Nacional, el artículo [98](#) de la Ley 488 de 1998 y los Decretos [1405](#) de 1999, [3237](#) del 2002 y [1076](#) del 2004.

2.7 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter privado, deben reportar su información financiera, de conformidad con la Circular [11](#) de 2004 (SNS) y sus respectivas modificaciones. De la misma forma, las Instituciones de carácter público, deben reportarla de acuerdo con la Circular 12 de 2001 (SNS) y sus respectivas modificaciones.

2.8 De igual manera, las administradoras, deben reportar su información financiera de conformidad con la Circular [016](#) de 2005 (SNS) y sus respectivas modificaciones.

2.9 Las Entidades Promotoras de Salud EPS, ARS, EMP y demás pagadores, deben verificar la calidad de la atención en salud que brindan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a sus afiliados, para lo cual se debe considerar lo establecido respecto de los tiempos mínimos de atención en el artículo 97 de la Resolución 5261 de 1994, donde se define que la consulta médica general no debe ser menor de veinte (20) minutos, así mismo, que la atención en salud no se puede condicionar

al pago de los servicios, conforme lo establecido en los artículos [2o](#) y [3o](#) del Decreto 1725 de 1999.

2.10 De igual manera, una vez prestados los servicios de salud o firmados los contratos de capitación, las Entidades Administradoras (EPS, ARS) no pueden condicionar el pago a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, al proceso de giro y compensación de Fosyga en el Régimen Contributivo, o al pago de las Entidades Territoriales en el Régimen Subsidiado, así como tampoco, a prácticas como objeciones a la facturación, sin que se encuentren debidamente soportadas.

2.11 La RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS se define como el conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y demás lineamientos del sistema de referencia y contrarreferencia establecido por la entidad administradora de plan de beneficios o de la dirección territorial de salud correspondiente; que busca garantizar la calidad de la atención en salud a sus afiliados.

2.12 Para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud, las entidades administradoras, deberán contar con una red de prestadores de servicios de salud suficiente y plural en cada uno de los niveles de atención o grados de complejidad y por entidad territorial, para garantizar la salud a la población afiliada, salvo una imposibilidad debidamente demostrada ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Toda Entidad Promotora de Salud debe divulgar la red de prestadores de servicios con que cuenta, por lo menos informando, en forma detallada, a cada uno de sus afiliados, al momento de hacer la afiliación correspondiente, de las instituciones prestadoras de servicios de salud y los niveles de complejidad que atienden.

2.13 En consonancia con lo anterior, son las entidades administradoras las responsables de organizar y garantizar la prestación del plan de salud que deben brindar a sus afiliados, no pudiendo delegar esta función en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, ni subcontratar o de alguna manera, desplazar sus responsabilidades a otros sujetos.

2.14 De otro lado, cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que haga parte de esa red, debe tener habilitados los servicios que ofrezca para la prestación de salud y en la entidad Territorial donde pretendan desarrollar su actividad.

2.15 La escogencia de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, dentro de la entidad administradora de salud que haya elegido libremente el afiliado, será voluntaria, sin que sea posible direccionar en sentido alguno tal escogencia.

2.16 En cualquier momento en que el afiliado desee cambiar de Institución Prestadora de Servicios de Salud, dentro de la red de prestadores de su administradora, lo podrá hacer, informando de su decisión a la EPS correspondiente, y se hará efectivo en el mes subsiguiente al que se hace la manifestación.

2.17 Las Entidades Administradoras de Planes de beneficios EPS, ARS, EMP y Entidades Territoriales, deberán diseñar estrategias de prestación de servicios que garanticen el acceso de la

población afiliada a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en cada uno de los planes de atención que ofrecen, de manera que garanticen a sus afiliados adecuada calidad, facilidad de acceso y oportunidad de los servicios de salud brindados por la red de prestadores en caso de requerirlos, así como la libertad de elección del prestador por parte del usuario.

Para lo cual deben contar con una organización administrativa en cada una de las áreas geográficas donde tiene afiliados, que le permita cumplir con sus funciones de Ley, así como los procesos, procedimientos y actividades para realizar la selección, organización y coordinación del funcionamiento de la red de Instituciones prestadoras de servicios de salud, de manera que se garantice que el afiliado puede acceder fácilmente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de los diferentes niveles de complejidad.

En caso de la atención inicial de urgencia, si la Institución Prestadora de Servicios de Salud que la atiende es de la red de prestadores de servicios de salud de la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentra afiliado el paciente, la atención posterior deberá continuarse prestando en esa institución si el grado de complejidad lo permite, salvo que en casos excepcionales se determine en forma expresa que puede prestarse el servicio en mejores condiciones en otra Institución Prestadora de Servicios de Salud.

2.18 La red de instituciones prestadoras de servicios de salud debe ser planeada y organizada de manera que facilite el acceso a todos los servicios de salud que estén incluidos en el plan de beneficios que le corresponde garantizar a cada entidad.

2.19 La selección y conformación de la red de prestadores debe hacerse teniendo en cuenta que las instituciones deben cumplir con las obligaciones y responsabilidades definidas en la normatividad vigente, en especial teniendo en cuenta las siguientes instrucciones:

- Verificar el cumplimiento de la habilitación de los servicios de salud que se vayan a contratar con las instituciones, mediante la declaración de habilitación de los servicios presentada ante la Dirección Territorial de Salud correspondiente.
- Verificar que la institución prestadora de servicios de salud, tenga posesionado el revisor fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la presentación de la copia del acta de posesión del revisor fiscal expedida por la Secretaría General de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Verificar que las Instituciones Prestadoras de Salud, se encuentren a paz y salvo con el pago de la tasa anual que deben pagar a la Superintendencia Nacional de Salud por concepto del desarrollo de las funciones de supervisión, mediante la presentación de la copia de la Resolución de liquidación de la tasa y del último recibo de consignación.
- Verificar que dentro del objeto social de las Instituciones Prestadoras de Salud, se encuentre la Prestación de Servicios de Salud, y en el caso de las Empresas Sociales del Estado, este debe ser único, aspecto que se comprobará mediante la solicitud del registro ante Cámara y Comercio.
- Verificar que la IPS esté al día con el reporte de información que debe enviar a la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Externa [11](#) del 2004 las IPS de naturaleza privada y la Circular [12](#)

de 2004 las IPS de naturaleza pública; a través del registro de envío publicado en la página Web de esta Superintendencia.

- Definir como parte de la relación contractual, las condiciones de atención de los afiliados, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como los procesos de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, los indicadores y estándares de calidad que garanticen la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud.

- Verificar que las Instituciones Prestadoras de Salud, garanticen el acceso a la atención en salud para lo cual la consulta médica general no debe ser menor de veinte (20) minutos, así mismo, la atención en salud no puede ser condicionada al pago de los servicios, conforme la normatividad vigente.

- No sujetar los pagos de los servicios de salud, a ninguna condición diferente de las establecidas y reglamentadas por el Decreto [723](#) de 1997, Decreto 047 de 2001, Decreto [050](#) de 2003.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra el numeral 2.19 parcial. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 000284-01 de 4 de junio de 2009, Consejera Ponente Dra. Martha Sofía Sanz Tobón.

3. DATOS A REPORTAR

La información sobre la contratación y organización de la Red de prestadores, debe realizarse por parte de las entidades administradoras y de las entidades territoriales, de acuerdo al plan de beneficios que ofrezca cada tipo de entidad, de la siguiente manera:

3.1 Las ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, ENTIDADES ADAPTADAS EN SALUD: Deben reportar información correspondiente a la red de instituciones prestadoras de servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación del Plan Obligatorio de Salud, POS y planes complementarios en caso de tenerlos.

3.2 Las ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD INDIGENAS, CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR que administran régimen subsidiado: Deben reportar la información correspondiente a la red de instituciones prestadoras de servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S.

3.3 Las EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA: Reportarán la información correspondiente a la red de instituciones prestadoras de servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación de los planes de Medicina Prepagada que tiene autorizados.

3.4 Los GOBERNADORES y ALCALDES de los Municipios descentralizados: información correspondiente a la red de instituciones prestadoras de servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación de los servicios de salud a la población, a la población pobre en lo no cubierto con

subsidios a la demanda (Vinculados) y los servicios de salud mental, de conformidad con el nivel de atención que le corresponda.

3.5 Los datos correspondientes a los contratos vigentes suscritos con las IPS (públicas y/o privadas), son los siguientes:

DATO DESCRIPCION

Período de reporte Período del cual va a reportar información

Año de reporte Año del período a reportar

NIT_Contratante Número de Identificación Tributaria del Contratante

Dígito de verificación contratante Dígito de verificación del NIT

Código contratante Código de la administradora asignado por la SNS para el caso de las Administradoras.

NIT IPS Número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Dígito de verificación_IPS Dígito de verificación del NIT de la IPS

Razón Social Razón social de la Prestadora.

Relación Administradora-IPS Tipo de relación entre el contratante y la IPS

Número del contrato Es el número de contrato o de convenio asignado por el contratante

Número de afiliados El número de afiliados cubierto por el contrato

Tipo de contrato Tipo de contrato suscrito entre las partes

Tipo de Plan Tipo de plan, al cual la IPS, presta servicios de salud

Fecha inicio Fecha de inicio del contrato.

Fecha terminación Fecha terminación del contrato.

Valor del contrato Valor del contrato.

Porcentaje de UPC contratada Porcentaje de UPC contratada.

Mecanismo de verificación de habilitación Mecanismo utilizado por el contratante para verificar la habilitación de la IPS.

Area de cobertura Municipios que cubre la prestación de servicios por cada IPS contratada

Código de servicio Código que permite la identificación del servicio.

Modalidad de Servicios Contratados Modalidad de Servicios Contratados

Complejidad del servicio contratado Complejidad del servicio contratado

3.6 La información objeto de esta circular debe ser reportada a la Superintendencia Nacional de Salud, por el representante legal de las Entidades Promotoras de Salud, Empresas Solidarias de Salud, Entidades Promotoras de Salud Indígenas, Cajas de Compensación Familiar, Empresas de Medicina Prepagada y Servicios de Ambulancia Prepagados, así como por los Gobernadores y Alcaldes de los municipios descentralizados.

3.7 ESPECIFICACIONES TECNICAS: Los datos deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular.

3.8 PLAZO: La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma trimestral, a partir del reporte con corte a 30 de octubre de 2005 y dentro de las fechas que se relacionan a continuación:

FECHA DE CORTE FECHA DE ENTREGA

Con corte a 30 de septiembre El 25 de octubre

Con corte a 31 de diciembre Febrero 25 del año

Con corte a 31 de marzo El 25 de abril

Con corte a 30 de junio El 25 de julio

Nota: Los plazos aquí establecidos son improrrogables.

3.9 La información incompleta, la reportada de manera distinta a lo dispuesto en esta circular externa y aquella allegada que no pueda ser procesada por el sistema debido a errores imputables al usuario, se considerará como no presentada.

3.10 SEGURIDAD LEGAL Y TECNICA DE LA INFORMACION: Con el fin de garantizar un intercambio seguro y eficiente de los datos entre los vigilados y la entidad, evitar problemas de autenticidad, integridad y rechazo injustificado (repudiación) de la información, la Superintendencia Nacional de Salud, iniciará la aplicación de nuevas tecnologías de seguridad en la transmisión de documentos, en concordancia con los términos establecidos en la Ley [527](#) de 1999 que define y reglamenta el acceso y uso de los mensajes de datos y, en general, el comercio electrónico.

En particular, se busca, entre otros objetivos, reducir al mínimo posible el flujo y refrendación de documentos físicos, asegurar la identificación plena de los emisores de los documentos, certificar la recepción efectiva y oportuna de los datos por parte del verdadero destinatario y garantizar la seguridad técnica y jurídica (dado su valor probatorio) de la información.

Con ese objetivo, los archivos reportados a la Superintendencia vía electrónica deberán llegar debidamente autenticados, a través de una firma digital, por parte del representante legal.

3.11 En consecuencia, las entidades vigiladas deberán obtener un certificado digital, expedido por una organización debidamente autorizada por la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) para actuar como entidad de Certificación.

3.12 Las condiciones, restricciones y el procedimiento técnico para el uso de esta firma digital, estará determinado por las características de la solución que brinde la entidad Certificadora y los requisitos que la Superintendencia determine. Esta obligación será efectiva a partir del 25 de octubre del 2005 (corte a septiembre 30/2005).

4. SANCIONES

El incumplimiento a lo aquí dispuesto o las inconsistencias en la información reportada darán lugar a la aplicación de las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, previstas en los numerales 23 y 24 del artículo [5o](#) del Decreto 1259 de 1994, el artículo [68](#) de la Ley 715 del 2001 y las demás normas vigentes que sean aplicables.

5. ANEXO TECNICO

El anexo que contiene las instrucciones técnicas, forman parte integral de la presente Circular.

6. VIGENCIA

La presente circular rige a partir de la fecha de su publicación.

El Superintendente Nacional de Salud,

CÉSAR AUGUSTO LÓPEZ BOTERO.

ANEXO TECNICO

El presente documento técnico, define la forma y estructura como debe ser reportada la información de la Red de Servicios por parte de las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas en salud, empresas solidarias de salud, entidades promotoras de salud indígenas, cajas de compensación familiar, convenios (consorcios y uniones temporales) que administran régimen subsidiado, empresas de medicina prepagada y servicios de ambulancia prepagados, gobernadores y alcaldes de municipios descentralizados.

1. GENERALIDADES

Los archivos que se envíen deben cumplir totalmente con la estructura y características que se describen en este anexo técnico. Esta información debe ser reportada por cualquiera de estos medios:

Archivo enviado a través del sitio WEB de la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD (www.supersalud.gov.co) en el enlace “Recepción Datos de Vigilados.

Formulario WEB, para el cargue en línea, ubicado en el sitio de la Superintendencia,

La información remitida de manera incompleta, reportada en forma distinta a lo aquí señalado y aquella allegada que no pueda ser procesada por el sistema, se considerará como no presentada.

2. NOMBRE DE ARCHIVOS

Si se hace uso de la opción de envío de archivos a través del sitio WEB de la Superintendencia, se debe generar un archivo en estructura XML cuyo nombre debe cumplir con la siguiente sintaxis:

nitDCperiodo donde:

Nit = Número de identificación de la entidad reportante incluyendo el dígito de verificación sin caracteres de separación.

DC = Cadena de caracteres que identifican la dependencia de la Superintendencia, destinataria de la información.

Periodo = Periodo al que corresponde el reporte de información

Ejemplo: 8600621874DC42.xml

3. ESPECIFICACIÓN DE CONTENIDO DEL REPORTE DE INFORMACIÓN (ARCHIVO XML).

El archivo XML contendrá datos de los siguientes objetos:

Datos del periodo reportado

Una Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EPS, ARS, EMP, EA, Servicio de Ambulancia) o un Ente Territorial que contrata;

Un grupo de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o médicos independientes;

Un contrato de prestación de servicios de salud con cada una de las IPS contratistas.

Para cada Contrato, los Servicios de Salud de la Prestadora que han sido contratados.

3.1. Periodo a reportar

La información sobre el periodo a reportar es la siguiente:

Información Requerida	Notas
Periodo de reporte	Periodo de reporte de información as: 40 = Corte a marzo 31 41 = Corte a Junio 30 42 = Corte a Septiembre 30 43 = Corte Diciembre 31
Año de reporte	Año correspondiente con el periodo de reporte de informaciónn

3.2. Administradoras de Planes de beneficios (EPS, ARS, EMP, EA, Servicios de Ambulancia Prepagada o Entes Territoriales) Contratantes

La información, sobre el Contratante, contenida en el archivo deberá ser la siguiente:

Información Requerida	Notas
NIT	Número de Identificación Tributaria del Contratante
Digito de verificación	Digito de verificación del NIT del reportante
Código contratante	Código de la administradora de planes de beneficios asignado por la Superintendencia Nacional de Salud. No aplica para Entes Territoriales

3.3. Prestadoras.

La información de cada Prestadora (Contratista) contenida en el archivo deberá ser la siguiente:

Información requerida	Notas
NIT	Número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud. El NIT de la Prestadora identifica de manera única a la Prestadora.
Digito de verificación	Digito de verificación relacionado del NIT de la Prestadora
Razón Social de la Prestadora	Utilizada como medio de confirmación de la identidad de la Prestadora.
Tipo de Relación entre el contratante y la IPS	Así: 1= IPS propia 2= IPS contratada

3.4. Los Contratos

Para cada Contrato, suscrito por la Administradora, el archivo deberá contener la siguiente información:

Información requerida	Notas
Número del contrato	Número de contrato o de convenio asignado por el contratante
Tipo de contrato	Los tipos de contrato válidos son: 1=Por Capitación 1. Por Conjunto de Atención Integral 2. Por actividad 3. Por capitación y actividad
Tipo de Plan	Corresponde al tipo de plan, al cual presta servicios de salud, la IPS: 1. Régimen Contributivo 2. Régimen Subsidiado 3. Planes Complementarios

4. Subsidio a la Oferta y/o desplazados
5. Medicina Prepagada
6. Subsidios Parciales
7. Regimenes Contributivo y Subsidiado
8. Régimen Contributivo y planes complementarios
9. Régimen Contributivo y Medicina Prepagada
10. Regimenes Contributivo, Subsidiado y Planes Complementarios

Fecha de inicio del contrato.	El formato fecha es dd/mm/aaaa.
Fecha de terminación del contrato.	El formato fecha es dd/mm/aaaa. La fecha de terminación de un contrato puede ser indefinida en ese caso se debe escribir la cadena de caracteres "INDEFINIDA"
Valor del contrato	El valor del contrato debe ser un número en miles de pesos.
Número afiliados	El número de afiliados cubierto por el contrato
Porcentaje de UPC contratada	El porcentaje de UPC contratada es un decimal entre 0 y 100 . No aplica para Medicina Prepagada, Servicios de Ambulancia Prepagada y Entes Territoriales
Mecanismo de verificación de habilitación	Mecanismo utilizado por el contratante para verificar la habilitación de la IPS: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación directa 2. Revisión proceso autoevaluación 3. Acepta verificación de la Dirección Territorial de Salud 4. Verificación directa, autoevaluación y verificación DTS 5. Verificación directa y revisión autoevaluación 6. Verificación directa y verificación DTS 7. Acepta verificación DTS y autoevaluación IPS 8. No se realiza
Área de cobertura	Corresponde a los municipios que cubre la prestación de servicios de salud de cada IPS contratada. Se utilizará el código DANE compuesto por 5 dígitos (2 dígitos para el departamento y 3 dígitos para el municipio).

3.5. Los Servicios de Salud

Para cada Servicio de Salud contratado, el archivo deberá contener la siguiente información:

Información requerida	Notas
Código de servicio	Código de servicio, de acuerdo con el anexo técnico de la Resolución 1439/2002. Permite la identificación del servicio contratado
Modalidad de Servicios Contratados	Las modalidades de servicio son: 1. Ambulatoria 2. Hospitalaria 3. Ambulatoria y Hospitalaria 4. Urgencias 5. Traslado de pacientes
Complejidad del servicio contratado	Los grados de complejidad de un servicio son: 1. Baja 2. Media 3. Alta

1. CORRECCION DE DATOS REPORTADOS

El único medio a través del cual se realizan correcciones a la información ya reportada es la interfase WEB. Para esto, se debe ingresar a la página de la Superintendencia, por la opción datos a reportar, corrección de información reportada.

2. ESQUEMA DEL ARCHIVO XML

El Esquema XSD del documento de Reporte de la Red de Servicios de Salud puede ser descargado de la página WEB de la Superintendencia a partir del 1 de julio de 2005. Este esquema contiene los valores y estructuras permitidos para los datos solicitados, se puede utilizar para validar previamente los archivos XML a ser remitidos.

3. ESTRUCTURA DE LA INTERFASE WEB

Esta interfase esta dirigida a aquellas administradoras de planes de beneficios o entes territoriales que por su infraestructura, no estén en capacidad de generar el archivo XML o que por el volumen de la información opten por la opción de registrarlos directamente en el formulario de captura de datos.

Contenido: En esta interfase se deben registrar los contratos vigentes suscritos con las IPS para la prestación de servicios de salud. Por cada contrato se deben registrar los servicios, la modalidad y la complejidad de los servicios.

Periodicidad: Esta información se debe registrar trimestralmente, dentro de los 25 días calendario después de la fecha de corte establecida.

ORDEN	CAMPO	DESCRIPCION
1	Periodo a reportar	Seleccionar el periodo del cual va a reportar información

2	Año de reporte	Seleccionar el año del periodo a reportar
6	NIT de la IPS	Seleccionar o registrar el número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud. El NIT de la Prestadora identifica de manera única a la Prestadora.
7	Digito de verificación	Digito de verificación relacionado del NIT de la Prestadora
8	Razón Social de la Prestadora	Utilizada como medio de confirmación de la identidad de la Prestadora.
9	Tipo de Relación entre el contratante y la IPS	Seleccionar si la IPS registrada es propia de la administradora o contratada
10	Mecanismo de verificación de habilitación	Seleccionar el mecanismo utilizado por el contratante para verificar el cumplimiento de habilitación de la IPS registrada.
11	Número del contrato	Número de contrato o de convenio asignado por el contratante
12	Tipo de contrato	Seleccionar el tipo de contrato suscrito con la IPS
13	Numero Afiliados	El número de afiliados cubierto por el contrato
14	Tipo de Plan	Seleccionar el plan al cual presta servicios de salud la IPS.
15	Fecha de inicio del contrato.	Seleccionar del calendario la fecha de inicio del contrato con la IPS registrada
16	Fecha de terminación del contrato.	Seleccionar del calendario la fecha de terminación del contrato con la IPS registrada.
17	Valor del contrato	El valor del contrato debe ser un número en miles de pesos, sin puntos ni comas y sin el carácter \$
18	Porcentaje de UPC contratada	El porcentaje de UPC contratada es una cifra de 1 a 100. No aplica para Medicina Prepagada, Servicios de Ambulancia Prepagada y Entes Territoriales

- | | | |
|----|-------------------------------------|--|
| 19 | Área de cobertura | Seleccionar departamentos o municipios específicos de un departamento que cubre el contrato para prestar servicios de salud. |
| 20 | Servicio contratado | Seleccionar los servicios contratados con la IPS registrada. |
| 21 | Modalidad de Servicios Contratados | Seleccionar si la modalidad es ambulatoria, hospitalaria, urgencias o de traslado de pacientes por cada servicio contratado. |
| 22 | Complejidad del servicio contratado | Seleccionar si el servicio contratado es de complejidad baja, media o alta |



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Superintendencia Nacional de Salud

ISSN Pendiente

Última actualización: 15 de octubre de 2024 - (Diario Oficial No. 52.894 - 29 de septiembre de 2024)

