



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

**RESOLUCIÓN NÚMERO**

**DE 2010**

( )

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios y se dictan otras disposiciones

**EL MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL**

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 2º del Decreto 205 de 2003, artículo 56 de la Ley 715 de 2001 y los Títulos III y IV del Decreto 1011 de 2006 y en desarrollo del parágrafo del Artículo 58 de la Ley 1438 de 2011 y,

**CONSIDERANDO**

Que dentro de las funciones del Ministerio de la Protección Social, se encuentra la de dictar las normas científicas y administrativas que regulen la calidad de los servicios.

Que de acuerdo con lo previsto en el parágrafo 1º del artículo 4º del Decreto 1011 de 2006, "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud", el Ministerio de la Protección Social debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Que en concordancia con lo anterior y teniendo en cuenta que es necesario realizar ajustes en los estándares de habilitación de servicios de salud contenidos en la Resolución 1043 de 2006, modificada parcialmente por las Resoluciones 2680 y 3763 de 2007, se hace necesaria la expedición del presente acto administrativo.

Que el Parágrafo del Artículo 58 de la Ley 1438 de 2011 preceptúa que toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud para el inicio de actividades y por ende para acceder a contratar servicios de salud y que la verificación deberá ser previa cuando se trate de servicios de urgencias y servicios de alta complejidad.

**RESUELVE**

**ARTÍCULO 1º.- OBJETO:** La presente resolución tiene por objeto establecer las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios.

*Continuación de la resolución "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios y se dictan otras disposiciones"*

**ARTÍCULO 2º.- CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS.**

Los Prestadores de Servicios de Salud, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente:

a) Condiciones de capacidad tecnológica y científica:

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y componentes anatómicos y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios y Referencia y Contrarreferencia de Pacientes en la prestación de servicios de salud.

Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el Anexo Técnico número 1 "Manual Único de Estándares y de Verificación"; el cual hace parte integral de la presente resolución.

La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica estará orientada por los siguientes principios:

- a. **Fiabilidad:** La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.
- b. **Esencialidad:** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
- c. **Sencillez:** La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

**PARAGRAFO.** Los profesionales independientes y las entidades cuyo objeto social sea diferente a la prestación de servicios de salud; solamente estarán obligados al cumplimiento de los estándares de capacidad tecnológica y científica en lo que sea propio del servicio que vaya a habilitar. Las entidades cuyo objeto social sea diferente a la prestación de servicios de salud, además deberán cumplir con los requisitos legales de acuerdo a la normatividad vigente respecto a su existencia, representación y naturaleza jurídica, según lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, cuando se acojan voluntariamente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Salud solamente cumplirán con las condiciones de capacidad tecnológica y científica.

Las disposiciones de infraestructura contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán a los prestadores que se inscriban y al servicio que se cree o modifique por los prestadores ya inscritos a partir de la vigencia de esta resolución. Para los prestadores y servicios inscritos con anterioridad a fecha de la expedición de la

**Continuación de la resolución** *“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios y se dictan otras disposiciones”*

presente resolución, para efectos de la verificación, se aplicarán las condiciones establecidas en el Anexo Técnico No. 1 “Manual Único de Estándares y de Verificación” que hace parte de la presente norma.

b) Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera:

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Estas son:

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.
2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles: aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución
3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales: aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, ex empleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.
4. Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

La institución que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea de propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social, demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.

c) Condiciones de capacidad técnico-administrativa:

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un

*Continuación de la resolución "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios y se dictan otras disposiciones"*

sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

La Institución Prestadora de Servicios de Salud que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea propiedad de una Empresa Administradora de Planes de Beneficio - EAPB, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordatario.

**ARTÍCULO 3º.-ESTANDARES DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN.** Se adoptan como estándares de habilitación de las condiciones tecnológicas y científicas, técnicas administrativas y de suficiencia patrimonial y financiera, el "Manual Único de Estándares y Verificación" contenido en el Anexo Técnico No.1. y el "Manual Único de Procedimientos de Habilitación" contenidos en el Anexo Técnico No.2º. Documentos que hacen parte integral de la presente Resolución.

**PARAGRAFO TRANSITORIO.** Los prestadores de servicios de salud con servicios ya habilitados a la entrada en vigencia de esta resolución tendrán hasta 6 meses contados a partir de la vigencia de la presente resolución, para cumplir con las condiciones de habilitación definidas en la presente norma, las entidades distritales y departamentales de salud, durante este tiempo, verificarán con base en las condiciones definidas en las resoluciones 1043 de 2006, 2680 y 3763 de 2007.

**ARTÍCULO 4º. - FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.** El Ministerio de la Protección Social definirá mediante circular el formulario de Inscripción para que los prestadores realicen la inscripción en el Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud- REPS

Las Direcciones Departamentales y Distritales deben tener disponible en la página WEB el formulario de inscripción definido por el Ministerio de la Protección Social

**PARÁGRAFO.-** Cuando un servicio no esté especificado en los formularios de registro, se aplicarán estándares de carácter genérico del grupo de servicios al que corresponda.

**ARTICULO 5º AUTOEVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN.** Los Prestadores de Servicios de Salud deben realizar la verificación interna del cumplimiento de las condiciones exigidas para la habilitación de manera previa a la inscripción, registrar la información y declarar el cumplimiento en el formulario definido para este efecto por el Ministerio de la Protección Social para lo cual deberán proceder a:

1. Ingresar a la página Web de la Dirección Departamental o Distrital de Salud al enlace de habilitación de prestadores de servicios de salud / autoevaluación

**Continuación de la resolución** *“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios y se dictan otras disposiciones”*

2. Diligenciar el formulario de autoevaluación determinado por el Ministerio de la protección Social disponible en la página WEB.
3. Declarar el cumplimiento de las condiciones e imprimir el formulario de autoevaluación diligenciado y la declaratoria de cumplimiento para proceder con la inscripción en el Registro Especial de Prestadores.

En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

A partir del año 2012 los prestadores de servicios de salud deben realizar la autoevaluación y la actualización de la información de manera obligatoria cada dos (2) años, en los primeros tres meses de cada año par, para la actualización de la información el prestador de servicios de salud deberá proceder a:

1. ingresar a la página Web de la Dirección Departamental o Distrital de Salud al enlace de habilitación de prestadores de servicios de salud, consultar en el registro la información declarada.
2. Si las condiciones declaradas han cambiado, deberá actualizar la información a través de la opción de novedades, adelantado éste trámite, ingresará a la opción de ratificación y generará la constancia de información actualizada.
3. Si las condiciones declaradas no han cambiado y por lo tanto no se genera novedad pasará a la opción de ratificación y generará la constancia de información actualizada. El anterior trámite se adelantará en las condiciones que determine el Ministerio de la Protección Social.

La autoevaluación deberá quedar registrada en las condiciones descritas anteriormente. En caso de no realizarse la actualización de la información por parte del prestador de servicios de salud, con los procedimientos establecidos en el presente artículo, la inscripción en la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud quedará inactiva y en consecuencia, se entenderá que el prestador no está habilitado y no podrá seguir prestando los servicios de salud. En este caso, el prestador de servicios de salud sólo se podrá habilitar nuevamente cuando adelante el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud correspondientes. En este evento, las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud debe asignar el mismo código que tenía el prestador antes de quedar inactivo y no requerirá visita previa.

Las Entidades Distritales o Departamentales de Salud durante las visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación solicitarán a los prestadores de servicios de salud las constancias de la actualización de la información generadas por el aplicativo junto con los resultados de la autoevaluación correspondientes.

**ARTÍCULO 6º.- PROCEDIMIENTO DE INSCRIPCIÓN.** Los Prestadores de Servicios de Salud que inicien funcionamiento, que realicen apertura de nuevos servicios, que reabran servicios después de un cierre de los mismos por cualquier causa, o reabran servicios después de una inactivación en el Registro Especial de Prestadores- REPS, a partir de la presente resolución, deben realizar el siguiente procedimiento de inscripción:

1. Realizar la autoevaluación y diligenciar el formulario establecido para tal fin.
2. Ingresar a la página web de la Entidad Departamental o Distrital de salud al enlace de Habilitación de Prestadores De Servicios de Salud y buscar el formulario de inscripción, diligenciar la información allí solicitada y proceder a su impresión

*Continuación de la resolución "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios y se dictan otras disposiciones"*

3. Presentar y radicar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud con los soportes correspondientes, ante la entidad departamental y distrital de salud respectiva.

La Entidad Departamental o Distrital de salud una vez reciba el formulario de inscripción con los soportes correspondientes procederá a:

1. Ubicar el formulario de inscripción diligenciado por el prestador en la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Salud, disponible en la página WEB.
2. Verificar la información del formulario contra los soportes físicos.
3. Devolver el formulario con observaciones para subsanar inconvenientes si se requiere
4. Si el formulario no tiene observaciones y los documentos se encuentran completos, se asigna el código de habilitación a los profesionales independientes.
5. Si los documentos corresponden a una IPS, Servicio de urgencias, de alta complejidad, transporte especial de pacientes y medicina estética, la Dirección Departamental o Distrital de Salud, procederá a programar visita de verificación previa.
6. Si cumple con los criterios de habilitación, la Dirección Departamental o Distrital de Salud, procederá a asignar código a la sede o sedes si aplica.
7. Asignar y entregar el distintivo de habilitación por cada servicio habilitado
8. Entregar la constancia de inscripción a solicitud de los actores

Con la asignación del código de habilitación de la sede principal y de cada una de las sedes, el prestador de servicios de salud se considera habilitado para ofertar y prestar los servicios inscritos. El prestador que no realice inscripción, no se considera habilitado y no podrá prestar servicios de salud.

Un mismo servicio no puede tener doble habilitación y solo podrá ser habilitado por el prestador responsable del mismo.

Los Prestadores de Servicios de Salud que vayan a prestar nuevos servicios de trasplante, previo al proceso de inscripción, adicionalmente deben contar con la certificación de inscripción ante la Red de Donación y Trasplante.

**PARÁGRAFO 1º.** En la visita previa al proceso de inscripción de nuevos servicios de urgencias, alta complejidad, medicina estética, y Transporte especial de pacientes, se verificarán los estándares de recurso humano e historias clínicas, con base en la planeación que al respecto tenga el prestador.

**PARÁGRAFO 2º.** Los prestadores de servicios de salud, podrán prestar servicios de salud ocasionales en lugares alejados y de difícil acceso a la sede principal, para lo cual deberán habilitar dicho servicio en la modalidad extramural, indicando el lugar en el cual se prestará dicho servicio.

**PARÁGRAFO 3º.-:** La inscripción en el Registro Especial de Prestadores, el reporte de novedades, la visita de verificación son procedimientos gratuitos y por ningún motivo las entidades departamentales o distritales de salud, podrán cobrar a los prestadores de servicios de salud su realización.

**ARTÍCULO 7º.- VIGENCIA DE LA INSCRIPCIÓN.** La inscripción en el registro especial de prestadores de salud tiene una vigencia indefinida, no obstante, podrá terminarse en cualquier momento por las Entidades Departamentales o Distritales de Salud. La inscripción se termina por:

1. Cuando las investigaciones adelantadas por las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, concluyan con un acto administrativo en firme de cierre de la

*Continuación de la resolución "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios y se dictan otras disposiciones"*

totalidad de los servicios habilitados por la institución o la revocatoria de habilitación

2. Cuando el prestador de servicios de salud reporte novedad de cierre de la totalidad de los servicios.

3. Cuando la inscripción en la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud quede inactiva por no haber realizado, el prestador de servicios de salud, la actualización de la información con los procedimientos y términos establecidos en la norma correspondiente.

Los prestadores de servicios de salud que a la entrada en vigencia de la presente resolución se encuentren inscritos en el Registro Especial de prestadores, no necesitarán realizar una nueva inscripción.

**ARTÍCULO 8º.- DISTINTIVOS PARA SERVICIOS HABILITADOS.** El distintivo de habilitación es el instrumento que les sirve a los ciudadanos para ejercer control y verificación de que los servicios de salud se están prestando en servicios debidamente habilitados. Por cada servicio habilitado, las Direcciones Departamentales y Distritales de salud entregarán un distintivo en el momento de la asignación de código del prestador realizando el control de entrega respectivo. A través de este mecanismo se fortalece la capacidad de control de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud sobre el estado de habilitación de los servicios ofrecidos por las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción. Es obligación del prestador de servicios de salud hacer el uso adecuado del distintivo.

Los procedimientos para administración de los distintivos de habilitación y para actualizar la denominación de los servicios en los distintivos de habilitación se encuentran contenidas en el Anexo Técnico No. 2 "Manual Único de Procedimientos de Habilitación", que hace parte integral de la presente Resolución.

**PARÁGRAFO.** - El prestador de servicios de salud deberá devolver a la entidad territorial de salud correspondiente el distintivo de habilitación que se le otorgó, cuando presente deterioro del distintivo, novedad de cierre, inactivación de los servicios habilitados o revocatoria de la Habilitación de un servicio habilitado. La entidad Territorial de Salud deberá proceder a la anulación y destrucción del distintivo recibido, dejando constancia de la situación en un acta y realizando la actualización respectiva en el aplicativo Web del Registro Especial de Prestadores en la opción de distintivos.

En caso de reapertura del servicio o deterioro del distintivo la Entidad Departamental o Distrital de Salud deberá otorgar un nuevo distintivo, dejando constancia de la situación en un acta y realizando la actualización respectiva en el aplicativo Web del Registro Especial de Prestadores en la opción de distintivos.

**ARTÍCULO 9º.- REPORTE DE NOVEDADES.** Se consideran novedades del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, las siguientes:

1. Novedades del prestador.

- a. Cambio de domicilio
- b. Cambio de Nomenclatura
- c. Cambio de Representante Legal
- d. Disolución / liquidación
- e. Cierre total de servicios
- f. Cambio acto de constitución
- g. Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, Fax y correo electrónico)

*Continuación de la resolución "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios y se dictan otras disposiciones"*

h. Cambio clase prestador

2. Novedades de la Sede.

- a. Cambio de sede principal
- b. Cambio de domicilio
- c. Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, Fax y correo electrónico)
- d. Cambio de nomenclatura
- e. Cambio de director, gerente o responsable
- f. Cambio de nombre de la sede
- g. Apertura de sede
- h. Cierre de sede
- i. Cambio de horario

3. Novedades de Capacidad Instalada

- a. Apertura de camas
- b. Cierre de camas
- c. Apertura de salas
- d. Cierre de salas
- e. Apertura de ambulancias
- f. Cierre de ambulancias

4. Novedades de Servicios

- a. Apertura de servicios
- b. Cierre de servicios
- c. Apertura de modalidad
- d. Cierre de modalidad
- e. Cambio de complejidad
- f. Cambio de periodicidad de prestación del servicio

**PARÁGRAFO.-** El prestador de servicios de salud estará en la obligación de reportar cualquiera de los anteriores eventos a las Entidades Departamentales o Distritales de Salud competentes, en el momento en que estos se presenten, diligenciando el formulario de reporte de novedades que para tal efecto defina mediante circular el Ministerio de la Protección Social, dicho formulario estará disponible en la página WEB de la Entidad Departamental o Distrital de salud respectiva.

El formulario con las novedades relacionadas con el cambio de representante legal, la disolución y liquidación del prestador, el cierre de la totalidad de los servicios por entidad o sede, el cierre de un servicio, la apertura de sede o de servicio, y el cambio de domicilio de la sede, deberá ser entregado en forma personal por el prestador con los soportes documentales definidos en el Anexo Técnico No2, a la Entidad Departamental o Distrital de salud respectiva. Las demás novedades se actualizarán en forma automática con el diligenciamiento en línea del formulario de novedades y no requerirán la entrega personal por parte del prestador.

**ARTÍCULO 10º.- VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN.** Con el fin de verificar las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, aplicarán en las visitas de verificación el "Manual Único de Estándares y Verificación" Anexo Técnico No. 1, que hace parte integral de la presente Resolución. No se podrán exigir estándares diferentes a los establecidos en dicho Manual.

**ARTÍCULO 11º.- VISITAS DE VERIFICACIÓN.** Las visitas de verificación de las condiciones de la habilitación, deben ser notificadas como mínimo con un (1) día

*Continuación de la resolución "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios y se dictan otras disposiciones"*

de antelación a su realización y efectuarse de acuerdo con los lineamientos establecidos en el "Manual Único de Procedimientos de Habilitación" Anexo Técnico No. 2, que hace parte integral de la presente Resolución. Una vez notificada la fecha de visita de verificación al prestador, éste no podrá presentar novedades de cierre o apertura de servicios, mientras la visita no haya concluido.

**PARÁGRAFO** Cuando por incumplimiento de las condiciones de habilitación durante la verificación, se dé el cierre de servicios del prestador público único de la región, las Entidades Departamentales o Distritales de Salud, en conjunto con el prestador público, deben elaborar en forma inmediata el plan que garantice la prestación de servicios en la zona y el cumplimiento de las condiciones de habilitación del prestador.

**ARTÍCULO 12°.- EQUIPOS DE VERIFICACION** La verificación, se realizará por parte de profesionales capacitados y entrenados en la normatividad vigente del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la Atención de Salud, con énfasis en el componente de habilitación. Las Entidades Departamentales y Distritales de salud, dentro de su proceso de selección establecerán, las competencias del verificador para garantizar el equipo idóneo para adelantar la verificación.

**ARTÍCULO 13°.- PLAN DE VISITAS.** Las Direcciones Departamentales y Distritales de salud, deben elaborar y ejecutar a partir del 2012 un plan cuatrienal de visitas, para verificar que todos los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico-administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles, teniendo en cuenta los lineamientos y prioridades definidas en el Anexo Técnico No.2, Manual Único de Procedimientos de Habilitación, de esta resolución.

De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para éste proceso.

Las Entidades territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, durante los cuatro (4) años de vigencia del plan.

**PARAGRAFO.** El plan cuatrienal de visitas para los dos (2) primeros años deberá priorizar a los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados los servicios que determine el Ministerio de la Protección Social.

El plan cuatrienal de visitas deberá ser reportado en los primeros tres (3) meses de cada cuatrienio a la Superintendencia Nacional de Salud, quien ejercerá la vigilancia y control correspondiente y podrá ser ajustado por las Entidades Departamentales y Distritales de salud dentro de los tres (3) primeros meses de cada año, lo cual deberá ser reportado en dicho periodo a la Superintendencia Nacional de Salud. El Ministerio de la Protección Social definirá los contenidos del Plan cuatrienal de visitas y de los reportes de los resultados de las visitas, a los cuales deberá acogerse la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud realizará las acciones necesarias para asegurar la disponibilidad de la información de los planes y resultados de visitas por parte del Ministerio de la Protección Social, Entidades Departamentales y Distritales de salud y demás entidades que lo requieran.

**PARAGRAFO TRANSITORIO.** El plan de visitas formulado por la Entidades Departamentales y Distritales de salud al momento de entrada en vigencia del presente decreto debe seguir siendo ejecutado hasta el 31 de diciembre de 2011. Estas visitas se realizarán dando cumplimiento a las condiciones de habilitación contempladas en las resoluciones 1043 de 2006, 2680 y 3763 de 2007.

*Continuación de la resolución "Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios y se dictan otras disposiciones"*

---

Durante el año 2011, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud adelantarán las visitas de los prestadores de servicios de salud que realicen el proceso de inscripción por primera vez o cuyos servicios hayan sido cerrados y se inscriban nuevamente o las que se requieran con motivo de quejas presentadas contra un prestador, estas visitas se realizarán dando cumplimiento a las condiciones de habilitación vigentes al momento de la visita.

Las entidades departamentales y distritales de salud, una vez efectuadas las visitas de verificación de prestadores de servicios de salud, reportarán a la Superintendencia Nacional de Salud, la información del resultado de la visita en los formatos que este Ministerio defina mediante circular. Esta información deberá ser remitida dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente de haberse efectuado la visita de verificación.

A partir de la vigencia de la presente resolución y hasta el 30 de diciembre de 2011, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud adelantarán las visitas de los prestadores de servicios de salud que realicen el procesos de inscripción por primera vez o cuyos servicios hayan sido cerrados y se inscriban nuevamente. Las visitas se realizarán dando cumplimiento a las condiciones de habilitación vigentes y su resultado debe ser reportado a la Superintendencia Nacional de Salud.

Hasta 30 de Diciembre del año 2011, cuando se realicen visitas por motivo de quejas contra un prestador en relación con el cumplimiento de las condiciones de habilitación, estas visitas se realizarán dando cumplimiento a las condiciones de habilitación contempladas en las resoluciones 1043 de 2006, 2680 y 3763 de 2007.

Si efectuada la visita de verificación se genera algún proceso sancionatorio que ocasione el cierre definitivo del prestador de servicios de salud o de un servicio y en consecuencia la revocatoria de la habilitación, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, deberá diligenciar la novedad en el formulario de novedades para cierre definitivo o revocatoria de la habilitación, definido mediante circular por el Ministerio de la Protección Social e incorporar la novedad en el aplicativo WEB del Registro Especial de Prestadores - REPS, una vez se encuentre en firme el acto administrativo sancionatorio.

**ARTÍCULO 14º.- VIGENCIA Y DEROGATORIAS.** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación deroga las Resoluciones 1043 de 2006, 2680 y 3763 de 2007 y la resolución 1998 de 2010, y las demás disposiciones que le sean contrarias.

**PUBLIQUESE Y CUMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C. a los

**MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA**

Ministro de la protección Social