



**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**  
**RESOLUCIÓN NÚMERO**

**DE 2025**

( )

Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo

**EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas en los numerales 13 y 30 del artículo 2 del Decreto ley 4107 de 2011, y en desarrollo de lo previsto en el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 y de la parte 11 del libro 2, del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y,

**CONSIDERANDO**

Que, de conformidad con los artículos 20 y 24 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Estado tiene la obligación de garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, mediante la adopción de medidas estructurales, entre ellas la organización y articulación del sistema en todos los niveles territoriales, con criterios de equidad, progresividad y enfoque diferencial, garantizando el acceso efectivo a la salud, especialmente en poblaciones en condiciones de vulnerabilidad o en zonas con barreras geográficas o sociales.

Que, el numeral 1 del catalizador B del documento “Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026. Colombia potencia mundial de la vida”, adoptado mediante la Ley 2294 de 2023, establece el compromiso del Estado colombiano con la transformación del sistema de salud a través de un modelo preventivo, predictivo y resolutivo, con enfoque territorial, que reconozca las particularidades culturales, geográficas y socioeconómicas del país, lo cual exige reorganizar funcionalmente el territorio para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Que mediante la Resolución 497 de 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentó los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud, en desarrollo de lo previsto en el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2, del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que regula la autorización de funcionamiento, las condiciones de habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las entidades adaptadas al Sistema, a través del Sistema Único de Habilidades.

Que, a través del Decreto 858 de 2025 se sustituye la Parte 11 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en la cual el Gobierno nacional adoptó un Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, orientado a garantizar el derecho fundamental a la salud mediante la gestión integral del riesgo en salud, la atención centrada en las personas, familias y comunidades

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

para una atención digna y con enfoque diferencial, y la articulación efectiva entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, otros sectores, y actores sociales y comunitarios.

Que el nuevo modelo promueve una operación del aseguramiento en salud que garantice el acceso integral, integrado, continuo, oportuno y de calidad a los servicios de salud en todos los municipios y distritos que componen cada subregión funcional para la gestión territorial integral en salud pública, a través de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Que de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 2.5.2.3.3.3 y 2.5.2.3.2.7 del Decreto 780 de 2016, modificados por los artículos 2.11.3.1 y 2.11.3.2 del Decreto 858 de 2025, respectivamente, el ámbito territorial de operación de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, corresponde a las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, y en ese sentido, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud actualizar el acto administrativo de autorización de funcionamiento de dichas entidades, incorporando el ámbito territorial correspondiente a las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, definidas por este ministerio, manteniéndose vigente el certificado actual hasta tanto se expida el acto actualizado.

Que, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el propósito de garantizar el aseguramiento en salud de manera integral en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, desarrolló un estudio técnico que sirvió como insumo para la presente reglamentación, el cual incluyó la identificación y tipificación de subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, el análisis de la distribución actual de afiliados por Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces y municipios, y la definición de criterios técnicos y metodológicos para la asignación progresiva de afiliados, priorizando la equidad territorial, la suficiencia operativa de las EPS, la reducción de brechas y la estabilidad en la atención en salud.

Que, en el proceso de implementación del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, de manera conjunta con la Superintendencia Nacional de Salud, se realizaron mesas de trabajo con el fin de analizar las condiciones de autorización, habilitación y permanencia, propendiendo por un enfoque de proceso y mejora continua respecto de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces.

Que, en el marco del proceso de territorialización en subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, en concordancia con el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, se hace necesario establecer reglas para el proceso de asignación de afiliados a las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que mantendrán su operación en el nuevo ámbito territorial de autorización de funcionamiento.

Que, en el marco del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo y del proceso de territorialización del cuidado integral de la salud, se requiere establecer disposiciones que garanticen la continuidad en la operación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quienes hagan sus veces, en correspondencia con el territorio en el cual se encuentren efectivamente gestionando el aseguramiento y la prestación de servicios al momento de la expedición de los actos administrativos de autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de asegurar la operación armónica del aseguramiento en salud en los nuevos ámbitos territoriales determinados en regiones y subregiones funcionales, y permitir la implementación progresiva del modelo, garantizando así el acceso efectivo, oportuno y continuo a los servicios de salud para toda la población afiliada.

En mérito de lo expuesto,

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

## RESUELVE

**Artículo 1. Objeto y alcance.** La presente resolución tiene por objeto establecer los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, determinados en el anexo técnico que hace parte integral de este acto administrativo; adoptar disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, y establecer las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

**Artículo 2. Ámbito de aplicación.** Las disposiciones contenidas en el presente acto administrativo están dirigidas a las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, así como a la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias de inspección, vigilancia y control, y de actualización de los actos administrativos relacionados con la autorización de funcionamiento en el proceso de territorialización del aseguramiento en salud en subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, conforme a lo dispuesto en el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Igualmente, las Entidades Territoriales departamentales y distritales en el marco de sus competencias, realizarán las acciones de inspección y vigilancia respecto del cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución.

**Artículo 3. Actualización de la autorización de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.** La Superintendencia Nacional de Salud actualizará los actos administrativos mediante los cuales se autoriza el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud -EPS o quien haga sus veces, que cuenten actualmente con autorización vigente, con el fin de incorporar el nuevo ámbito territorial en subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.

Para tal fin, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará los resultados de la metodología de territorialización desarrollada y entregada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que incluye la categoría y tipología de cada subregión funcional, conforme a las siguientes reglas:

### 3.1. Subregiones funcionales de Categoría General:

**Tipo 1 – Metropolitana:** Se incluyen las EPS autorizadas en la subregión funcional, excepto aquellas con una proporción menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en el ámbito territorial de funcionamiento.

**Tipo 2 – Nodal Intermedia Mayor:** Se incluyen hasta 5 EPS con mayor cantidad de afiliados autorizadas en la subregión funcional, excepto aquellas con una proporción menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en el ámbito territorial de funcionamiento.

**Tipo 3 – Nodal Intermedia Menor:** Se incluyen hasta 4 EPS con mayor cantidad de afiliados autorizadas en la subregión funcional, excepto aquellas con una proporción menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en el ámbito territorial de funcionamiento.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

**Tipo 4 – Rural Integrada Mayor:** Se incluyen hasta 3 EPS con mayor cantidad de afiliados autorizadas en la subregión funcional, excepto aquellas con una proporción menor al 3% del total de sus afiliados de ambos regímenes en el ámbito territorial de funcionamiento.

**Tipo 5 – Rural Integrada Menor:** Se incluyen hasta 3 EPS con mayor cantidad de afiliados autorizadas en el ámbito territorial de funcionamiento.

### **3.2 Subregiones funcionales de Categoría Especial:**

**Tipo 6 – Especial de Alta Dispersión:** Se incluyen hasta 3 EPS con mayor cantidad de afiliados autorizadas en la subregión funcional.

**Tipo 7 – Especial Etnocultural:** Se incluyen hasta 3 EPS con mayor cantidad de afiliados autorizadas en la subregión funcional.

**Tipo 8 – Especial Insular:** Se incluyen hasta 3 EPS con mayor cantidad de afiliados autorizadas en la subregión funcional.

La Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente resolución, expedirá la actualización de la autorización de funcionamiento de todas las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, en el marco del proceso de territorialización del aseguramiento en subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.

Durante dicho período, se mantendrá la validez del certificado de autorización vigente, hasta tanto se expida el acto administrativo actualizado.

**Parágrafo 1.** Las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI) mantendrán su habilitación y continuarán su operación en los territorios donde se encuentren autorizadas.

**Parágrafo 2.** Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que cuenten con autorización para operar en una o varias subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, podrán realizar la afiliación de nuevos usuarios y aceptar traslados entre regímenes, con independencia del régimen que tengan autorizado originalmente, siempre que lo hagan dentro del ámbito territorial autorizado. Estas novedades, se registrarán en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA y demás sistemas de información disponibles con el respectivo código para la novedad de movilidad.

**Parágrafo 3.** Cuando una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces cuente con menos de cinco millones de afiliados en el nivel nacional y tenga una participación inferior al 10% del total nacional de sus afiliados en una región no se le actualizará su autorización de funcionamiento en la subregión o subregiones que hagan parte de este nivel territorial.

**Parágrafo 4.** Una vez aplicadas las reglas establecidas en el presente artículo, las Entidades Promotoras de Salud, o quien haga sus veces, que cuenten con menos de un millón (1.000.000) de afiliados y cuya autorización de funcionamiento sea actualizada por la Superintendencia Nacional de Salud, serán asignadas al ámbito territorial en el cual estén operando el aseguramiento en el momento de la expedición del acto administrativo correspondiente. La inclusión de estas entidades podrá exceder el número límite de Entidades Promotoras de Salud previsto para cada subregión funcional, si ello resulta necesario para garantizar la continuidad del aseguramiento.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

**Parágrafo 5.** Cuando una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces cuente con más del 20% de los afiliados a nivel nacional, su autorización de funcionamiento será a nivel nacional, por lo que operará el aseguramiento en salud en todas las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.

**Artículo 4. Reglas para la asignación de afiliados en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.** Una vez la Superintendencia Nacional de Salud expida los actos administrativos que actualizan la autorización de funcionamiento de que trata la presente resolución, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES realizará la asignación de los afiliados a las EPS receptoras que continúen operando en el respectivo ámbito territorial autorizado, en los plazos que para tal fin defina el Ministerio de Salud y Protección Social, atendiendo las siguientes reglas:

**4.1** Esta asignación se realizará con independencia del régimen de afiliación originalmente autorizado a la EPS receptora, con base en la información registrada en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA. Ninguna EPS o quien haga sus veces podrá negarse a recibir los afiliados asignados.

**4.2** La asignación de afiliados quedará efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha en que esta cartera ministerial entregue a las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, los afiliados que le fueron asignados. Las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, tendrán como mínimo cinco (5) días calendario previos a la efectividad de la asignación, para adelantar las acciones necesarias, que garanticen la continuidad del aseguramiento a la población asignada a partir de la fecha de efectividad de la asignación. Estas últimas deberán dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 2.1.11.6 del Decreto 780 de 2016.

**4.3** La asignación de afiliados se realizará teniendo en cuenta los siguientes criterios, manteniendo integrados los grupos familiares previamente conformados en la BDUA:

1. No se asignarán afiliados a la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces que quede operando en la subregión funcional, con el mayor porcentaje de participación, siempre y cuando exista otra Entidad Promotora de Salud receptora o quien haga sus veces en funcionamiento en el territorio a la cual se le puedan asignar afiliados.
2. Los afiliados se asignarán a cada Entidad Promotora de Salud receptora o quien haga sus veces, en proporción inversa a su participación de afiliados en la subregión funcional correspondiente.

**4.4** Transcurridos sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha de efectividad de la asignación a las EPS receptoras, los afiliados asignados podrán trasladarse a cualquier otra EPS que opere en la subregión funcional donde se encuentra autorizada. Este traslado será efectivo a partir del primer día calendario del mes siguiente. Se exceptúan de este plazo los siguientes casos:

- a) Cuando algún miembro del grupo familiar quede asignado en una Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces distinta a la del cotizante o cabeza de familia, podrá solicitar el traslado de forma inmediata a la Entidad Promotora de Salud

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

o quien haga sus veces en la cual se haya asignado el cotizante o cabeza de familia, en este caso la Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, deberá tramitar de forma inmediata la respectiva novedad.

b) Cuando las comunidades indígenas soliciten el traslado de EPS o EPSI, una vez agotado el proceso señalado en el artículo 17 de Ley 691 de 2001. En este caso, la EPS receptora deberá tramitar de manera inmediata esta novedad según los procedimientos vigentes, y será efectiva a partir del primer día calendario del mes siguiente a la fecha del registro de la solicitud de traslado.

La ADRES, previo al cumplimiento del plazo para que se haga efectiva la asignación, actualizará la Base de Datos Única de Afiliados — BDUA con los resultados de esta.

La ADRES entregará a las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, los resultados de las auditorías realizadas a la información actualizada y registrada en la BDUA, la cual será revisada y ajustada por estas entidades dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la fecha de entrega. Finalizado este término, los registros que no se actualicen en la BDUA por las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces, no podrán ser incluidos en los procesos de reconocimiento y pago de la Unidad de Pago por Capitación — UPC.

**Parágrafo 1.** Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que sigan operando en alguna subregión funcional para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, continuarán siendo responsables del aseguramiento de la totalidad de sus afiliados en dicho ámbito territorial.

**Parágrafo 2.** Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que no continúen operando en alguna subregión funcional para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, serán responsables del aseguramiento hasta el día anterior a la fecha en que se haga efectiva la asignación de afiliados a las EPS receptoras, por lo que también serán responsables de las obligaciones derivadas de la prestación de servicios en salud hasta esa fecha. Las Entidades Promotoras de Salud receptoras o quien haga sus veces asumirán el aseguramiento y garantizarán el acceso a la prestación de servicios y tecnologías en salud de los afiliados, a partir del día en que se haga efectiva la asignación.

**Parágrafo 3.** Las EPS indígenas — EPS-I serán receptoras de afiliados, para la población que se encuentre registrada en la Base de Datos Única de Afiliados — BDUA como población indígena, dando prelación a las EPS-I donde se encuentren habilitadas en la respectiva subregión funcional para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública. Cuando exista más de una EPSI, serán receptoras en proporción al número de afiliados de cada una.

**Parágrafo 4.** Las EPS que administran programas de salud (CCF) con menos de quinientos (500.000) mil afiliados con actualización de la autorización de funcionamiento en la subregión funcional para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, no serán receptoras de afiliados en el marco de las reglas del presente artículo, en aquellos departamentos diferentes a donde la caja de compensación familiar fue autorizada por la Superintendencia de Subsidio Familiar.

**Artículo 5. Solicitud y trámite del retiro de una o varias subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, por parte de las Entidades Promotoras**

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

**de Salud o quien haga sus veces.** Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces autorizadas para operar en una o varias subregiones funcionales, podrán solicitar ante la Superintendencia Nacional de Salud, el retiro de la subregión o subregiones funcionales que consideren, dentro del término de un (1) año contado desde la expedición de la actualización de la autorización de funcionamiento de que trata la presente resolución. Dicha solicitud será resuelta por la Superintendencia Nacional de Salud en un plazo no mayor a seis (6) meses.

Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que soliciten el retiro de una o varias subregiones funcionales deberán presentar en su solicitud, como mínimo los siguientes requisitos a la Superintendencia Nacional de Salud:

1. La relación por subregión funcional del número total de afiliados, de acuerdo con la estructura que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.
2. Documento donde se explique la motivación y causas de la no continuidad en la subregión funcional.
3. Plan de pagos de las obligaciones generadas por la prestación de servicios de salud, indicando la fuente de los recursos y los plazos según los acuerdos de pagos establecidos con los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud.
4. Copia de los acuerdos de pago suscritos con la red de prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, los cuales deben estar alineados con el plan de pagos.
5. Soportes de haber informado su intención de retiro de la subregión funcional a las entidades territoriales respectivas (departamentales, distritales y municipales) y a sus afiliados, aclarando que el retiro está sujeto a la decisión de la Superintendencia Nacional de Salud.

**Parágrafo 1.** En caso de que la Superintendencia Nacional de Salud acepte el retiro de que trata el presente artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, adelantarán el proceso de asignación de afiliados conforme a las reglas señaladas en este acto administrativo.

**Parágrafo 2.** Una vez finalizado el término de un (1) año para solicitar el retiro que trata el presente artículo, las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, que requieran solicitar el trámite de retiro, lo deberán aplicar en el marco de lo establecido en el artículo 2.5.2.3.5.5 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

**Parágrafo 3.** Durante el el proceso de territorialización del modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo de que trata la presente resolución, no se podrán efectuar modificaciones a la capacidad de afiliación.

**Parágrafo 4.** Las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI) podrán adelantar la solicitud y trámite del retiro de una o varias subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, en el marco de lo establecido en el presente artículo.

**Artículo 6. Territorialización del aseguramiento en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.** Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, deberán organizar su modelo de atención y prestación de servicios con base en el ámbito territorial de autorización determinado en subregiones funcionales para la Gestión

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

Territorial Integral de la Salud Pública, conforme a las disposiciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El modelo deberá responder a las prioridades de salud identificadas en el territorio, garantizando el acceso equitativo, oportuno, continuo, suficiente, resolutivo y de calidad a los servicios y tecnologías en salud, y articularse con los actores institucionales, sociales y comunitarios a través de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces deberán disponer de recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros adecuados a las características epidemiológicas, demográficas, sociales y culturales del territorio, y establecer procesos administrativos, logísticos y de comunicación que faciliten:

- i) La gestión de las necesidades en salud de su población afiliada, y la provisión de servicios y tecnologías en salud;
- ii) La interacción efectiva con las personas, familias, comunidades y organizaciones sociales;
- iii) La respuesta oportuna y trazable a peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y requerimientos judiciales;
- iv) La operación diferenciada para poblaciones priorizadas, grupos étnicos, rurales, dispersos o en condición de vulnerabilidad.

**Artículo 7. Criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia.** Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, deberán demostrar su capacidad técnico-administrativa, científica, tecnológica, operativa y territorial, a través del cumplimiento permanente de los criterios y estándares definidos en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución, en concordancia con lo establecido en el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo y la operación territorial del aseguramiento en subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública.

Dichos criterios y estándares constituyen condiciones mínimas obligatorias para garantizar el acceso efectivo, integrado, continuo, oportuno y de calidad a los servicios de salud, y asegurar la articulación de la entidad con los actores institucionales, sociales y comunitarios en el marco de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Los criterios y estándares definidos se encuentran organizados en componentes que corresponden a la operación territorial del aseguramiento en salud en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. Estos componentes son los siguientes:

1. Gobierno organizacional, código de conducta y rendición de cuentas,
2. Gestión del riesgo,
3. Afiliación, novedades y libre elección en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS),
4. Reconocimiento de prestaciones económicas,
5. Atención al usuario,
6. Sistema de gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas,
7. Participación ciudadana y cultura de la seguridad social en salud,
8. Garantía de la prestación integral e integrada de los servicios y tecnologías en salud,

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

9. Gestión Territorial Integral en Salud Pública,
10. Acuerdos de voluntades y pago de tecnologías en salud y mecanismos de auditoría
11. Gestión del talento humano con enfoque diferencial y territorial
12. Tecnologías de información, interoperabilidad y sistemas de soporte para la operación territorial.

La autorización de funcionamiento actualizada tendrá una vigencia de tres (3) años, contados a partir de la fecha de expedición del acto por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, y será renovada previa verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia establecidas en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

**Parágrafo.** La Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento de los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de la operación territorial del aseguramiento que se encuentran definidos en el anexo técnico que hace parte integral de esta resolución.

**Artículo 8. Gestión del Riesgo en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.** Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, realizarán la gestión del riesgo en la operación por subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, en coherencia con el proceso del cuidado integral de la salud definido en el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo y las Redes Integrales, Integradas Territoriales de Salud – RIITS, bajo los principios de concurrencia y complementariedad.

La gestión del riesgo deberá:

- 8.1. Fortalecer el proceso de cuidado integral de la salud, garantizando el acceso equitativo, continuo, oportuno, resolutivo y de calidad a los servicios de salud en el territorio, incorporando enfoques diferenciales, étnicos y de curso de vida, para mejorar los resultados en salud y la experiencia de los usuarios.
- 8.2. Fortalecer la capacidad institucional para gestionar de manera anticipada y predictiva los riesgos y oportunidades asociados al entorno social, epidemiológico, territorial y financiero, mediante políticas, procesos y metodologías de gestión que incluyan análisis del riesgo en salud, económico, operativo, entre otros.
- 8.3. Promover una cultura institucional basada en la autoevaluación, mejora continua, innovación, transparencia y rendición de cuentas, que fortalezca la gestión del aseguramiento en salud y su articulación con los prestadores, proveedores de tecnologías en salud y demás actores de la red integral e integrada territorial de salud.
- 8.4. Estimular una cultura organizacional centrada en el usuario, su familia y su comunidad, con calidad, transparencia, autorregulación, uso efectivo de la información y enfoque diferencia y territorial, promoviendo intervenciones integradas en salud pública, atención individual y determinantes sociales.

**Parágrafo.** Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, deberán diseñar e implementar un modelo de atención en coordinación con las entidades territoriales departamentales, distritales, y municipales, orientado a la gestión de resultados en salud de

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

su población afiliada, soportado en procesos, actividades, talento humano, infraestructura tecnológica, recursos físicos y financieros, articulado con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y con los actores sociales y comunitarios. Este modelo debe evidenciar el cumplimiento de los criterios y estándares definidos en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

**Artículo 9. Cumplimiento de las condiciones de habilitación.** Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, con autorización de funcionamiento actualizada dispondrán de un plazo de un (1) año, contado a partir de la expedición de dicho acto administrativo, para adaptar y ajustar su capacidad a las condiciones previstas.

El cumplimiento de los criterios y estándares para la habilitación de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces será conforme a lo establecido en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

La Superintendencia Nacional de Salud definirá el plan de seguimiento y verificación de las condiciones de que trata el presente artículo, priorizando y aplicando de manera diferenciada de acuerdo con la categoría y tipología de la subregión funcional para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública, conforme a la autorización de funcionamiento.

**Artículo 10. Autorización de funcionamiento en una subregión funcional para la gestión territorial integral para la salud pública.** Las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, podrán solicitar ante la Superintendencia Nacional de Salud, la autorización de funcionamiento en una o varias de las subregiones funcionales para la gestión territorial integral en salud pública que se determinen, conforme a los criterios de autorización del anexo técnico que hace parte integral de este acto administrativo y lo dispuesto en el artículo 3 de la presente resolución.

**Artículo 11. Procedimientos de verificación y evaluación.** La Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia por parte de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo. Para tal efecto, programará las visitas y actividades de seguimiento y verificación respectivas, así como los cronogramas de evaluación, auditorías, requerimientos de información, o cualquier otra medida, conforme a la normatividad vigente y al anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

La verificación se realizará con enfoque territorial, considerando el ámbito territorial de autorización de funcionamiento de cada Entidad Promotora de Salud o quien haga sus veces, y priorizando aquellas con alto riesgo en el desempeño de sus funciones o con medidas administrativas en curso.

**Artículo 12. Condiciones financieras y de solvencia.** El seguimiento y la verificación del cumplimiento de las condiciones financieras, patrimoniales y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, se realizará conforme a lo dispuesto en la Sección 1 del Capítulo 2 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, y en las normas que lo complementen o modifiquen.

Estas condiciones serán evaluadas de manera integral y periódica por la Superintendencia Nacional de Salud, en articulación con el seguimiento al cumplimiento de las condiciones de

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

habilitación y permanencia en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

**Artículo 13. Monitoreo y seguimiento a las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces.** La Superintendencia Nacional de Salud consolidará, verificará y mantendrá actualizada la información relacionada con la autorización, habilitación, permanencia y operación territorial de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces, en el marco del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.

Para tal efecto, establecerá y gestionará un repositorio público que identifique como mínimo:

- 13.1. Las entidades con autorización nueva o actualizada, incluyendo la fecha de expedición, vigencia y código de identificación;
- 13.2. El ámbito territorial de autorización de cada entidad, incluyendo las subregiones funcionales donde esté autorizada;
- 13.3. Las entidades bajo medida administrativa que conserven su autorización, incluyendo su vigencia;

**Artículo 14. Vigencia y derogatoria.** La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga la Resolución 497 de 2021.

Dada en Bogotá, D.C.,

**GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ**  
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó:

Viceministro de Protección Social

Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Director Jurídico (E), Rodolfo Enrique Salas Figueroa

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

### ANEXO TÉCNICO

#### Manual de criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces

##### Componente 1. Gobierno organizacional, código de conducta y rendición de cuentas

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
1.1. Estatutos y organización de la entidad.	1.1.1. Acredita su existencia y representación legal, mediante la inscripción del objeto social, reformas estatutarias y nombramientos de administradores y representantes legales, conforme a la normatividad vigente.	1.1.1 Actualiza y evidencia su información jurídica y patrimonial, incluyendo procesos de venta, capitalización o reorganización, e identificar el origen de los recursos, garantizando la transparencia y legalidad de las operaciones.	1.1.1 Garantiza el cumplimiento a los criterios y estándares de Gobierno organizacional, código de conducta y rendición de cuentas.
	1.1.2 Cuenta con un procedimiento documentado para evaluar a los candidatos a órganos sociales y de control, con base en criterios de idoneidad, experiencia, y verificación de incompatibilidades o incompatibilidades.	1.1.2 Demuestra la aplicación efectiva del procedimiento y la conformación de órganos con capacidad técnica y ética para orientar la gestión institucional.	
	1.1.3. Cuenta con una estructura organizativa clara y funcional, con perfiles definidos y alineados con las funciones del aseguramiento territorial en salud.	1.1.3. Demuestra el funcionamiento regular y documentado del máximo órgano social y de administración, conforme a estatutos, reglamentos internos y principios de gobernanza participativa.	
		1.1.4. Demuestra que las decisiones y operaciones de la entidad no generen desviaciones en el uso de los recursos públicos asignados al aseguramiento en salud.	
		1.1.5. Demuestra que la junta directiva y el representante legal ejercen un liderazgo efectivo sobre la orientación estratégica, la gestión integral de riesgos en salud, financieros, operativos y reputacionales, y la implementación del Sistema de Control Interno y de Gestión de la Calidad.	
		1.1.6 Cuenta con comités funcionales activos (riesgos, contraloría interna, buen gobierno, conducta, entre otros) y demuestra el cumplimiento de metas, compromisos e indicadores mediante tableros de control y evidencia objetiva.	
		1.1.7. Implementa acciones de mejora para atender oportunamente los	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
		hallazgos de auditorías internas, externas y revisoría fiscal, y demuestra su cumplimiento con información documentada.	
1.2. Gobierno Organizacional y Código de Conducta	1.2.1 Dispone de un Código de Conducta y Buen Gobierno aprobado por el órgano competente, orientado a garantizar atención humanizada, trato equitativo, principios anticorrupción, enfoque territorial y transparencia en la gestión.	1.2.1. Implementa y evalúa el cumplimiento del código de Conducta y Buen Gobierno a través de comités de gobierno corporativo y mecanismos de seguimiento verificables (tableros de control, informes periódicos).	
	1.2.2. Define e implementa una política institucional para garantizar el acceso público, actualizado y comprensible a la información relevante por parte de usuarios, órganos de gobierno, entes de control y comunidad.	1.2.2. Evidencia la actualización, disponibilidad y efectividad de los mecanismos y herramientas destinados a la implementación de la Política General de Revelación de Información y Transparencia, garantizando que los usuarios, entes de control y órganos de gobierno organizacional accedan de manera oportuna, clara y sencilla a la información institucional relevante.	
1.3. Rendición de cuentas.	1.3.1 Cuenta con una política institucional y una metodología participativa para la rendición de cuentas a la ciudadanía, adoptada por los órganos de dirección.	1.3.1. Demuestra la implementación de la política y de la metodología de rendición de cuentas, a través de los medios y herramientas (videos, sitios web, aplicativos) mostrando la información dispuesta, la participación de las asociaciones de usuarios o los representantes de la población afiliada, entidades de control, órganos de gobierno organizacional y actores del sistema.	
	1.3.2 Documenta una política institucional que define los criterios, indicadores y mecanismos mediante los cuales la entidad evalúa el desempeño de los prestadores contratados, en el marco del modelo de atención y la operación de las RIITS, incluyendo aspectos de oportunidad, resolutividad, integralidad, continuidad, calidad y enfoque territorial. La política debe especificar cómo se aplican dichos criterios y cómo se incorporan sus resultados en los	1.3.2. Publica y mantiene actualizada la información de evaluación de las redes integrales e integradas territoriales contratadas, como parte de la rendición de cuentas anual a la ciudadanía.	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
procesos de mejora continua, renovación o terminación de contratos.			
1.3.3 Documenta las políticas de pagos y compras que definen criterios, procedimientos y responsables para la administración eficiente y transparente de los recursos.	1.3.3 Demuestra la implementación efectiva de dichas políticas, incluyendo trazabilidad de pagos y cumplimiento de plazos contractuales.		

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

### Componente 2. Gestión del riesgo

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
2.1. Gestión del riesgo de la entidad.	<p>2.1.1. Diseña e implementa la gestión del riesgo, bajo el proceso del cuidado integral de la salud que identifique, valore, controle, evalúe y mitigue los riesgos asociados a la función aseguradora, con énfasis en el riesgo en salud y los riesgos sistémicos en el mercado de servicios. Incluye:</p> <p>a) Estructura orgánica para la administración de la gestión del Riesgo en la entidad (riesgo operativo, riesgo SARLAFT, riesgo de mercado, riesgo de liquidez, riesgo reputacional, riesgo de salud, riesgos de fallas en el mercado de salud, riesgo actuarial, riesgo de crédito, riesgo de grupo).</p> <p>b) Documento de funciones o manual de funciones/cargos con el detalle de funciones y responsabilidades de la estructura orgánica definida para cada tipo de riesgo o de la unidad integral.</p> <p>c) Documento que contenga las inhabilidades, impedimentos y sanciones aplicables a los cargos que ejecutan la administración del Sistema de Riesgos en la entidad.</p> <p>d) Documento de competencias que contenga los perfiles de las personas que pueden ejecutar la administración del Sistema de Riesgos en la entidad.</p>	<p>2.1.1 Muestra los resultados del ciclo de gestión de riesgos a nivel territorial (regiones funcionales, departamentos, distritos y subregiones funcionales) consolidado, con periodicidad semestral y evaluación anual en análisis comparativo.</p> <p>El análisis debe incluir como mínimo la evaluación de los riesgos operativo, SARLAFT, de mercado, de liquidez, reputacional, salud, fallas en el mercado de salud, actuarial, de crédito y de grupo. Debe incluir:</p> <p>a) Identificación y evaluación periódica de los riesgos inherentes, residuales y netos globales;</p> <p>b) Establecimiento de las causas, efectos potenciales y la interacción;</p> <p>c) Valoración de la frecuencia y severidad, la probabilidad de ocurrencia e impacto;</p> <p>d) Resultados de las estrategias de mitigación aplicadas, a través de mediciones concretas (en herramienta metodológica y tablero de control);</p> <p>e) Implementación de procedimientos de retroalimentación y mejoras.</p>	<p>2.1.1 Evidencia de la implementación y evaluación del proceso del cuidado integral de la salud, que incluya los resultados del modelo de atención en la subregión funcional, mediante el uso de plataformas tecnológicas e indicadores clave. La información debe mostrar trazabilidad, gestión efectiva y resultados en salud</p>
	2.1.2 Documenta procesos y procedimientos de cada uno de los sistemas de riesgos que se deben implementar en la entidad (riesgo operativo, riesgo SARLAFT, riesgo de mercado, riesgo de liquidez, riesgo reputacional, riesgo de salud, riesgos de fallas en el mercado de salud, riesgo actuarial, riesgo de crédito, riesgo de grupo).	2.1.2. Expone y evidencia la herramienta tecnológica, metodología, fichas de indicadores, definición de mediciones y rangos de categorización y tablero de control, dispuestos por el asegurador para desarrollar el ciclo de Gestión de Riesgos.	2.1.3. Evidencia el funcionamiento de la gestión del riesgo de forma continua en coherencia con el cumplimiento de las funciones del aseguramiento.
2.2. Cuidado	2.2.1. Documenta un modelo de atención en salud en el marco del modelo de salud preventivo,	2.2.1. Demuestra los resultados de la implementación y evaluación del modelo de salud	2.2.1 Realiza nuevos acuerdos de voluntades o

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
integral de la salud.	<p>predictivo y resolutivo, que incluya los procedimientos para disponer de:</p> <p>a) Caracterización a nivel subregional funcional, de la población que se pretende asegurar, por perfil etario, grupo de riesgo, entre otros aspectos; armonizado con los análisis participativos de situación de salud municipales y departamentales.</p> <p>b) Estimación de las necesidades de salud de la población por grupo de riesgo, a nivel subregional funcional.</p> <p>c) Cálculo e identificación de suficiencia de la oferta de servicios de salud disponibles a nivel subregional funcional.</p> <p>d) Planea la realización de acuerdos de voluntades, modelos de contratación y pagos en las relaciones asegurador-prestador y proveedor, de acuerdo con la normatividad vigente.</p> <p>e) Estrategias de articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes alrededor de prioridades en salud de los territorios.</p> <p>f) Los mecanismos para el monitoreo de procesos y evaluación de los resultados en salud.</p> <p>g) La descripción del sistema de información para soportar la gestión del riesgo en salud.</p> <p>h) Las estrategias, métodos y procedimientos para actualizar la planeación y análisis del riesgo en salud de la población.</p>	<p>a nivel del ámbito territorial de funcionamiento autorizado, evidenciado la trazabilidad, gestión efectiva y resultados en salud.</p>	<p>ajuste de los mismos incluyendo el ajuste de la nota técnica, en virtud de:</p> <p>(a) Actualización anual de tarifas: (b) Concertación con PSS y PTS de metas e indicadores para mejorar resultados en salud, (c) Circunstancias a contemplar en los mecanismos de ajuste de riesgo (Art. 5 de Res. 2335/2023). entre otros en el marco de la normativa vigente. Incluye la evidencia de concertación con PSS y PTS</p>
	2.2.2 Cuenta con un plan de implementación del modelo de atención que asegure su operación dentro de los 12 meses posteriores a la autorización de funcionamiento en el ámbito territorial de subregiones funcionales.	2.2.2 Evidencia el cumplimiento de las responsabilidades de la EPS de acuerdo con lo definido en el Decreto 441 de 2022, o el que lo modifique o sustituya. El análisis se deberá realizar de forma semestral y anual, comparativo.	
		2.2.3. Documenta la implementación, evaluación y resultados del Modelo de Atención a través de una	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
		<p>metodología estructurada que permita caracterizar, clasificar, monitorear y evaluar integralmente el riesgo en salud de la población afiliada. Dicha metodología deberá incluir, como mínimo:</p> <p>a) La clasificación de la población afiliada en categorías de diagnóstico, riesgo en salud o necesidad de atención, con el propósito de conformar cohortes o grupos homogéneos, que sirvan de base para la planeación territorial, la definición de prioridades en salud y la adopción de protocolos diferenciados de atención, incluyendo a la población potencialmente sana.</p> <p>b) El cálculo de las necesidades en salud por grupo de clasificación del riesgo, discriminando las acciones según curso de vida y el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutividad de la respuesta en salud desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades.</p> <p>c) La estrategia de organización que permita planificar y estructurar la contratación de servicios y tecnologías en salud, diferenciando el nivel primario del nivel complementario de atención, de acuerdo con la oferta de servicios disponible en la subregión funcional. El modelo deberá considerar las modalidades de pago y los acuerdos de voluntades requeridos, incorporar los códigos CUPS y CUM, IUM correspondientes, e integrar la información financiera de los contratos en cada periodo, con trazabilidad territorial y por nivel de atención.</p>	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
		<p>d) El seguimiento a la prestación efectiva, integral e integrada de los servicios y a la entrega de tecnologías en salud, en todas las fases del cuidado, articulado con la información de prestadores, proveedores, reserva técnica, facturación, cuentas médicas y procesos de contratación.</p> <p>e) Un sistema para mantener actualizada la nota técnica producto de la construcción conjunta con PSS y PTS y presenta evidencia de dicha concertación. Además, debe permitir el análisis de la gestión del riesgo en salud y financiera, evaluando la relación entre el ingreso operacional y el costo médico, utilizando agrupadores clínicos y administrativos, e integrando un tablero de control con indicadores como uso, frecuencias, intensidad, costos per cápita, costos por procedimiento y costos por grupo diagnóstico.</p> <p>La metodología deberá permitir un análisis desagregado a nivel de afiliado, grupo diagnóstico y unidad territorial (regiones funcionales, departamentos, distritos, subregiones funcionales y municipios), así como un análisis consolidado nacional, con información mensual, acumulada y comparativa. El tablero de control debe facilitar la interpretación mediante semaforización, y apoyar la toma de decisiones en los comités de gestión de riesgo.</p>	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

**Componente 3. Afiliación, novedades y libre elección en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)**

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
3.1. Afiliación y reporte de novedades (OT)	3.1.1. Cuenta con procesos y procedimientos documentados para la afiliación, el reporte de novedades y el seguimiento a los aportes.	3.1.1. Demuestra en la base de datos de afiliación la resolución oportuna de novedades, el seguimiento a la mora, la compensación y la liquidación mensual de afiliados, garantizando la actualización permanente de la información en sus sistemas de información propios, ante la información disponible para prestadores y proveedores y, ante la BDUA.	3.1.1. Garantiza el principio de libre elección para la afiliación, traslado, movilidad y retiro de los afiliados, así como la aplicación del principio de equidad en el acceso, sin restricciones derivadas del estado de salud, condición de vulnerabilidad o nivel de riesgo del afiliado.
3.2. Estrategias para prevenir la selección adversa de riesgos	3.2.1 Dispone de políticas institucionales y mecanismos operativos que impidan la selección de riesgos en salud.	3.2.1. Implementa estrategias efectivas que eviten la incorporación selectiva de afiliados con menor riesgo, la exclusión o disuasión de afiliados con mayor riesgo, y la suplantación de afiliados, aplicables en los procesos de afiliación, traslado, movilidad y retiro, incluyendo los procedimientos registrados en el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT).	
3.3. Garantía del derecho a la libre elección	3.3.1. Documenta las estrategias de información, comunicación, educación y participación que garanticen el derecho a la libre elección del afiliado.	3.3.1. Implementa mecanismos accesibles y actualizados que permitan a los afiliados ejercer su derecho a la libre elección de asegurador y de prestador del nivel primario de atención en los términos previstos en la normatividad vigente. Esto incluye la habilitación de canales físicos, virtuales y aplicativos, con rutas claras de navegación y contenido comprensible para toda la población.	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

**Componente 4. Reconocimiento de prestaciones económicas**

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
4.1. Procesos y gestión del reconocimiento de prestaciones económicas	<p>4.1.1. Cuenta con procesos y procedimientos documentados para el reconocimiento y pago de prestaciones económicas, que incluyan estrategias de capacitación al talento humano y mecanismos de información clara y oportuna a los afiliados y aportantes.</p> <p>4.1.2 Establece el proceso para el cumplimiento de los plazos normativos para el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general y licencias de paternidad y maternidad, de conformidad con los requisitos legales vigentes.</p> <p>4.1.3 Establece procesos de auditoría interna y control de calidad sobre el reconocimiento de incapacidades, que permitan prevenir errores, inconsistencias o pagos indebidos.</p>	<p>4.1.1. Garantiza la trazabilidad integral del proceso, desde la radicación hasta el pago efectivo, permitiendo la consulta actualizada del estado del trámite por parte de los aportantes, mediante plataformas accesibles.</p> <p>4.1.2. Demuestra el cumplimiento de los tiempos establecidos, mediante indicadores de oportunidad, frecuencia y evolución del proceso, con análisis de resultados semestral.</p> <p>4.1.3. Evidencia la aplicación de acciones correctivas y de mejora derivadas de los hallazgos de auditoría, con trazabilidad de su cierre.</p>	4.1.1 Garantiza el reconocimiento y pago oportuno de las incapacidades por enfermedad general y de las licencias de paternidad y maternidad acorde con los requisitos establecidos en la normatividad vigente.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

**Componente 5. Atención al usuario**

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
5.1. Atención al usuario a través de canales múltiples e integrados	<p>5.1.1. Establece los canales de atención al usuario y las herramientas dispuestas para su implementación, incluyendo el flujo operativo entre canales, en cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes.</p> <p>La atención al usuario debe contar con enfoque diferencial para grupos étnicos, población en situación de vulnerabilidad, ámbitos territoriales rurales y especiales.</p>	<p>5.1.1. Demuestra la efectividad de los canales de atención mediante indicadores de resolución oportuna y pertinente de requerimientos.</p> <p>Evaluá el funcionamiento de: Línea gratuita nacional 24/7 Página web institucional (información de red, derechos, trámites y canales) Oficinas de atención presencial y/o virtual Aplicativos móviles y medios electrónicos Los canales deben facilitar el acceso, reducir barreras y estar adaptados a las características territoriales</p> <p>5.1.2 Evidencia los resultados del sistema de atención al usuario mediante el análisis de indicadores de oportunidad, satisfacción, número de requerimientos resueltos, tiempos de respuesta, y mejoras implementadas. Debe incluir: Tableros de control institucionales Análisis territorial (regional funcional, departamentos, distritos, subregional funcional, municipios) y consolidado nacional Rutas de mejora y mecanismos de retroalimentación desde la experiencia del usuario.</p>	5.1.1 Evidencia la disponibilidad permanente y continua de canales de atención en el ámbito territorial autorizado
5.2. Red de oficinas y puntos de atención al usuario	5.2.1. Documenta la red de oficinas y puntos de atención al usuario, especificando la ubicación geográfica, cobertura territorial, modalidad de atención (presencial, virtual, telefónica, etc.), y capacidad instalada. Garantiza la disponibilidad y funcionamiento efectivo de canales de atención física y remota, adecuados a las condiciones territoriales, demográficas y tecnológicas de la población afiliada.	5.2.1. Demuestra la disponibilidad de canales de atención (Oficinas de atención al usuario físicas, no presenciales, virtuales, canales virtuales u otros) que garanticen la comunicación permanente y oportuna para el usuario y la entidad.	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

**Componente 6. Sistema de gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas**

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
6.1. Sistema estandarizado de gestión de PQRSD (Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias).	<p>6.1.1. Cuenta con procesos y procedimientos estandarizados para la recepción, análisis, trámite y solución de las PQRSD, a través de todos los canales de atención dispuestos, en cumplimiento de la normatividad vigente.</p> <p>6.1.2. Cuenta con un sistema de evaluación periódica y mejora continua del proceso de gestión de PQRSD.</p>	<p>6.1.1. Evidencia la solución oportuna, efectiva y diferencial de las PQRSD, priorizando el riesgo vital, el tipo de solicitud y las condiciones particulares del usuario. Se debe distinguir entre solicitudes relacionadas con servicios incluidos y no incluidos en el PBS, según lo definido por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>6.1.2. Demuestra la implementación de una metodología que asegure la trazabilidad del ciclo de atención de las solicitudes, incluyendo responsables, tiempos de respuesta, retroalimentación y análisis por territorio. Debe incluir tableros de control e indicadores de gestión y resultado, con análisis territorial y consolidado nacional.</p> <p>6.1.3. Dispone de un sistema de información funcional e interoperable para la gestión de las PQRSD, conforme a los lineamientos de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>6.1.4. Demuestra la implementación de un sistema de seguimiento y registro de las PQRSD que incluya, como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Fecha de radicación,</li> <li>b) Canal de recepción,</li> <li>c) Motivo de la solicitud,</li> <li>d) Antecedentes o recurrencia,</li> <li>e) Sentido de la respuesta,</li> <li>f) Responsable del trámite,</li> <li>g) Fecha de respuesta,</li> <li>h) Evaluación de oportunidad,</li> <li>i) Fecha de comunicación al usuario,</li> <li>j) Medio utilizado para comunicar la respuesta,</li> <li>k) Clasificación por riesgo vital (con riesgo / sin riesgo de vida)</li> </ul>	<p>6.1.1</p> <p>Demuestra la integración del sistema con los canales de atención, asegurando acceso, trazabilidad y control por parte de los usuarios, los entes de control y los órganos internos de gobierno.</p>
6.2. Sistema estandarizado de la gestión de requerimientos judiciales: tutelas, incidentes de	6.2.1. Cuenta con procesos y procedimientos para el registro, seguimiento, análisis y resolución efectiva de requerimientos	6.2.1. Evidencia la atención oportuna y efectiva de las órdenes judiciales, con trazabilidad clara del cumplimiento, análisis del riesgo y documentación de cada caso.	6.2.1 Garantiza el análisis, seguimiento y mejora continua en la gestión judicial, así

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
desacato y sanciones.	<p>judiciales, conforme a la normatividad vigente.</p> <p>6.2.2. Dispone de un sistema de trazabilidad para las tutelas y demás requerimientos judiciales. El sistema deberá registrar, como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Fecha de radicación,</li> <li>b) Motivo de la tutela,</li> <li>c) Fecha y sentido del fallo de primera y segunda instancia,</li> <li>d) Fecha de cumplimiento del fallo,</li> <li>e) Existencia de incidentes de desacato,</li> <li>f) Clasificación por tipo de tecnología (PBS/No PBS),</li> <li>g) Clasificación por continuidad de la prestación (continua/no continua),</li> <li>h) Clasificación por cohorte o grupo de riesgo.</li> </ul>	<p>El proceso debe incluir indicadores de gestión, resultado y tableros de control con enfoque territorial subregional, regional y nacional.</p> <p>6.2.2. Demuestra el funcionamiento del sistema de trazabilidad para las tutelas y demás requerimientos judiciales. El sistema deberá registrar, como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Fecha de radicación,</li> <li>b) Motivo de la tutela,</li> <li>c) Fecha y sentido del fallo de primera y segunda instancia,</li> <li>d) Fecha de cumplimiento del fallo,</li> <li>e) Existencia de incidentes de desacato,</li> <li>f) Clasificación por tipo de tecnología (PBS/No PBS),</li> <li>g) Clasificación por continuidad de la prestación (continua/no continua),</li> <li>h) Clasificación por cohorte o grupo de riesgo.</li> </ul>	como la articulación con los sistemas de atención al usuario, PQRD y modelo de gestión del riesgo.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

**Componente 7. Participación ciudadana y cultura de la seguridad social en salud**

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
7.1. Mecanismos de participación ciudadana	7.1.1. Define una estrategia para promover la participación ciudadana, articularse con asociaciones de usuarios y establecer procesos y procedimientos para el ejercicio efectivo de la participación ciudadana y la rendición de cuentas.	7.1.1. Muestra los resultados de la implementación de estrategias, que incluye: Actividades realizadas, Requerimientos tramitados, Espacios de participación habilitados, Mecanismos de retroalimentación y ajuste de las estrategias Evidencia del uso de los resultados para la toma de decisiones	7.1.1 Evidencia el resultado de las estrategias implementadas para fortalecer la participación ciudadana y el impulso de la cultura de la seguridad social en salud.
	7.1.2. Planea las acciones dirigidas a fomentar la conformación y fortalecimiento de asociaciones de usuarios, veedurías y alianzas territoriales.	7.1.2. Evidencia el acompañamiento técnico, la convocatoria, inscripción y funcionamiento de estos espacios y su articulación con los Comités de Participación Social y las RIITS.	
		7.1.3. Ejecuta de forma periódica procedimientos de convocatoria, facilitación y garantía de los mecanismos de participación, en concordancia con la normatividad vigente, garantizando la inclusión de diversos grupos poblacionales.	
		7.1.4. Garantiza el acceso oportuno, claro y comprensible a la información pública requerida por asociaciones de usuarios y ciudadanos, para el ejercicio del control social.	
7.2. Impulso a la cultura de la seguridad social en salud	7.2.1. Diseña estrategias pedagógicas para fortalecer la cultura de la seguridad social en salud, con enfoque diferencial, territorial y por curso de vida.	7.2.1. Evidencia la implementación y cobertura de las estrategias, incluyendo contenidos, medios, frecuencia, públicos objetivo y resultados obtenidos. Incluye acciones en entornos comunitarios, educativos, laborales y digitales.	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

**Componente 8. Garantía de la prestación integral e integrada de los servicios y tecnologías en salud**

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
8.1. Prestación integral e integrada de servicios y tecnologías en salud	8.1.1 Establece procesos y procedimientos para la autorización sin intermediación del afiliado, acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutividad de la respuesta en salud.	8.1.1. Demuestra que ha establecido e implementado procesos estandarizados y articulados que garanticen la autorización oportuna sin intermediación del afiliado y el acceso efectivo a los servicios y tecnologías en salud requeridos por sus afiliados desde el nivel primario hasta el nivel complementario de atención. Estos procesos deben asegurar que la atención sea integral (es decir, que cubra todas las dimensiones del cuidado en salud), continua (sin interrupciones injustificadas entre niveles de atención), y resolutiva (con capacidad para resolver adecuadamente los problemas de salud planteados). La respuesta en salud debe sustentarse en evidencia técnica y criterios de calidad, pertinencia y oportunidad.	8.1.1 Cumplimiento de los estándares en prestación efectiva de servicios y tecnologías en salud relacionados con los indicadores de oportunidad y calidad, indicadores de entrega en medicamentos e insumos, referencia y contrarreferencia; observados en los resultados del tablero de control o las herramientas de seguimiento y control a la prestación o provisión efectiva.
	8.1.2. Establece un sistema de evaluación periódico y mejora continua de la prestación integral e integrada de servicios y tecnologías en salud	8.1.2. Implementar un sistema robusto de evaluación periódica (al menos trimestral, semestral y anual) que permita medir el desempeño de los procesos de autorización y prestación integral e integrada de servicios y tecnologías en salud. Este sistema debe contemplar la formulación, seguimiento y aprobación de planes de mejora continua, con base en indicadores de calidad, oportunidad y satisfacción del usuario. El asegurador debe disponer de tableros de control semaforizados y herramientas de seguimiento que permitan evaluar por prestador o proveedor y territorio la efectividad en la respuesta a la demanda real.	8.1.2 Demuestra implementación del trámite de autorizaciones con sus PSS y PTS, sin intermediación del afiliado.
	8.1.3 Establece una metodología para caracterizar y evaluar la necesidades en salud de sus afiliados en el territorio.	8.1.3 Cuenta con una metodología que le permita identificar, organizar, cuantificar, valorar y monitorear la demanda efectiva en salud de su población afiliada. Esta herramienta debe integrar información proveniente de los prestadores de servicios y proveedores de tecnologías en salud, desagregada por niveles territoriales (regional, departamental, distrital, subregional y municipal) y consolidada a nivel nacional. Debe contemplar la	8.1.3 Evidencia cumplimiento del ordenamiento legal frente a los casos en los cuales se ha eliminado la autorización de servicios de salud.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
		definición y seguimiento de indicadores de gestión y de resultado, y estar soportada por sistemas de información interoperables.	
8.1.4.	Establece mecanismos para garantizar los derechos diferenciales en materia de copagos y cuotas moderadoras de grupos de población exceptuada del pago y la aplicación de los montos máximos permitidos.	8.1.4. Implementa mecanismos efectivos para garantizar que los grupos de población exceptuados del pago de copagos y cuotas moderadoras no sean objeto de cobros indebidos. Estos mecanismos incluyen la parametrización de bases de datos, auditorías contractuales a los prestadores y proveedores, supervisión de la ejecución de acuerdos de servicios, y sistemas de información que permitan hacer trazabilidad y control a la aplicación de los montos máximos permitidos por usuario.	
8.1.5	Planifica actividades de supervisión del cobro de cuotas moderadoras y copagos.	8.1.5. Demuestra que realiza un control efectivo, continuo y documentado al cobro de cuotas moderadoras y copagos, garantizando su pertinencia conforme al marco normativo y la protección de derechos. Esto implica el análisis de la información reportada por prestadores y proveedores, la implementación de herramientas que informen a usuarios y prestadores y proveedores sobre los cobros permitidos, y la evaluación periódica de las bases de datos contractuales, con acciones correctivas en caso de incumplimiento.	
8.2. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud.	8.2.1. Describe la conformación y operación de la red integral e integrada territorial de salud de acuerdo con los lineamientos y normatividad vigente.	8.2.1. Evidencia la conformación y operación de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), en el ámbito territorial de autorización de funcionamiento, que respondan a las necesidades reales de atención en salud de la población afiliada. La red debe estructurarse conforme al modelo de salud vigente, considerando las necesidades en salud y la oferta disponible. La conformación debe asegurar disponibilidad, oportunidad y suficiencia de los servicios, incluyendo la continuidad de la prestación en el nivel primario y complementario de atención de conformidad con los lineamientos y normatividad vigente.	8.2.1 Cuenta con una red integral e integrada territorial, organizada y operativa de prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, que aseguran el acceso oportuno, continuo, resolutivo, equitativo y de calidad a los servicios y tecnologías en salud requeridos por la población afiliada

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
		<p>8.2.2 Presentar evidencia periódica (semestral y anual) que demuestre el desempeño efectivo de su red, valorando indicadores como oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad, seguridad del paciente y eficiencia en el uso de recursos. Esta evidencia debe incluir análisis por prestador de servicios de salud y territorio sobre la cobertura de intervenciones individuales, ejecución de ordenamientos médicos, desempeño contractual (facturación, pagos y cumplimiento), y resultados en indicadores de calidad y vigilancia epidemiológica.</p>	
		<p>8.2.3 Cuenta con un proceso técnico y operativo de revisión y ajuste de su red de prestación, basado en la evaluación continua de su efectividad y la identificación de barreras de acceso derivadas de PQRSD, acciones de tutela o fallos sistemáticos en la atención. Este proceso debe permitir establecer las medidas correctivas para mantener la capacidad resolutiva, equitativa, oportuna y continua de la atención en salud.</p>	
8.3. Proceso de referencia y contrarreferencia en el marco de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud.	8.3.1. Establece el funcionamiento efectivo del proceso de referencia y contrarreferencia como un conjunto articulado de procedimientos, actividades técnicas y administrativas, que asegure la continuidad, integralidad y calidad de la atención en salud de los afiliados, en el marco de la organización y operación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS.	<p>8.3.1. Implementa y mantiene actualizados los procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia, con asignación clara de responsabilidades entre la EPS, los prestadores y demás actores de la red. Estos procesos deben estar integrados funcionalmente a las RIITS, y garantizar que el traslado de pacientes o ayudas diagnósticas se realice con oportunidad, seguridad y resolutividad, conforme a las necesidades clínicas de los usuarios.</p>	<p>8.3.1 Cuenta con un proceso debidamente diseñado, organizado y documentado, articulando todos los servicios de salud de la RIITS, y adoptando las medidas necesarias para garantizar el traslado oportuno, el ingreso efectivo al prestador receptor, y la respuesta clínica correspondiente según el nivel de complejidad requerido.</p>
		<p>8.3.2. Implementa mecanismos efectivos de trazabilidad que aseguren el seguimiento clínico y administrativo de los usuarios referidos y contrarreferidos, especialmente aquellos clasificados en cohortes de riesgo. Estos mecanismos deben prevenir la pérdida de continuidad, garantizar la completitud de la atención y permitir la recuperación ágil de la información sobre la atención prestada.</p>	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
		8.3.3. Dispone de canales de comunicación permanentes (24/7), interoperables y eficaces que permitan: (i) la coordinación entre los actores de las RIITS, (ii) la atención oportuna de situaciones críticas en el proceso de referencia y contrarreferencia, y (iii) la información adecuada y continua a los afiliados sobre el estado de su remisión o contrarreferencia, incluyendo medios digitales y físicos.	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

**Componente 9. Gestión Territorial Integral en Salud Pública**

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
9.1. Planeación integral para la salud.	9.1.1 Se alinea y vincula con las acciones del Plan Territorial de Salud que en el marco de sus competencias aportan en la transformación de las problemáticas y necesidades sociales en salud identificadas en el territorio.	9.1.1. Implementa estrategias y actividades que le permitan aportar en la transformación de las problemáticas y necesidades sociales en salud identificadas en el territorio, considerando los análisis participativos de situación de salud, el análisis sociodemográfico y de riesgo de su población afiliada donde se encuentre autorizado su funcionamiento.	9.1.1 Evidencia la prestación efectiva y el cumplimiento de las metas trazadas en cada ámbito territorial de funcionamiento, respecto a las atenciones en salud de tipo individual — incluyendo la valoración integral, la detección temprana, la protección
9.2. Ejecución de intervenciones individuales de promoción y mantenimiento de la salud	9.2.1 Realiza la planeación de las intervenciones individuales de promoción y mantenimiento de la salud en el marco del plan de cuidado primario y las metas trazadas para su población afiliada.	9.2.1. Evidencia que ejecuta, en todos los territorios donde tiene funcionamiento autorizado, las atenciones individuales en salud de promoción y mantenimiento de la salud, con enfoque de curso de vida, garantizando valoración integral, detección temprana, protección específica y actividades de educación. Debe demostrar cumplimiento de las metas trazadas y su articulación con la RIITS.	específica y la educación para la salud—, así como el cumplimiento de los compromisos derivados del análisis de los eventos de salud pública, asegurando la articulación operativa entre la atención individual y las acciones colectivas de vigilancia y respuesta territorial.
9.3. Vigilancia en Salud pública	9.3.1 Define una metodología de auditoría del proceso de vigilancia en salud pública en su red integral e integrada territorial de prestación de servicios de salud.	9.3.1 Aplica una metodología de auditoría para el seguimiento a las funciones de vigilancia en salud pública en su red integral e integrada territorial de prestación de servicios de salud, con evidencia documentada de hallazgos, análisis, planes de mejora y resultados, incluyendo unidades de análisis, COVES u otros espacios definidos en el territorio.	
	9.3.2. Cuenta con procedimientos claros para cumplir con las funciones que le corresponden en el marco del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, conforme a lo establecido en la normatividad vigente, incluyendo la recolección, análisis, reporte y respuesta a los eventos de interés en salud pública.	9.3.2. Demuestra su participación en espacios territoriales de análisis de la situación de salud y eventos en salud pública (como Unidades de Análisis, COVES, mesas intersectoriales), y el cumplimiento de compromisos derivados de dichos espacios, con capacidad de respuesta y toma de decisiones en salud pública.	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

**Componente 10. Contratación y pago de tecnologías en salud y mecanismos de auditoría**

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
10.1 Política de contratación y pagos	10.1.1 Cuenta con una política formal adoptada y documentada sobre acuerdos de voluntades que promueva la gestión del riesgo y resultados en salud, con manejo de conflicto de intereses, en coherencia con la normatividad vigente.	10.1.1 Cuenta con un Manual de contratación implementado con evidencia de aplicación por tipo de prestador y etapa pre-contractual, contractual y post-contractual.  Demuestra la implementación del manual de contratación establecido por el asegurador, en armonía con la normatividad vigente; especificando cada modalidad de pago, en las etapas precontractual, contractual, de ejecución y liquidación tanto para los proveedores de tecnologías de salud como demás servicios que requiera la entidad para su funcionamiento. Se deberá demostrar la contratación de la demanda real de servicios respecto a la oferta disponible de cada prestador y/o proveedor de tecnologías en salud en coherencia con las modalidades de pago. Se debe tener en cuenta la información derivada de la nota técnica en la contratación; previa firma de cualquier contrato.	10.1.1 Demuestra la coherencia entre las necesidades en salud de la población en el territorio y los acuerdos de voluntad establecidos con la RIITS, nota técnica; sin ventajas indebidas ni afectación al equilibrio del sistema.
	10.1.2 Determina la política de pagos para los prestadores y proveedores de tecnologías en salud y otros; esta deberá estar acorde la normatividad vigente.	10.1.2 Demuestra el Cumplimiento de pagos conforme a lo normado, sin retrasos ni distorsiones financieras.  Garantiza la ejecución de los contratos en cuanto a la prestación efectiva de los servicios y tecnologías de salud; de igual forma para los demás servicios que requiera la entidad para su funcionamiento.	10.1.2 Garantiza la no realización de operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector.
		10.1.3 Cuenta con un sistema de seguimiento a la ejecución contractual, que incluya metas, tarifas, indicadores, facturación,	10.1.3 Garantiza el pago oportuno a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, según lo normado,

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
		glosas y pagos, visualizado en un tablero de control territorial.	acorde con las obligaciones causadas por concepto de prestación de servicios, tecnologías en salud.
		10.1.4 Demuestra la trazabilidad en los pagos, de conformidad con los acuerdos de voluntades y la normativa vigente.	10.1.4 Garantiza la formulación y comunicación de devoluciones y glosas durante el trámite de auditoría acorde con la normatividad vigente.
		10.1.5. Demuestra el cumplimiento oportuno con las obligaciones económicas contractuales con prestadores y proveedores de tecnologías en salud.	
10.2. Organización y estructura de auditoría	10.2.1. Documenta la existencia de un proceso estructurado de auditoría concurrente y de cuentas médicas, que cumpla la normatividad vigente y que permita la validación técnica, contractual y financiera del servicio, con herramientas que aseguren trazabilidad del proceso. Incluye las herramientas o el sistema de información que permitan articular los diferentes procesos.	10.2.1. Evidencia el resultado de la auditoría concurrente y de cuentas médicas a través de un modelo o metodología que muestre la trazabilidad desde el momento de radicación de la facturación por los canales transaccionales, los procedimientos de validación de tarifas y parámetros contratados, el estado de la auditoría, las devoluciones y glosas, el reconocimiento de las cuentas por pagar y los pagos efectuados.	
	10.2.2 Cuenta con un sistema que permita evaluar la calidad del servicio prestado por cada prestador y proveedor, con desagregación territorial y consolidado nacional.	10.2.2 Demuestra la existencia de un sistema de monitoreo y evaluación de la calidad en la RIITS, este deberá visualizarse a nivel territorial (regional funcional, departamentos, distritos, subregional funcional y municipios) y consolidado.	
	10.2.3 Documenta los procedimientos para verificar la atención efectiva de los usuarios, cumplimiento financiero, calidad del servicio y satisfacción del usuario.	10.2.3. Implementación de procedimientos que permitan establecer la atención efectiva de los usuarios, el cumplimiento de los contratos en el ámbito de prestación de servicios, financiero, de calidad y de satisfacción al usuario.	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

**Componente 11. Gestión del talento humano con enfoque diferencial y territorial**

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
11.1. Gestión del talento humano con enfoque diferencial y territorial	<p>11.1.1 Cuenta con procesos de talento humano formalmente establecidos y aplicados, que abarquen al menos las siguientes fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) selección y vinculación del personal,</li> <li>b) inducción, formación continua y desarrollo de capacidades,</li> <li>c) evaluación periódica del desempeño,</li> <li>d) políticas institucionales de talento humano,</li> </ul> <p>todo ello en cumplimiento de las disposiciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluyendo la inscripción y validación en el ReTHUS cuando aplique.</p>	<p>11.1.1 Evidenciar la implementación de la política de talento humano y los procesos de selección, capacitación y evaluación del desempeño que garanticen el conocimiento, competencias, experiencia y óptimo desempeño del personal que hace parte de la entidad; en cumplimiento de las disposiciones vigentes sobre la materia emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. (Rethus).</p> <p>Evidencia de contratación de personal conforme al perfil requerido, distribuido según el ámbito territorial de autorización de funcionamiento</p>	<p>11.1.1 La entidad debe acreditar que cuenta con talento humano permanente vinculado con el perfil de competencias requerido para el desarrollo de las funciones propias del aseguramiento en salud, la gestión del riesgo, la gestión de la calidad, la atención de usuarios, la auditoría, la gestión contractual y tecnológica, entre otros. El personal debe responder a las características del territorio y atender criterios de enfoque diferencial y poblacional.</p> <p>11.1.2 Evalúa y ajusta periódicamente la política y procesos de talento humano, en función del desempeño institucional, las necesidades del territorio y la retroalimentación de los usuarios internos.</p>

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

**Componente 12. Tecnologías de información, interoperabilidad y sistemas de soporte para la operación territorial.**

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
12.1. Plan estratégico de tecnologías de información - TI.	12.1.1. Documenta su plan estratégico de tecnologías de información, incluyendo: sistemas a adquirir, cronograma de implementación, estándares de comunicación, estructura organizacional de Tecnologías de Información y estrategias de tecnologías móviles.	12.1.1 Evidenciar el óptimo funcionamiento del sistema de información, mostrando el desarrollo de los módulos o herramientas que permitan recopilar, analizar, interoperar y disponer de la información de los diferentes procesos del asegurador, la automatización de los procedimientos internos, la conexión remota entre sedes, los mecanismos de seguimiento, control y mejora de los servicios de tecnología, evaluación del grado de satisfacción de los usuarios.	12.1.1 Existencia de un área responsable y contar con una estrategia de planeación, desarrollo, gestión y evaluación de los sistemas de información de la entidad.
		12.1.2. Existencia de un área responsable de TI y una estrategia de planeación, desarrollo y evaluación de sistemas de información orientada a la mejora continua.	
12.2. Sistemas de información	12.2.1. Demuestra que dispone de manuales de usuario, procesos de entrenamiento y funcionamiento efectivo de sus sistemas de información en las áreas críticas (afiliación, PQRD, requerimientos judiciales, riesgos en salud, RIITS, referencia, gestión económica, financiera, contractual, y relación con ADRES).	12.2.1 Demuestra el funcionamiento, la interoperabilidad y las salidas continuas de información para los siguientes sistemas:  a) Afiliación, novedades y reconocimiento de prestaciones económicas, que permita su depuración y el correcto y oportuno registro, para disponer de la información nominal actualizada para la operación del aseguramiento. Además de la sincronización de la información con el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), en los sistemas propios, en la información disponible a los prestadores y proveedores para la atención y en la BDUA, conforme a la normatividad vigente. b) Peticiones, quejas, reclamos y denuncias, que permita su adecuada gestión. c) Gestión de requerimientos judiciales, que permita la trazabilidad en la gestión de los requerimientos. d) Gestión de riesgos en salud, que permita la verificación periódica del estado de salud, la	12.2.1 Cumple con la calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia de la información solicitada por el Ministerio de salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, acorde con la normatividad vigente en cada materia.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
		<p>trazabilidad y gestión individual de riesgos en salud, con énfasis en las actividades de valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud. e) Gestión de la red integral de prestación de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, permitiendo evidenciar el accionar de las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud.</p> <p>f) Gestión de los procesos de referencia y contrarreferencia, con los elementos de trazabilidad que den cuenta de la oportunidad, acceso y continuidad en la prestación de los servicios de salud al afiliado</p> <p>g) Gestión de riesgos económicos y operativos de la entidad.</p> <p>h) Gestión financiera y contable; generación de los estados financieros de la entidad, que brinden información financiera comprensible, transparente, comparable, pertinente, confiable y útil.</p> <p>i) Consolidación sobre contratación, facturación, auditoría y pago a prestadores y proveedores de tecnologías en salud. La radicación de las facturas por parte de los prestadores y proveedores de tecnologías en salud, que garantice su trazabilidad y la información sobre su trámite en la Web de la entidad.</p> <p>j) Disponibilidad de la información para los procesos de gestión de los recursos con ADRES, que como mínimo incluya: recaudo de cotizaciones, compensación, liquidación mensual de afiliados, prestaciones económicas, giro directo, y los demás que defina la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>k) Recaudo agregado anual de los costos compartidos por los usuarios (copagos y cuotas moderadoras) a partir de lo reportado por la red contratada.</p>	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
12.3. Seguridad, privacidad y trazabilidad de la información de la entidad	12.3.1. Política de seguridad, privacidad y confidencialidad de la información, adecuada al Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información para Gobierno en Línea y la normatividad vigente sobre protección de datos personales y de manejo de información en el sector salud.	12.3.1 Evidencia la implementación periódica y ordenada de controles y mecanismos para alcanzar los niveles requeridos de seguridad, privacidad y trazabilidad de los Sistemas de Información y la información como tal.	
12.4. Contingencia, continuidad y respaldo de los sistemas de información de la entidad	12.4.1. Documenta un plan de contingencia, continuidad y sistemas de respaldo que le permitan a la entidad, garantizar la integridad y disponibilidad de la información y continuar su operación ante un daño total o parcial de sus sistemas, destrucción de infraestructura, pérdida de información o robo de sus equipos de cómputo, así como regresar a su normal funcionamiento.	12.4.1 Demuestra la funcionalidad del plan de contingencia, continuidad y sistemas de respaldo. Implementación de procesos y procedimientos de soporte, y mantenimiento preventivo y correctivo de los servicios de tecnologías de la información, acorde con las necesidades de su operación. Mecanismos para realizar el mantenimiento evolutivo, gestión de cambios y corrección de fallos en sus sistemas de información y Entrenamiento al talento humano de la organización en el manejo del plan de contingencia.	
	12.4.2 Diseño de los módulos del sistema de información que contiene la información de los ordenamientos médicos, la remisión y/o autorización al Prestador o Proveedor según la modalidad de pago, los valores o costo, la información de la atención o del suministro efectivo, el tablero de control y/o las herramientas de seguimiento y control a la prestación efectiva.	12.4.2. Funcionamiento efectivo del Sistema de Información que permita el manejo de los datos y operatividad acerca de la prestación de los servicios de salud, en forma pertinente y ágil, suministrando con alto grado de confiabilidad la información relevante acerca de la prestación de los servicios de salud, que incluya:  a) Información oportuna y en línea de los ordenamientos médicos de los diferentes prestadores. b) Disponibilidad de mecanismos de remisión y/o autorización electrónica de servicios, para prestadores de servicios y usuarios, según las modalidades de pago. c) Información oportuna y en línea de las atenciones recibidas por los usuarios, en prestadores y proveedores, en todas las modalidades de pago. d) Interoperabilidad con los canales de comunicación dispuestos para el usuario que	

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces; se adoptan disposiciones para su funcionamiento en las subregiones funcionales para la Gestión Territorial Integral de la Salud Pública y se establecen las reglas para la asignación de afiliados, en el marco del proceso de territorialización del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo.”

Estándares	Criterios		
	Autorización	Habilitación	Permanencia
		<p>permitan la remisión y/o autorización de las tecnologías en salud, por medios electrónicos.</p> <p>e) Análisis de efectividad y oportunidad en la remisión y/o autorización de procedimientos, productos médicos (medicamentos y dispositivos médicos).</p> <p>f) Análisis de efectividad y oportunidad en la prestación efectiva de los servicios de salud y entrega de productos médicos (medicamentos y dispositivos médicos) ordenados o programados para los usuarios.</p>	
		<p>12.4.3. Demuestra el uso efectivo de aplicativos o herramientas tecnológicas que le permitan a los afiliados y usuarios disponer de la información del prestador primario asignado, red de servicios en cada ámbito de prestación, programación de acciones de promoción y mantenimiento de la salud, remisiones, ordenamientos médicos y autorización de las órdenes médicas recibidas, cobro de cuotas moderadoras y copagos, atenciones en salud recibidas.</p>	