	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

CIRCULAR EXTERNA RA_NOTI_S DE ANHO_S

DIA_S-MES_S-ANHO_S

PARA: ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, ENTIDADES ADAPTADAS DE SALUD, ENTIDADES PERTENECIENTES A LOS REGIMENES ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES, SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA, EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA, ENTIDADES TERRITORIALES E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO.

DE: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

ASUNTO: POR EL CUAL SE MODIFICAN LOS ANEXOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON RECLAMOS EN SALUD Y LOS TÉRMINOS PARA RESOLVER LOS RECLAMOS EN SALUD

FECHA: DIA_S-MES_S-ANHO_S

I. ANTECEDENTES Y CONSIDERACIONES.


La Circular 008 de 2018 en el título VII capítulo primero estipula que toda petición, queja o reclamo -PQR- que se realice en el marco del acceso, la atención o la prestación del servicio de salud tiene una múltiple connotación de derecho fundamental, pues convergen en ella la protección constitucional y legal del derecho fundamental de petición, y del derecho fundamental a la salud, que a su turno involucra otros derechos fundamentales como la vida misma, la dignidad y la intimidad y por tanto la normatividad contempla términos especiales para los casos relacionados con servicios de salud, ya que las barreras que puedan presentarse para acceder al servicio o la no adecuada prestación de este pueden implicar un perjuicio irremediable para la persona que interpone.

Dado el contexto anterior, en el numeral 3.3 del capítulo ya mencionado, se definen los conceptos de petición, queja y reclamo, y se establecen los términos para resolver las PQR, indicando que estas deberán ser resueltas con la inmediatez que el caso requiera sin exceder un plazo máximo de 5 días siempre que no haya factores que requieran solución inmediata y 2 días en los casos en los que la PQR sea marcada como riesgo vital y requiera una solución inmediata.

Ahora bien, teniendo en cuenta la necesidad manifestada por los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) que sus reclamos sean resueltos de fondo, con la inmediatez que la situación clínica del paciente requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud, se identificó la necesidad de replantear los plazos máximos establecidos para dar respuesta.

Adicionalmente, en la mencionada circular se ordena a las EAPB “establecer un sistema de recepción y administración de las PQR que logre superar las barreras administrativas que, eventualmente, dilatan o niegan el acceso a los servicios de salud o afectan la calidad de su prestación; y garantizar al usuario la materialización efectiva de su derecho fundamental a la salud”.

Dado este sistema, en el año 2020 la Superintendencia Nacional de Salud emitió la Circular Externa 017 donde se requería que las EPS, EPSI, Entidades Adaptadas y Entidades de los Regímenes Especiales y de Excepción reportaran de manera mensual las PQR radicadas directamente a la entidad a través de sus sistemas, así como las PQR gestionadas y cerradas. Estos reportes deben hacerse de acuerdo con las clasificaciones establecidas por la Supersalud.

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

RA_NOTI_S

Dentro de las clasificaciones establecidas se construyó una nueva clasificación de motivos para los reclamos que presentan los usuarios, esta clasificación se encuentra parametrizada por un árbol de motivos compuesto por macromotivos, motivos generales, motivos específicos, tipo de motivo específico y subtipo de motivo específico y permite tipificar el reclamo de manera más fidedigna a la necesidad real del usuario, facilitar la gestión por parte del vigilado y ejercer la inspección y vigilancia sobre el cumplimiento de los derechos en salud y la debida atención y protección al usuario por parte de la Supersalud. Esta nueva clasificación implica un ajuste en el reporte del **Anexo Técnico GT005** de la Circular Externa 017 de 2020.

II. INSTRUCCIONES.

PRIMERA: Modifíquese el numeral 3.3 del capítulo VII PROTECCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA de la Circular 047 de 2007 modificada por la Circular 008 de 2018, el cual quedará así:

3.3 PETICIONES

Para efectos de la atención a las diferentes clases de peticiones la Supersalud adopta las siguientes definiciones:

Petición: Mediante la cual una persona por motivos de interés general o particular solicita la intervención de la entidad para la resolución de una situación, la prestación de un servicio, la información o requerimiento de copia de documentos, entre otros.

Queja: Manifestación de una persona, a través de la cual expresa inconformidad con el actuar de un funcionario de la entidad.


Reclamo de riesgo simple: A través del cual los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud por parte de un actor del Sistema de Salud o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud.

Reclamo de riesgo priorizado: Reclamo que involucra algún riesgo para la integridad de las personas o que según criterio institucional afecten a poblaciones vulnerables o causen gran impacto en el SGSSS o el sector.

Reclamo de riesgo vital: Reclamo que involucra un riesgo inminente para la vida o la integridad de la persona; puede tratarse de un usuario cuya condición clínica representa un riesgo vital, , o que en caso de no recibir atención inmediata presenta alta probabilidad de pérdida de miembro u órgano; o que refiere presentar un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado; o manifiesta una condición en salud que de no recibir el servicio requerido en el corto plazo, podría presentar un rápido deterioro que pone en riesgo la integridad de la persona e incluso ocasionar la muerte.

Toda PQRD que se realice en el marco del acceso, la atención o la prestación del servicio de salud tiene una múltiple connotación de derecho fundamental, pues convergen en ella la protección constitucional y legal del derecho fundamental de petición, y del derecho fundamental a la salud, que a su turno involucra otros derechos fundamentales como la vida misma, la dignidad y la intimidad.

Los mecanismos, procesos y procedimientos adoptados por las EAPB e IPS, debe tener como fin resolver las PQR que se presenten de manera objetiva, oportuna y eficiente, cuyo trámite debe garantizar los máximos de niveles de accesibilidad, resolutivez, efectividad, seguimiento y control, y constituir insumos para el mejoramiento continuo no solo del proceso de atención al usuario y trámite de PQR, sino también de los servicios que son objeto de reclamación. Para la

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

RA_NOTI_S

adecuación del sistema de trámite, análisis y seguimiento de PQR, éstas deben servir de insumo para las auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud¹ y los respectivos planes de mejoramiento resultantes de las mismas.

Los sistemas de administración de las PQRD deberán permitir la consulta permanente en línea por parte del usuario, del estado de su petición. Esto no significa que el usuario no pueda acudir a otros medios de información y comunicación según su propia voluntad, capacidades y particularidades, pues se debe garantizar que tendrá acceso al seguimiento de sus PQR por el medio que elija dentro de los canales de atención dispuestos por la entidad, sin que en ningún momento estos canales de acceso sean excluyentes el uno del otro.

Las entidades emplearán en el trámite de las PQR de los usuarios para su registro, conservación y control, un sistema de archivo que podrá organizarse a través de un formato de control que contenga como mínimo los siguientes aspectos:

- a) Fecha de recibo de la PQRD.
- b) Canal de presentación de la PQRD.
- c) La codificación asignada por la entidad
- d) Entidad a la cual está asociada la PQRD (nombre del prestador o Asegurador)
- e) Nombre del peticionario
- f) Tipo de identificación del peticionario
- g) Número de identificación del peticionario
- h) Datos de contacto del peticionario
- i) Nombre del afectado/paciente
- j) Tipo de identificación del afectado
- k) Número de identificación del afectado
- l) Datos de contacto del afectado
- m) Indicar si existe o no fallo judicial (tutela)
- n) Lugar de origen de la petición: Departamento y municipio
- o) Régimen (contributivo, subsidiado, excepción, especial)
- p) Estado de la PQRD.
- q) Fecha de la solución de la PQRD.
- r) Acción realizada para solucionar la PQRD y solicitudes de información, (Descripción breve).

Ante una eventual negación de la solicitud debe indicarse:


- a) Motivo que fundamenta la negación.
- b) Responsable de la negación.

Adicionalmente, las entidades deberán resolver las PQR de los usuarios en los términos establecidos para el efecto, teniendo en cuenta las características del derecho a la salud y lo dispuesto al respecto en el artículo 20 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo -CPACA. Cuando para el trámite de una PQR existan dos normas aplicables, prevalecerá aquella que sea más favorable para el usuario de acuerdo con su pretensión.

Instrucciones específicas para las EAPB

Las EAPB, o quienes hagan sus veces, en su calidad de responsables de obligaciones indelegables como son la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios para el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y demás actores, deben establecer un sistema de recepción y administración de las peticiones, quejas, reclamos y denuncias -PQRD- que logre superar las barreras administrativas que, eventualmente,

¹ Art. 2.5.1.4.5 y 2.5.1.4.6 Decreto 780 de 2016

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

RA_NOTI_S

dilatan o niegan el acceso a los servicios de salud o afectan la calidad de su prestación, y garantizar al usuario la materialización efectiva de su derecho fundamental a la salud en condiciones de calidad, continuidad, oportunidad e integralidad y demás principios inmersos en la naturaleza de este derecho, cuya prestación constituye un servicio público esencial.

3.3.1 Trámite de la PQRD

Toda PQRD deberá ser respondida de fondo al usuario dentro de los términos que corresponda según la clase de petición, por el medio que el usuario indique, sin perjuicio que pueda obtener información sobre el estado de esta por cualquiera de los canales de comunicación de la entidad (telefónico, web, personalizado y los demás que disponga la entidad). En los casos en que el usuario no indique el medio para recibir la respuesta ésta se le enviará a la dirección de correo electrónico que tenga registrado, en caso de que no cuente con este, a la dirección física de su residencia, dejando evidencia de la actuación. Es importante resaltar que, para dar respuesta a las PQR, las entidades no podrán exigir al usuario documentos que reposen en su poder o en entidades que conformen su red prestadora de servicios cuando sea del caso.

Se entenderá que no hay respuesta cuando ésta se emita por fuera de los plazos correspondientes según la clase de PQRD y en los eventos en los cuales la entidad implicada no remita una solución de fondo frente a las necesidades planteadas por el usuario. La respuesta y decisión de la entidad al peticionario deberá ir fechada y con la dirección correcta; deberá ser completa, clara, precisa y contener la solución o aclaración de lo reclamado junto con los fundamentos legales, estatutarios o reglamentarios que la soporten.

Adicionalmente, la respuesta deberá ir acompañada de copia de los documentos que, de acuerdo con las circunstancias, se estimen apropiados para respaldar las afirmaciones o conclusiones de la institución. En este sentido, es obligación de las EAPB e IPS adoptar los correspondientes sistemas de archivo que les permitan la verificación de la información.


Las entidades deben informar al usuario que, en el evento de no obtener respuesta a la PQR, el usuario podrá comunicarlo a la Superintendencia y constituirá insumo para adelantar las acciones de inspección, vigilancia y control a que haya lugar. Esto sin perjuicio de las acciones que se pueden adelantar por hecho inicial que generó la PQR.

Cuando una PQRD deba ser contestada de manera negativa, la respuesta debe sujetarse al formato de negación de servicios y ser efectuada exclusivamente a través de profesionales de la salud, ampliamente capacitados para emitir concepto.

La respuesta se entenderá de fondo, cuando brinde información veraz, oportuna, de calidad, garantizando siempre que no se obstaculice el tratamiento o servicio del afiliado y, en consecuencia, debe verificarse que la salud, la integridad y la vida del usuario no se ponen en riesgo en ningún momento a causa de la negación.

Toda comunicación que se dirija a un usuario en relación con una PQRD deberá contener una advertencia en caracteres destacados, que frente a cualquier desacuerdo con la decisión adoptada por la entidad ante la cual se elevó la respectiva PQRD, se puede formular una PQRD ante la Superintendencia Nacional de Salud. Asimismo, se deberá informar al usuario previamente que, de no obtener respuesta por parte de la entidad podrá elevar una PQRD ante esta Superintendencia. Adicionalmente, cuando la PQR corresponde a una EPS del régimen subsidiado, se debe informar al usuario que podrá elevar ante la correspondiente Dirección de Salud Departamental, Distrital o Local.

En caso de negación, es obligación de las EAPB e IPS, diligenciar completamente el formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos que se encuentra

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

RA_NOTI_S

a continuación y que puede ser consultado en el enlace: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/OtrosDocumentosProteccionUsuario/Formato-de-negacion-de-servicios-de-salud.docx>, haciendo claridad que el mismo no podrá ser modificado.

3.3.2 Términos para resolver las PQRD:

Las EAPB e IPS, deberán resolver las PQRD de los usuarios en los términos establecidos para tal efecto en el -CPACA, según la clase de petición. Se reitera que las peticiones en materia de salud se enmarcan de manera general en el artículo 20 de la Ley 1755 de 2015 y, en consecuencia, en uso de las facultades para impartir instrucciones de inmediato cumplimiento, se requiere la solución de las PQRD que afecten la salud y la vida dentro de los siguientes términos:

3.3.2.1 Reclamos de riesgo simple: Los reclamos de riesgo simple en salud relacionados con el acceso al sistema de salud, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios para acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, y la inadecuada prestación del servicio de salud que afecte la oportunidad, continuidad o integralidad, presentados directamente por los usuarios o a través de un tercero ante la entidad responsable o ante esta Superintendencia, trasladados al vigilado, se deben resolver de fondo en un término máximo de setenta y dos (72) horas a partir de la fecha de radicación.

Estos reclamos deberán ser resueltos con los máximos niveles de accesibilidad, resolutivez, efectividad, seguimiento y control, garantizando que las acciones adelantadas, den respuesta a lo requerido, remitiendo los soportes de lo actuado.

No obstante, en las situaciones en que se trate de asuntos y poblaciones que cuenten con términos específicos, se aplicarán los términos dispuestos en la normatividad vigente como son los siguientes casos que se enuncian, a manera de ejemplo:

- Consultas médicas²: Los servicios de consulta externa médica, odontológica, y de especialista, así como los apoyos diagnósticos, es decir, exámenes de laboratorio e imagenología, le serán asignados dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a su solicitud a los afiliados mayores de 62 años.
- Formula de medicamentos³: Cuando la EPS no le suministre de manera inmediata los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios, debe garantizarles su entrega en el domicilio dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes (o inmediatamente si es de extrema urgencia) a los afiliados mayores de 62 años.
- Reclamo por entrega incompleta de medicamentos: Mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en el lugar de residencia o de trabajo del afiliado, cuando éstos lo autoricen, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la reclamación⁴.
- Continuidad de servicios: Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas⁵.


Cada petición particular debe ser evaluada y valorada según las particularidades de caso y las condiciones del paciente, de manera que siempre se respete del derecho fundamental a la salud y se garantice la continuidad, la oportunidad y la integridad en el tratamiento en salud al usuario. Siempre se debe valorar la

² Ley 1171 de 2007, art. 12

³ Ley 1171 de 2007, art. 13

⁴ Art, 5, numeral 7 Res. 1604 de 2013

⁵ Art. 6 Principios, literal d) Ley 1751 de 2015

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

RA_NOTI_S

inmediatez que requiera cada caso y el término de setenta y dos (72) horas para resolver las PQRD deben entenderse como plazo máximo otorgado siempre que no haya factores que requieran solución inmediata.

3.3.2.2 Reclamos de riesgo priorizado: Estos reclamos en salud deberán ser resueltos con la inmediatez que la situación del paciente requiera y, en todo caso no podrán superar el término máximo de cuarenta y ocho (48) horas.

3.3.2.3 Reclamos de riesgo vital: Estos reclamos en salud deberán ser resueltos de manera inmediata y en todo caso no podrán superar el término máximo de veinticuatro (24) horas.

3.3.2.4 Peticiones generales: Las peticiones generales, es decir aquellas que contienen solicitudes de información y/o no están relacionadas con la garantía del acceso a los servicios de salud, ni con la atención o prestación de servicios de salud y por tanto no tienen aplicación del art. 20 de la Ley 1755 de 2015, se resolverán de conformidad con los términos de la citada Ley:

- a) Peticiones generales: quince (15) días hábiles.
- b) Solicitudes de información: diez (10) días hábiles.
- c) Copias: dentro de los tres (3) días hábiles – Si las copias son de historias clínicas o de exámenes y se requieran para una consulta o urgencia, serán catalogados como reclamos.

Teniendo en cuenta el literal b) *Principio Pro Homine* del Art 6 de la Ley 1751 de 2015, las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.


3.3.3 Reporte líneas de atención para los reclamos riesgo de vida: Instrucciones específicas para las EAPB

Las EAPB o las que hagan sus veces, deberán reportar ante esta Superintendencia los datos de contacto para la operación de los reclamos marcados con riesgo de vida, cuyo seguimiento está cargo del Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud -SIS, garantizando la disponibilidad permanente de dichos contactos. Dichos datos de contacto se deberán reportar a través del aplicativo NRVCC <https://nrvc.supersalud.gov.co/> en el módulo de Datos Generales.

Para efectos de garantizar la disponibilidad y atención permanente, se solicita que los contactos que se designen sean contactos institucionales que no estén sujetos a la disposición personal de los funcionarios o trabajadores. En el evento de presentarse algún cambio en los datos de contacto, deberá ser actualizado de forma inmediata ingresando al módulo de datos generales, en el aplicativo NRVCC.

SEGUNDA: Modifíquese el **Anexo Técnico GT005 - Inventario de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias radicadas** de la Circular Externa 017 de 2020, por el **Anexo Técnico GT005 – Inventario de reclamos en salud** en el cual deberán reportarse todos los reclamos en salud que recibe directamente la entidad **excluyendo** los **trasladados por la Superintendencia Nacional de Salud**.

Teniendo en cuenta que se trata de reclamos en salud con afectación a un usuario del Sistema de Salud, no compete el reporte de reclamos anónimos o establecidos por una persona jurídica.

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

RA_NOTI_S

La clasificación de reclamos en salud en el **Anexo Técnico GT005 – Inventario de reclamos en salud** deberá hacerse de acuerdo con las tablas de referencia: **AT GT005 – 1 "Tecnologías en salud de Alto Costo"**, **AT GT005 – 2 "Motivos de quejas o reclamos"**, **AT GT005 – 3 "Patologías"**, las cuales serán publicadas en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud, en la ruta Circulares Externas, como anexos de la presente circular. Debido a actualizaciones que puedan realizarse, el vigilado deberá revisar periódicamente estos anexos. Los cambios serán publicados en la misma ruta especificada anteriormente.

El anexo Técnico GT005 – Inventario de reclamos en salud debe ser reportado con la información completa mediante la plataforma NRVCC con corte al último día calendario del mes inmediatamente anterior y firmado por el representante legal, con una periodicidad mensual, en formato TXT, separado por pipeline (|) a más tardar el día (20) de cada mes.

El primer reporte con la modificación anteriormente señalada deberá hacerse durante los 20 primeros días calendario de agosto 2023 y deberá corresponder a la información del mes de julio de 2023.

Archivo tipo GT005 Inventario de reclamos en salud


Tipo de entidad a la que aplica: Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción.

Periodicidad: Mensual.

Fecha de corte: Último día calendario de cada mes.


Fecha del reporte: Hasta 20 días calendario después de la fecha de corte.

Elemento		Archivo Tipo GT005			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	serial	Número de serial	Registre el número de serial de reclamos de la entidad	20	Alfanumérico
2	canal	Canal a través del cual recibió el reclamo	Registre el canal a través del cual recibió el reclamo: 1:= Correo electrónico 2:= Formulario Web 3:= Teléfono 4:= Centro de atención (presencial) 5:= Otro canal 6:= Chat	1	Numérico
3	fechaRadicación	Fecha en la cual se recibió el reclamo	Registre la fecha en la cual se recibió el reclamo	10	Fecha con formato DD/MM/AAAA

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

RA_NOTI_S

Elemento		Archivo Tipo GT005			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
4	tipoldAfectado	Tipo de identificación	Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda: CC= Cédula de ciudadanía CE= Cédula de extranjería CD= Carné diplomático PA= Pasaporte SC= Salvoconducto PE= Permiso especial de permanencia RC= Registro Civil TI= Tarjeta de Identidad CN= Certificado de nacido vivo AS= Adulto sin identificación MS= Menor sin identificación PT= Permiso de Protección Temporal DE: = Documento Extranjero	2	Texto
5	idAfectado	Número de identificación	Registre el número de identificación del afiliado afectado.	17	Alfanumérico
6	codigoMunicipio	Municipio de residencia del afectado	Corresponde al Código del municipio del domicilio del afectado. Tabla de División Político Administrativa – DANE	5	Alfanumérico
7	direccion	Dirección del afectado	Registrar la dirección de correspondencia del afectado	100	Alfanumérico
8	telefono	Teléfono del afectado	Registrar el número telefónico del afectado	10	Numérico
9	correoElectronico	Correo electrónico del afectado	Registrar el correo electrónico del afectado	100	Alfanumérico
10	Poblaciones Especiales	Poblaciones especiales	Registre si el afectado pertenece a alguna(s) de las siguientes poblaciones especiales: 1:= Desplazado 2:= Habitante de Calle 3:= Mujer en estado de gestación 4:= Población con discapacidad 5:= Población privada de la libertad 6:= Víctima de violencia de género 7:= No aplica - En caso de que no pertenezca a ninguna de las poblaciones descritas en las opciones 1 al 6 o la opción 8. 8:= Víctima de Conflicto Armado En caso que el afectado pertenezca varias poblaciones, se deberá diligenciar todas las opciones sin separación. Por ejemplo, si el afectado es una persona en condición de desplazamiento (opción 1), es una mujer gestante (opción 3) y es víctima de conflicto armado (opción 8), deberá diligenciar este campo de la siguiente forma: "138".	7	Numérico

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1


RA_NOTI_S

Elemento		Archivo Tipo GT005			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
11	grupoEtnico	Pertenencia a grupo étnico	Registre el grupo étnico al cual pertenece el afectado: 1:= Negro, afrocolombiano o afrodescendiente 3:= Palenquero 4:= Indígena 5:= Raizal (del Archipiélago de San Andrés) 6:= Rom o gitano 7:= Mulato 8:= No aplica - En caso de que no pertenezca a ninguna de las poblaciones descritas en las opciones 1 al 7.	1	Numérico
12	altoCosto	Tecnologías en salud de Alto Costo	Si el reclamo en salud está relacionado con una Tecnología en salud de Alto Costo (procedimiento o medicamento), registre el código de acuerdo con la Tabla de referencia AT GT005 – 1 "Tecnologías en salud de Alto Costo" De lo contrario registrar el código "999"	3	Numérico
13	tipoReclamo	Motivo del reclamo	Registre el código del Subtipo de motivo específico del reclamo según codificación de la Supersalud (ver tabla referencia AT GT005 – 2) En caso de que el reclamo en salud haga referencia con varios motivos específicos, diligencie el motivo específico más relevante o principal.	11	Alfanumérico
14	Patología	Patología relacionada con el reclamo	Registre la condición en salud principal o relevante, relacionada con el reclamo interpuesto. (ver tabla referencia AT GT005 – 3)	2	Numérico
15	Afil_codMunicipio	Municipio de afiliación del afectado	Corresponde al Código del municipio de afiliación del afectado. Tabla de División Política Administrativa – DANE	5	Alfanumérico

TERCERA: Modifíquese el **Anexo Técnico GT006 – Respuestas de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias**, de la Circular Externa 017 de 2020, por el **Anexo Técnico GT006 – Respuestas de reclamos en salud**, en el cual deberán reportarse todos los reclamos cerrados en el mes inmediatamente anterior, independientemente de la fecha de radicación; **incluyendo** los **reclamos recibidos directamente por la entidad**, así como los **trasladados por esta Superintendencia**.

Se deben especificar las acciones que se realizaron en respuesta al reclamo, de acuerdo con la tabla de referencia **AT GT006 – 1 "Acciones o Respuestas a reclamos en salud"**, la cual será publicada en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud, en la ruta Circulares Externas, como anexo de la presente circular. Debido a actualizaciones que puedan realizarse, el vigilado deberá revisar periódicamente este anexo. Los cambios serán publicados en la misma ruta especificada anteriormente.

El anexo Técnico GT006 – Respuestas de reclamos en salud debe ser reportado con la información completa mediante la plataforma NRVCC con corte al último día calendario del mes inmediatamente anterior y firmado por el representante legal, con una periodicidad mensual, en formato TXT, separado por pipeline (|) a más tardar el día (20) de cada mes.

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

RA_NOTI_S

El primer reporte con la modificación anteriormente señalada deberá hacerse durante los 20 primeros días calendario de agosto 2023 y deberá corresponder a la información del mes de julio de 2023.

Archivo tipo GT006 Respuestas de reclamos en salud

Tipo de entidad a la que aplica: Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción.

Periodicidad: Mensual.

Fecha de corte: Último día calendario de cada mes.


Fecha del reporte: Hasta 20 días calendario después de la fecha de corte.

Elemento		Archivo Tipo GT006			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	serial	Número de serial	Registre el número de serial que es llevado en la base de datos de reclamos de la entidad	20	Alfanumérico
2	serial SNS	Número de serial Supersalud	Si el reclamo fue trasladado por la SNS, registre el número serial SNS Ejemplo: PQR-20222100000015292 Si el reclamo no fue trasladado por la SNS registre "NA"	24	Alfanumérico
3	fechaRad	Fecha en la cual se recibió el reclamo	Registre la fecha en la cual se recibió el reclamo.	10	Fecha con formato DD/MM/AAAA
4	fechaRespuesta	Fecha en la cual se da respuesta al reclamo	Registre la fecha en la cual se da respuesta al reclamo	10	Fecha con formato DD/MM/AAAA
5	tipoRespuesta	Tipo de respuesta al reclamo	Registre el código de la respuesta del reclamo según codificación de la Supersalud (ver tabla referencia AT GT006 – 01 "Acciones o Respuestas a reclamos en salud")	3	Númérico
6	otraRespuesta	Descripción de otro tipo de respuesta	Si en el campo "tipoRespuesta" registró el código "999" "OTRO TIPO DE RESPUESTA", escriba cual fue la respuesta dada al afiliado afectado. En caso de que el tipo de respuesta corresponda a una tipología diferente a "999 – NINGUNA DE LAS ANTERIORES", deberá registrar "NA" en este campo.	200	Texto

III. VIGENCIA.

La presente Circular Externa rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial y página Web.

Dada en Bogotá D.C., a los DIA_S días del mes MES_S de ANHO_S.

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

RA_NOTI_S

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

ULAHI DAN BELTRÁN LÓPEZ
Superintendente Nacional de Salud

Enlace para acceder al documento con las tablas de referencia de los archivos tipo GT005 y GT006:

https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/OtrosDocumentosMetodologias/Tablas_de_referencia_GT005_GT006.xlsx

Nombre tablas de referencia
AT GT005 – 1 "Tecnologías en salud de Alto Costo"
AT GT005 – 2 "Motivos de quejas o reclamos"
AT GT005 – 3 "Patologías"
AT GT006 – 01 "Acciones o Respuestas a reclamos en salud"