

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO

DECRETOS

DECRETO NÚMERO 0491 DE 2012

(marzo 9)

por el cual se modifica parcialmente el Decreto 261 del 28 de enero de 2010, mediante el cual se creó la Comisión Intersectorial de Seguimiento al Sistema Penal Acusatorio Cisca.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y artículo 45 de la Ley 489 de 1998, y

CONSIDERANDO:

Que mediante Ley 1444 de 4 de mayo de 2011, se realizó la escisión del Ministerio del Interior y de Justicia, se reorganizó el Ministerio del Interior y se creó el Ministerio de Justicia y del Derecho.

Que mediante Decreto 2897 de 11 de agosto de 2011, se determinaron los objetivos, estructura orgánica y funciones de las dependencias del Ministerio de Justicia y del Derecho, se estableció dentro de tal estructura el Despacho del Viceministro de Promoción de la Justicia y el Despacho del Viceministro de Política Criminal y Justicia Restaurativa.

Que mediante Decreto 4057 del 31 de octubre de 2011, se suprimió el Departamento Administrativo de Seguridad – DAS.

Que de conformidad con el artículo 3° del Decreto 261 de 2010, el escindido Ministerio del Interior y de Justicia así como el Departamento Administrativo de Seguridad DAS, hacían parte de las entidades que integraban la Comisión Intersectorial de Seguimiento al Sistema Penal Acusatorio, y acorde con el artículo 7° *ibidem*, funcionarios de dichas entidades conformaban el Comité Técnico de la misma.

Que de las distintas reuniones realizadas por la Comisión Intersectorial de Seguimiento al Sistema Penal Acusatorio Cisca, se ha establecido la necesidad de modificar tanto la periodicidad de las reuniones como algunas funciones establecidas en el Decreto 261 de 2010.

Que los cambios en mención imponen la modificación parcial del Decreto 261 del 28 de enero de 2010,

DECRETA:

Artículo 1°. Modifíquese el literal a) del artículo 3° del Decreto 261 de 2010 el cual quedará así:

“Artículo 3°. Integración. La Comisión Intersectorial de Seguimiento al Sistema Penal Acusatorio – CISP A – estará conformada por los siguientes funcionarios”.

a) El Ministro de Justicia y del Derecho o como su delegado el Viceministro de Política Criminal y Justicia Restaurativa.

Artículo 2°. Suprimir el literal c) del artículo 3° del Decreto 261 de 2010.

Artículo 3°. Modificar el literal h) del artículo 3° del Decreto 261 de 2010, el cual quedará así:

“Artículo 3°. Integración. La Comisión Intersectorial de Seguimiento al Sistema Penal Acusatorio – Cisca – estará conformada por los siguientes funcionarios”:

h) El Presidente de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura o como su delegado el Magistrado encargado del área Penal de la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura.

Artículo 4°. Adicionar el numeral 10 del artículo 4° del Decreto 261 de 2010, el cual quedará así:

“Artículo 4°. Funciones. Son Funciones de la Comisión Intersectorial de Seguimiento al Sistema Penal Acusatorio – CISP A – las siguientes:”

10) Suministrar al Consejo Superior de Política Criminal y Penitenciaria, y, al Consejo Nacional de Policía Judicial la información sobre el funcionamiento del Sistema Penal Oral Acusatorio que sea útil para el diseño de política pública criminal y penitenciaria y para su articulación, sincronismo y materialización.

Artículo 5°. Modificar el artículo 6° del Decreto 261 de 2010, el cual quedará así:

Artículo 6°. La comisión se reunirá por derecho propio cada seis (6) meses y extraordinariamente por convocatoria del Presidente a solicitud de cualquiera de los miembros.

Artículo 6°. Adicionar un párrafo al artículo 6° del Decreto 261 de 2010, el cual quedará así:

Parágrafo. Para el análisis de temas específicos relacionados con el Sistema Penal Oral acusatorio, se podrán conformar subcomités de trabajo, los cuales estarán integrados por funcionarios de las mismas entidades que integran el Comité de acuerdo con la especialidad del tema objeto de estudio.

Cada subcomité definirá la metodología de trabajo y periodicidad de sus reuniones y reportará sus resultados al Comité Técnico, atendiendo los objetivos previstos al momento de su creación.

Artículo 7°. Modificar el numeral 2 del artículo 7° del Decreto 261 de 2010, el cual quedará así:

“Artículo 7°. Comité Técnico. La Cisca contará con un Órgano de Apoyo y Asesoría de carácter técnico integrado por funcionarios de las distintas Entidades operadoras del SPOA, así:”

2) El Viceministro de Política Criminal y Justicia Restaurativa o el Director de Política Criminal y Penitenciaria.

Artículo 8°. Suprimir el numeral 3 del artículo 7° del Decreto 261 de 2010.

Artículo 9°. Modificar el numeral 6 del artículo 7° del Decreto 261 de 2010, el cual quedará así:

“Artículo 7°. Comité Técnico. La CISP A contará con un Órgano de Apoyo y Asesoría de carácter técnico integrado por funcionarios de las distintas Entidades operadoras del SPOA, así:”

6) El Director Administrativo y Financiero, del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario Inpec.

Artículo 10. Modificar el numeral 8 del artículo 7° del Decreto 261 de 2010, el cual quedará así:

“Artículo 7°. Comité Técnico. La CISP A contará con un Órgano de Apoyo y Asesoría de carácter técnico integrado por funcionarios de las distintas Entidades operadoras del SPOA, así:”

8) El Coordinador Regional de Investigación Criminal, por parte de la Policía Nacional.

Artículo 11. Modificar el numeral 9 del artículo 7° del Decreto 261 de 2010, el cual quedará así:

“Artículo 7°. Comité Técnico. La CISP A contará con un Órgano de Apoyo y Asesoría de carácter técnico integrado por funcionarios de las distintas Entidades operadoras del SPOA, así:”

9) El Director de Protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Artículo 12. Modificar el numeral 11 del artículo 7° del Decreto 261 de 2010, el cual quedará así:

LA IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

Se permite informar que el Gobierno Nacional expidió el Decreto número 053 de 2012, publicado en el **Diario Oficial** número 48.311 del 13 de enero de 2012, mediante el cual se corrige el artículo 225 del Decreto número 019 de 2012. En consecuencia, se debe continuar publicando en el Diario Único de Contratación, los contratos suscritos por las entidades públicas del orden nacional hasta el día 1° de junio de 2012, en los términos que dispone la Ley 190 de 1995 y el Decreto número 2474 de 2008.

A partir de esta fecha quedarán derogados el párrafo 3° del artículo 41 de la Ley 80 de 1993, los artículos 59, 60, 61 y 62 de la Ley 190 de 1995 y el párrafo 2° del artículo 3° de la Ley 1150 de 2007.

DIARIO OFICIAL

Fundado el 30 de abril de 1864
Por el Presidente **Manuel Murillo Toro**
Tarifa postal reducida No. 56

DIRECTOR: **HERNÁN RAMÓN GONZÁLEZ PARDO**

MINISTERIO DEL INTERIOR

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA

HERNÁN RAMÓN GONZÁLEZ PARDO

Gerente General

Carrera 66 N° 24-09 (Av. Esperanza-Av. 68) Bogotá, D. C. Colombia
Conmutador: PBX 4578000.

e-mail: correspondencia@imprensa.gov.co

“Artículo 7°. Comité Técnico. La Cisca contará con un Órgano de Apoyo y Asesoría de carácter técnico integrado por funcionarios de las distintas Entidades operadoras del SPOA, así:”

11) Un Magistrado Auxiliar de la Corte Suprema de Justicia, designado por la Presidencia de la Sala Penal.

Artículo 13. Adicionar un numeral 12 al artículo 7° del Decreto 261 de 2010, el cual quedará así:

“Artículo 7°. Comité Técnico. La Cisca contará con un Órgano de Apoyo y Asesoría de carácter técnico integrado por funcionarios de las distintas Entidades operadoras del SPOA, así:”

12) El Subdirector de Justicia del Departamento Nacional de Planeación.

Artículo 14. Adicionar un párrafo al artículo 7° del Decreto 261 de 2010, el cual quedará así:

“Artículo 7°. Comité Técnico. La Cisca contará con un Órgano de Apoyo y Asesoría de carácter técnico integrado por funcionarios de las distintas Entidades operadoras del SPOA, así:”

Parágrafo. Serán invitados permanentes de este comité los representantes de la academia a quienes hace referencia el artículo 3° del Decreto 261 de 2010.

Artículo 15. Modificar el numeral 1 del artículo 8° del Decreto 261 de 2010, el cual quedará así:

“Artículo 8°. Funciones del Comité Técnico. Serán funciones del Comité Técnico las siguientes:”

1) Sesionar ordinariamente una vez por bimestre y al menos ocho (8) días antes de cada sesión de la Comisión Intersectorial de Seguimiento al Sistema Penal Oral Acusatorio para preparar los informes que esta requiera.

Artículo 16. Vigencia. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 9 de marzo de 2012.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN.

El Ministro de Justicia y del Derecho,

Juan Carlos Esguerra Portocarrero.

DECRETO NÚMERO 0510 DE 2012

(marzo 9)

por el cual se establece la planta de personal de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado y se dictan otras disposiciones.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las facultades constitucionales y legales y en especial las que le confieren el numeral 14 del artículo 189 de la Constitución Política y el artículo 115 de la Ley 489 de 1998, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 5° de la Ley 1444 de 2011, en su párrafo, creó la Agencia Nacional de Defensa Jurídica de la Nación como una Unidad Administrativa Especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Justicia y del Derecho.

Que en uso de las facultades extraordinarias establecidas en el literal f) del artículo 18 de la Ley 1444 de 2011, el Presidente de la República, mediante Decreto 4085 de 2011, estableció los objetivos y estructura de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado y ordenó la adopción de la planta de personal necesaria para su funcionamiento.

Que en cumplimiento del artículo 46 de la Ley 909 de 2004, modificado por el artículo 228 del Decreto-ley 019 de 2012 y los artículos 95 a 97 del Decreto 1227 de 2005, para efectos de establecer su planta de personal, la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado presentó al Departamento Administrativo de la Función Pública el estudio técnico, el cual encontró ajustado técnicamente emitiendo, en consecuencia, concepto técnico favorable.

Que para los fines de este Decreto, la Dirección General del Presupuesto Público Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público otorgó concepto de viabilidad presupuestal.

DECRETA:

Artículo 1°. Las funciones propias de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado serán atendidas por la planta de personal que se establece a continuación:

Número de Cargos	Denominación del cargo	Código	Grado
Despacho Director			
1 (Uno)	Director General de Agencia	E3	08
4 (Cuatro)	Experto	G3	08
10 (Diez)	Experto	G3	07
12 (Doce)	Experto	G3	06
6 (Seis)	Gestor	TI	16
6 (Seis)	Analista	T2	06
2 (Dos)	Técnico Asistencial	O1	12
2 (Dos)	Técnico Asistencial	O1	10
2 (Dos)	Técnico Asistencial	O1	05
Planta Global			
1 (Uno)	Secretario General de Agencia	E6	04
3 (Tres)	Director Técnico de Agencia	E4	04
1 (Uno)	Subdirector Técnico de Agencia	E5	02
3 (Tres)	Jefe de Oficina de Agencia	G1	07
11 (Once)	Gestor	T1	16
3 (Tres)	Gestor	T1	15
1 (Uno)	Gestor	T1	07
11 (Once)	Analista	T2	06
19 (Diecinueve)	Técnico Asistencial	O1	12
10 (Diez)	Técnico Asistencial	O1	10
2 (Dos)	Técnico Asistencial	O1	05

Artículo 2°. El Director General de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, mediante acto administrativo, distribuirá los cargos de la planta global y ubicará al personal teniendo en cuenta la organización interna, los planes, los programas y las necesidades del servicio de la Agencia.

Artículo 3°. El Director General proveerá los empleos creados en el presente decreto, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes y conforme a las apropiaciones presupuestales.

Artículo 4°. *Transitorio.* El Certificado de Disponibilidad Presupuestal para proveer los nombramientos de Director General de Agencia, Secretario General de Agencia y Jefe de Presupuesto o quien haga sus veces, de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, será expedido por el Jefe de Presupuesto del Ministerio de Justicia y del Derecho o por quien haga sus veces, con cargo a los respectivos presupuestos.

Artículo 5°. Los empleos de la planta de personal de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado serán provistos de conformidad con las disposiciones vigentes sobre la materia, en particular las previstas en la Ley 909 de 2004 y el Decreto 1227 de 2005 y demás normas que los adicionen, modifiquen o sustituyan.

Artículo 6°. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial el Decreto 4086 de 2011.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 9 de marzo de 2012.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

La Viceministra Técnica del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, encargada de las funciones del Despacho del Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Ana Fernanda Maignashca Olano.

El Ministro de Justicia y del Derecho,

Juan Carlos Esguerra Portocarrero.

La Directora del Departamento Administrativo de la Función Pública,

Elizabeth Rodríguez Taylor.

DECRETO NÚMERO 0512 DE 2012

(marzo 9)

por el cual se modifica la planta de empleos del Ministerio de Justicia y del Derecho y se dictan otras disposiciones.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las facultades constitucionales y legales y en especial las que le confieren el numeral 14 del artículo 189 de la Constitución Política y el artículo 115 de la Ley 489 de 1998, y

CONSIDERANDO:

Que mediante Decreto 2898 de 2011, se establece la planta de personal del Ministerio de Justicia y del Derecho.

Que en virtud del párrafo del artículo 5° de la Ley 1444 de 2011 se crea la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado y mediante Decreto 4085 de 2011 se establece los objetivos y estructura de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

Que el Ministerio de Justicia y del Derecho presentó el estudio técnico de que trata el artículo 46 de la Ley 909 de 2004, modificado por el artículo 228 del Decreto-ley 019 de 2012 y los artículos 95 a 97 del Decreto 1227 de 2005, para efectos de modificar la planta de empleos, el cual obtuvo concepto favorable del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

Que para los fines de este Decreto la Dirección General del Presupuesto Público Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público otorgó concepto favorable.

DECRETA:

Artículo 1°. *Supresión de cargos de la planta de empleos.* Suprimense de la planta de empleos del Ministerio de Justicia y del Derecho, los siguientes cargos:

Planta Global			
Nº Cargos	Denominación del Empleo	Código	Grado
3 (Tres)	Profesional Especializado	2028	22
1 (Uno)	Profesional Especializado	2028	12
1 (Uno)	Técnico Administrativo	3124	17

Parágrafo 1°. Los funcionarios a quienes se les suprime el empleo de conformidad con lo previsto en el presente artículo, serán incorporados en un empleo igual o equivalente en la planta de empleos creada para la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

Parágrafo 2°. El Director General de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado proveerá los empleos suprimidos en este decreto, mediante la incorporación directa a la planta de personal de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

Parágrafo 3°. Los empleados del Ministerio de Justicia y del Derecho a quienes se les suprime el empleo en este decreto, continuarán desarrollando las funciones a ellos asignadas y mantendrán sus condiciones laborales hasta tanto se produzca su incorporación a la planta de empleos de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

Artículo 2°. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y modifica las disposiciones que le sean contrarias, en especial el Decreto 2898 de 2011.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 9 de marzo de 2012.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

La Viceministra Técnica del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, encargada de las funciones del Despacho del Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Ana Fernanda Maiguashca Olano.

El Ministro de Justicia y del Derecho,

Juan Carlos Esguerra Portocarrero.

La Directora del Departamento Administrativo de la Función Pública,

Elizabeth Rodríguez Taylor.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 000459 DE 2012

(marzo 6)

por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

La Ministra de Salud y Protección Social, en ejercicio de las facultades legales contenidas en los artículos 2° numeral 30 del Decreto número 4107 de 2011 y 10 de la Ley 1146 de 2007 y, en desarrollo de los artículos 8° y 13 de la Ley 1257 de 2008 y 5° del Decreto número 4796 de 2011,

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1146 de 2007, “por medio de la cual se expiden normas para la prevención de violencia sexual y atención integral de niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente” en el Capítulo III establece disposiciones relacionadas con la atención en salud para niños, niñas y adolescentes, víctimas de abuso sexual, la responsabilidad de los actores del Sistema General en Salud, tanto público como privado, así como de los hospitales y centros de salud de carácter público, quienes están en la obligación de prestar atención médica de urgencia integral en salud a través de profesionales y servicios especializados;

Que el artículo 10 de la citada ley, estableció que el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, debe expedir un protocolo de diagnóstico y atención de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, dirigido a los profesionales de la salud y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud;

Que el artículo 8° de la Ley 1257 de 2008, “por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones”, consagra los derechos de las víctimas de violencia, a recibir atención integral a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad, a recibir asistencia médica, entre otros;

Que el artículo 13, numeral 1 de la Ley 1257 de 2008, consagra medidas en el ámbito de la salud, para lo cual el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, debe elaborar o actualizar los protocolos y guías de actuación de las instituciones de salud y de su personal ante los casos de violencia contra las mujeres, teniendo especial cuidado en la atención y protección de las víctimas y promoviendo el respeto de las decisiones de las mujeres sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos;

Que el Gobierno Nacional expidió el Decreto número 4796 de 2011, “por el cual se reglamentan los artículos 8°, 9°, 13 y 19 de la Ley 1257 de 2008 y se dictan otras disposiciones”, señalando en su artículo 5° que “(...) De igual forma, adoptará el Modelo y Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Protocolo de Atención.* Adoptar el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, que hace parte integral de la presente resolución, el cual es de obligatorio cumplimiento para la atención de las víctimas de violencia sexual, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, del régimen contributivo y del régimen subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 2°. *Modelo de Atención.* Adoptar el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, como marco de referencia en el seguimiento de la atención a personas víctimas de violencia sexual, por parte de las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 3°. *Revisión y actualización del Protocolo de Atención.* El Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, adoptado mediante la presente resolución será revisado y actualizado como mínimo cada dos (2) años.

Artículo 4°. *Revisión y actualización del Modelo de Atención.* El Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, adoptado mediante la presente resolución, será revisado y actualizado cuando se considere pertinente.

Artículo 5°. *Vigencia y derogatorias.* La presente resolución rige a partir de su publicación en el *Diario Oficial* y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 6 de marzo de 2012.

La Ministra de Salud y Protección Social,

Beatriz Londoño Soto.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

ALCANCE

JUSTIFICACIÓN

POBLACIÓN

1. GLOSARIO BÁSICO SOBRE VIOLENCIA SEXUAL

2. PASOS FUNDAMENTALES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

2.1 PASO 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual

2.2 PASO 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud

2.3 PASO 3. Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas

2.4 PASO 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima

2.4.1 Parte A: La anamnesis de la víctima de violencia sexual

2.4.2 Parte B: El examen clínico general de la víctima de violencia sexual

2.4.3 Parte C: El examen clínico genital y anal de la víctima de violencia sexual

2.4.4 Parte D: Diagnósticos clínicos en la víctima de violencia sexual

2.5 PASO 5. Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial

2.5.1 Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan en las primeras 72 horas luego de la agresión sexual

2.5.2 Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual

2.5.3 Solicitud de pruebas diagnósticas en víctimas que consultan después de cinco días desde la agresión sexual

2.5.4 Otras pruebas diagnósticas que pueden ser solicitados durante la atención en salud de la víctima de violencia sexual

2.6 PASO 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud

2.7 PASO 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud

2.8 PASO 8. Asegure anticoncepción de emergencia y acceso a interrupción voluntaria del embarazo

2.9 PASO 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta

2.9.1 Acciones no especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial a la institución de salud

2.9.2 Acciones especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial a la institución de salud

2.10 PASO 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima

2.11 PASO 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual

2.12 PASO 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual

2.12.1 Sobre el rol diferencial de psicólogas y psicólogos pertenecientes a diversos sectores implicados en de la atención integral de la víctima de violencia sexual

2.13 PASO 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan

2.13.1 Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia sexual que se encuentra en la USB/CD complementarios de este protocolo

2.13.2 Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente a diagnóstico principal

2.13.3 Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial

2.13.4 Atención y participación en las experiencias piloto y nuevos lineamientos nacionales que se construyan en el tema

2.14 PASO 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud

2.15 PASO 15. Efectúe un adecuado cierre de caso

3. SINOPSIS DEL PROCESO EN LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL POR EL SECTOR SALUD

4. SINOPSIS DEL PROCESO DE SEGUIMIENTO DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL POR EL SECTOR SALUD

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La violencia sexual es una problemática mundial que en las últimas décadas ha sido reconocida como una violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos que vulnera la dignidad humana, la integridad, libertad, igualdad y autonomía, entre otros. Se constituye en una problemática de salud pública por su magnitud y las afectaciones que produce en la salud física, mental y social.

Desde finales de la década de los noventa, en Colombia se han producido avances relevantes frente a la violencia sexual en materia legislativa, su reconocimiento como una problemática de salud pública, el establecimiento de los derechos de las víctimas y la adopción de guías y protocolos de atención.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con sus funciones y responsabilidades, presenta el Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual a las instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales y equipos interdisciplinarios como una herramienta de atención integral en salud para las víctimas de violencia sexual, acorde con el “Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”, construido y financiado en el marco del Convenio 620 de 2010 celebrado por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

En el proceso de construcción del Protocolo, y el Modelo que lo sustenta, se contó con la participación de profesionales de la salud (pediatría, ginecología y obstetricia, psiquiatría, auditoría en salud, salud pública, medicina forense, epidemiología, gerencia de servicios de salud, medicina tropical y salud internacional, odontología forense, psicología clínica) y de las ciencias sociales (derecho, sociología, estudios de género, ciencia política, antropología), quienes representaron a la academia, el sector estatal y las organizaciones no gubernamentales; ninguno de los cuales manifestó conflicto de intereses para su participación. Además, en este instrumento se incorporan recomendaciones de profesionales usuarios del Protocolo en el sector salud y en los sectores de protección y justicia que asistieron a los procesos de capacitación en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual organizados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el país durante el año 2011.

Este documento describe, a través de quince pasos prácticos, los lineamientos a seguir para la atención de las víctimas de violencia sexual por el personal del sector salud a lo largo de los siguientes tópicos de acción: 1. La preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual. 2. La verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud. 3. La recepción inmediata a la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas. 4. La valoración clínica inicial de la víctima. 5. La toma de las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial. 6. La profilaxis sindrómica para ITS durante la consulta inicial por salud. 7. La profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud. 8. La anticoncepción de emergencia y el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. 9. La intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta. 10. Los seguimientos clínicos requeridos. 11. La derivación hacia otros profesionales de la salud para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual. 12. La derivación hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual. 13. Los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan. 14. Los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud. 15. El adecuado cierre de caso. El Protocolo no se centra en los aspectos de detección, sino en la atención en salud de las víctimas, una vez detectadas.

Los contenidos que se incluyeron dentro de cada uno de los pasos, y los pasos mismos, fueron seleccionados mediante el consenso de las personas expertas participantes, incorporando las retroalimentaciones hechas por las y los profesionales usuarios que asistieron a las capacitaciones ya mencionadas y a los contenidos propuestos por el Modelo que sustentan el protocolo. Adicionalmente, se sometieron a una validación técnica interna a cargo de profesionales del Ministerio de Salud y Protección Social y del Convenio 168 de 2010.

Uno de los principios éticos en que se basa el presente protocolo, y que debe ser garantizado durante los 15 pasos, es el reconocimiento que la autonomía de las víctimas es prevalente ante las recomendaciones médicas que sean ofrecidas durante cualquier indicación, proceso o procedimiento incluido para la atención integral de la violencia sexual.

Está prevista la actualización periódica de los contenidos tanto del Protocolo como del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, acorde con los cambios que sucedan en el conocimiento relevante sobre el tema, la organización del sistema de seguridad social en salud colombiano, y las retroalimentaciones que se continúen recibiendo desde los equipos profesionales usuarios de este protocolo.

OBJETIVOS

Objetivo General

Brindar a los equipos de salud una herramienta metodológica y conceptual con los criterios básicos e indispensables para el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual que garanticen una atención con calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas.

Objetivos Específicos

1. Ofrecer a las instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales y equipos interdisciplinarios, procesos, procedimientos e insumos para garantizar la atención oportuna, integral y de calidad a la población más allá de la ocurrencia de los eventos que constituyen la violencia sexual y evitar la revictimización.

2. Articular guías y reglamentos relacionados con la toma de pruebas, tratamiento adecuado y acciones de protección para garantizar la integralidad de la atención y la restitución de derechos de las víctimas.

3. Poner en marcha el funcionamiento de la ruta intersectorial, articulando el sector salud con protección y justicia para garantizar la restitución de derechos de las víctimas.

4. Ofrecer instrumentos y formatos necesarios para cumplir con los procedimientos necesarios en los procesos de judicialización de los casos de violencia sexual.

ALCANCE

El Protocolo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual contiene los procesos y los procedimientos contemplados en la normatividad vigente para los actores del SGSSS y de aplicación a nivel nacional por los prestadores de servicios en salud.

El Protocolo ha sido diseñado para ser utilizado por profesionales de la salud debidamente entrenados en el manejo de víctimas de violencia sexual en las diferentes IPS y, principalmente en sus servicios de urgencias, en todo el territorio nacional. Además, ofrece a los sectores de protección, justicia y educación, información pertinente sobre los procesos de articulación intersectorial, que deben contemplarse en la atención integral de víctimas de violencia sexual.

JUSTIFICACIÓN

La violencia sexual tiene repercusiones en el bienestar y la salud física, mental y social de las víctimas y sus familias, así como de la sociedad en general.

Las consecuencias de la violencia sexual dependen del tipo o forma de violencia sexual, la relación entre la víctima y el agresor, las condiciones o situaciones de las víctimas como por ejemplo la edad, el contexto en el que se produzcan las victimizaciones sexuales, es decir, relaciones familiares, sociales, comerciales o en el conflicto armado, las redes familiares y sociales de apoyo, la respuesta y atención de las instituciones y los recursos personales para sobreponerse al hecho violento.

Las formas más frecuentes de violencia sexual son el abuso sexual, el asalto sexual y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. Las cifras de las que se dispone evidencian solamente una parte de la realidad por el alto subregistro de los casos.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), en 2010, realizó 20.142 exámenes sexológicos, de los cuales el 84% correspondió a mujeres y el 16% a hombres¹. Teniendo en cuenta la edad, el 86% de los dictámenes se realizaron a niñas, niños y adolescentes menores de 18 años. De acuerdo con las variables de sexo y edad, de todas las personas, las niñas entre 10 y 14 años son el grupo más afectado y, entre los hombres, los niños de 5 a 9 años son las principales víctimas de los delitos sexuales. Entre los principales agresores se encuentran: familiares (padrastrós, padres y tíos/as) con un 34,86%, otros conocidos (vecinos y los amigos) con un 32,53%, personas desconocidas en un 19,69% y la pareja o ex pareja con un 6,12% de los casos. El sitio más común de ocurrencia de los hechos de violencia sexual fue la vivienda (59% de los casos).

Por su parte, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 encontró que el 9,7% de las colombianas alguna vez unidas han sido violadas por su compañero o esposo. Las mujeres más afectadas por la violencia sexual en el marco de las relaciones de pareja tienen las siguientes características sociodemográficas: están entre 40 y 49 años, han estado unidas anteriormente, habitan en zonas urbanas y en las regiones Central, Pacífica y Bogotá, no tienen ninguna educación formal o sólo cuentan con primaria².

La ENDS 2010 también evidenció que el 5,7% de las mujeres encuestadas entre los 15 y 49 años fueron violadas por una persona diferente al cónyuge. Según algunas características socioeconómicas, los grupos de mujeres más afectados por la violación perpetrada por alguien diferente al esposo o compañero, son las mujeres entre los 30 y los 39 años de edad, las que tienen unión libre y las que estuvieron unidas anteriormente, las que habitan en la zona urbana y las que tienen los niveles más bajos de educación. En relación con el violador, se encontró que los agresores más frecuentes son: el ex marido (18,4%), un desconocido (16%), un amigo (12%), un pariente (9,6%), el novio (5,9%) y el padrastro (4,9%)³.

¹ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis 2010. Datos para la vida*. Bogotá. P. 166.

² *Ibidem*, p. 371.

³ *Ibidem*, p. 386.

Como ha sido ampliamente denunciado y documentado, el conflicto armado profundiza y exacerba las discriminaciones y violencias que histórica y culturalmente han afectado a las mujeres, niñas y niños, así como población indígena y afrodescendiente. La encuesta de prevalencia de violencia sexual en el contexto del conflicto armado durante 2001-2009, publicada por OXFAM en 2010⁴, encontró que un 17,58% de las mujeres de 15 a 44 años habitantes en las zonas encuestadas (un total de 489.687 mujeres)⁵ fueron víctimas directas de violencia sexual en esos 9 años, lo cual indica que un promedio de seis mujeres cada hora fueron víctimas directas de diferentes tipos de violencia sexual como violación, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada, acoso sexual, servicios domésticos forzados que incluyeron actividades sexuales y regulación de la vida social.

Si existe silencio e impunidad sobre la violencia sexual que se presenta en el marco de las relaciones familiares, la tolerancia social relacionada con la trata de personas y la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes - ESCNNA, es mayor. Conocer la magnitud de la explotación sexual comercial de niñas y adolescentes es difícil por la clandestinidad y las ganancias económicas que genera este delito. “Aunque no existen estadísticas exactas se calcula que en Colombia hay más de 30.000 menores de edad víctimas de explotación sexual. Esta cifra se incrementó de manera dramática en los últimos años debido, entre otros factores, al aumento del número de familias desplazadas hacia los centros urbanos, a la agudización del conflicto armado que se desarrolla en el país y a los altos índices de pobreza que se han calculado corresponden al 63% de la población total”⁶. Según Unicef⁷ se calcula que hay 35.000 niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual, y cada vez son más y las edades de vinculación, son más tempranas.

La trata de personas tiene diferentes modalidades de explotación, entre las que se destacan la sexual, trabajos o servicios forzados, esclavitud o prácticas análogas a la esclavitud, servidumbre, explotación de la mendicidad ajena, matrimonio servil, extracción de órganos, turismo sexual (Ley 985 de 2005). La forma de trata más conocida y denunciada es la trata con fines de explotación sexual, cuyas principales víctimas son las niñas, niños, adolescentes y mujeres. Se estima que entre 45.000 y 50.000 mujeres colombianas ejercen la prostitución fuera del país, gran parte de las cuales lo hacen como víctimas de trata⁸.

Los diferentes tipos de violencia mencionados anteriormente producen altos costos tanto para el sistema de salud, como para las personas y sus familias. Las afectaciones directas en la salud física y mental de las víctimas pueden incluir el VIH/Sida, ITS, embarazos no deseados, dolores pélvicos crónicos, depresión, ansiedad, trastornos de alimentación y sueño, suicidio o intentos de suicidios, entre otros.

Debido a las implicaciones de la violencia sexual en la salud de las personas y en la salud pública, así como de la relevancia del papel del sector salud en la prevención y detección de la violencia sexual y la atención de las víctimas, se hace necesario contar con herramientas que, de acuerdo con la normatividad colombiana y el funcionamiento del SGSSS, brinden una atención humana y de calidad para garantizar a las víctimas de las violencias sexuales la recuperación de su salud y la restitución de sus derechos a través de una acción articulada entre los sectores de salud, protección y justicia.

POBLACIÓN

La población beneficiaria de la implementación del presente Protocolo son las víctimas de las diferentes formas de violencia sexual que sean atendidas en el sector salud por parte de equipos interdisciplinarios, capacitados y comprometidos con la restitución de los derechos que le han sido vulnerados a las niñas, niños, adolescentes, mujeres, hombres y personas adultas mayores de diversas etnias, habilidades físicas y cognitivas, orientaciones sexuales, clases sociales, procedencia rural o urbana, situaciones como ser víctima del conflicto armado o el desplazamiento forzado, entre otras.

1. GLOSARIO BÁSICO SOBRE VIOLENCIA SEXUAL

1.1 Violencia Sexual: La OMS y OPS (2003) definen la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona”⁹. Es necesario aclarar que no todas las formas en que se manifiesta la violencia sexual son delitos, aunque la mayoría de ellas han sido recogidas por el Código Penal colombiano.

Partiendo de esta definición y del marco normativo internacional y nacional de los derechos humanos es posible definir los subtipos, formas o modalidades en que se presenta la violencia sexual así: violación/asalto sexual; abuso sexual; explotación sexual; trata de personas con fines de explotación sexual; explotación sexual de niñas, niños y adolescentes; acoso sexual; violencia sexual en el contexto del conflicto armado.

1.2 Violación/asalto sexual: El asalto sexual es definido por la OPS como “cualquier acto de naturaleza sexual no deseado como besos, caricias, sexo oral o anal, penetración vaginal, que es impuesto a una persona”¹⁰. En la legislación colombiana la violencia es

la característica primordial de los delitos contenidos en el capítulo “De la Violación” del Código Penal. En este sentido, la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia establece que para efectos de los delitos contra la libertad sexual, se entiende por violencia la fuerza, el constreñimiento, la presión física o psíquica-intimidación o amenaza que “el agente despliega sobre la víctima para hacer desaparecer o reducir sus posibilidades de oposición o resistencia a la agresión que ejecuta”¹¹.

A partir de lo mencionado, la violación es una forma de violencia sexual en la que el agresor utiliza la fuerza o la amenaza de usarla como mecanismo para realizar cualquier tipo de acto sexual con la víctima. En la violación, las víctimas pueden ser de cualquier edad o sexo, puesto que lo que la determina es el mecanismo utilizado por el agresor para someter a la víctima. El Código Penal incluye en el mencionado capítulo “De la Violación” conductas tales como el acceso carnal violento, los actos sexuales violentos y el acceso carnal o el acto sexual cometido sobre una persona a la que el agresor ha puesto en una situación de incapacidad de resistir el acto (a través del uso de narcóticos, golpes, entre otros, que lleven a la víctima a perder el conocimiento o no comprender lo que ocurre a su alrededor).

1.3 Abuso sexual: Teniendo en cuenta la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia¹² el delito sexual abusivo tiene que ver con el aprovechamiento, por parte del sujeto activo del delito o agresor, de circunstancias que lo ubican en una situación ventajosa frente a la víctima. Estas circunstancias que le dan ventaja al agresor ante la vulnerabilidad preexistente en la víctima, pueden ser del orden de la “superioridad manifiesta” o las relaciones de autoridad dadas por la edad (adulto agresor, víctima menor de 14 años); poder o autoridad (jefe, maestro, médico, sacerdote, pastor, funcionario público, militar, etc.); incapacidad física o psicológica de la víctima, entre otras. La característica de esta forma de violencia es el aprovechamiento de la condición de ventaja o de la condición de vulnerabilidad de la víctima como mecanismo utilizado por el agresor para cometer el delito sexual.

El Código Penal colombiano establece como delitos sexuales abusivos: Los actos sexuales o el acceso carnal con una persona menor de 14 años, estos dos delitos están definidos únicamente por la edad de la víctima, dejando establecido que cualquier conducta sexual cometida contra un niño o niña menor de 14 años se constituye en delito¹³. También en este grupo de delitos se incluye el delito de acceso carnal o acto sexual con incapaz de resistir, delito en el que el agresor no utiliza ningún medio para someter a la víctima, sino que esta ya se encuentra en una condición de inconsciencia o incapacidad preexistente (por ejemplo, cuando una mujer se emborracha por sí misma o se encuentra drogada o ha sufrido un desmayo o tiene una condición de inferioridad psicológica frente a la posición y conocimiento del agresor, entre otras) de la que se aprovecha el agresor para cometer el delito sexual.

Adicionalmente, el artículo 29 de la Ley 1257 de 2008, tipificó en Colombia la conducta de acoso sexual, la que fue incluida como un acto sexual abusivo, configurando el artículo 210 A. La conducta delictiva consiste en: “El que en beneficio suyo o de un tercero y valiéndose de su superioridad manifiesta o relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica, acose, persiga, hostigue o asedie física o verbalmente, con fines sexuales no consentidos, a otra persona...”. En este delito “lo que puede ser el límite entre el libre enamoramiento y el acoso, lo constituye la poca posibilidad de resistir o negarse a las pretensiones sexuales, es decir, la imposibilidad de una resistencia sería del sujeto pasivo, sin consecuencias negativas, dada la relación de poder existente, derivada, como se dijo, por relaciones de autoridad o de poder, edad, sexo, posición laboral, social, familiar o económica”.

1.4 Explotación sexual: Hace referencia a la violencia sexual en la cual el medio utilizado por el agresor es la cosificación de la víctima, es decir, es convertida en una mercancía y utilizada sexualmente. Según la legislación colombiana (Ley 985 de 2005), se define explotación como “el obtener provecho económico o cualquier otro beneficio para sí o para otra persona” (artículo 3°). Aplicada al contexto de la explotación sexual, esta consiste en el ejercicio de dominio o propiedad sobre el cuerpo de otro ser humano, utilizado para provecho o beneficio. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), plantea que los Estados Partes deben tomar todas las medidas necesarias para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer (artículo 6°).

1.5 Trata de personas con fines de explotación sexual: La trata de personas es una manifestación contemporánea de esclavitud que va en detrimento de la dignidad humana al equipar a los seres humanos a la condición de objetos y someterlos a diferentes formas de explotación y violencia. El delito se configura cuando el agresor capta, es decir, atrae a alguien, en este caso, la víctima (por ejemplo, con una oferta, un aviso clasificado, etc.), con la intención de trasladarle o le traslada (dentro o fuera de su ciudad, departamento, país) y, finalmente, la acoge con la finalidad de explotarla sexualmente. Este delito puede tener como víctimas tanto personas adultas como niñas, niños y adolescentes, y el consentimiento de la víctima no constituye un factor que exima de responsabilidad penal al agresor (puesto que ninguna persona puede consentir su propia explotación), ni si la víctima era consciente o no de la finalidad para la cual se la captaba.

1.6 Explotación sexual de niños, niñas y adolescentes: De acuerdo con el Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes: “La explotación sexual consiste en el abuso sexual cometido contra una persona menor de 18 años de edad, en el que a la víctima o a un tercero se le ofrece pagar o se le paga en dinero o en especie. La víctima es tratada como mercancía u objeto, siendo vendida y comprada por parte de adultos(as), es lo que reproduce una forma actual de esclavitud”. Algunas formas en las que se manifiesta esta explotación son: la pornografía, la utilización de niñas, niños y adolescentes en la prostitución, el matrimonio servil, la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes por parte de actores armados y la explotación sexual asociada

⁴ OXFAM (2010). “Primera Encuesta de Prevalencia Violencia Sexual en Contra de las Mujeres en el Contexto del Conflicto Armado Colombiano. Colombia 2001-2009”. Campaña Violaciones y otras Violencias. Saquen Mi Cuerpo de la Guerra, p. 30.

⁵ Mujeres habitantes de municipios colombianos con presencia de fuerza pública, guerrilla, paramilitares u otros actores armados, ubicados en 11 departamentos colombianos (Antioquia, Nariño, Caldas, Valle, Putumayo, Huila, Caquetá, Córdoba, Magdalena, Meta, y Cundinamarca).

⁶ Fundación Plan, Fundación Restrepo Barco y Fundación Renacer (2005). Escenarios de la Infamia. Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. Bogotá, p. 4.

⁷ UNICEF (2002).

⁸ Organización Internacional de las Migraciones (2006). “Dimensiones de la trata de personas en Colombia”. Bogotá. OIM. 52 p. Disponible en: http://white.oit.org.pe/ipecc/documentos/oim_trata_col.pdf

⁹ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington.

¹⁰ PAHO/WHO (2002). Serie género y salud pública, violencia sexual basada en género y salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

¹¹ Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Penal, Magistrado Ponente José Leonidas Bustos Martínez. No. 29308 de 13 de mayo de 2009.

¹² Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Penal. Magistrado Ponente Alfredo Gómez Quintero. Proceso número 24955 del 27 de julio de 2006.

¹³ Sentencia C-1095 de 2003. Magistrado Ponente: Marco Gerardo Monroy Cabra.

al contexto del turismo. En los delitos introducidos por las Leyes 1329 y 1336 de 2009, el consentimiento de la víctima no constituye un factor que exima de responsabilidad penal al agresor (puesto que ninguna persona puede consentir su propia explotación).

1.7 Violencia sexual en el contexto del conflicto armado: A la luz del Código Penal colombiano (Ley 599 de 2000) y la Ley 1448 de 2011, en concordancia con los tipos establecidos por el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, se considera que en el contexto del conflicto armado colombiano pueden describirse, entre otros posibles, los siguientes tipos de violencia sexual:

1.8 Acceso carnal violento/ acto sexual violento con persona protegida: Incurrir en estos delitos quien en el contexto del conflicto armado (incluyendo la situación de desplazamiento) cometa acceso carnal violento o acto sexual violento cuando la víctima es integrante de la población civil o no participa en hostilidades, hace parte de los civiles en poder de la parte adversa o es combatiente, pero se encuentra herida, enferma o náufrega o puesta fuera de combate. También si la víctima hace parte del personal sanitario o religioso, de los periodistas en misión o de los combatientes que hayan depuesto las armas por captura, rendición u otra causa análoga. Está especificado en el art. 138 del Código Penal colombiano.

1.9 Actos sexuales violentos con persona protegida: El artículo 139 del Código Penal colombiano define que este delito ocurre cuando alguna persona "con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, realice acto sexual diverso al acceso carnal, por medio de violencia en persona protegida". Las personas protegidas han sido especificadas como aquellas que pertenecen a los siguientes grupos humanos: los integrantes de la población civil; quienes no participan en las hostilidades y los civiles en poder de la parte adversa; combatientes que se encuentran heridos, enfermos, náufregos, fuera de combate, o que hayan depuesto las armas por captura, rendición o causas análogas; personal sanitario o religioso; periodistas en misión o corresponsales de guerra acreditados; quienes fueron considerados apátridas o refugiados al principio de las hostilidades.

1.10 Esclavitud sexual/prostitución forzada: De acuerdo con la definición contenida en el Estatuto de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma) y los desarrollos jurisprudenciales de los Tribunales *ad hoc*, la esclavitud sexual puede configurarse en el marco del Derecho Internacional Humanitario, como un crimen de lesa humanidad (es decir, el que se cometa como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil y con conocimiento de ese ataque) o como un crimen de guerra (es decir, las violaciones graves de las leyes y usos aplicables en los conflictos armados internacionales o en los conflictos armados no internacionales).

En este contexto la esclavitud sexual es definida como el ejercicio de propiedad que ostenta una o varias personas sobre las víctimas de estos crímenes, para que realicen uno o más actos de naturaleza sexual. El ejercicio del derecho de propiedad se ve materializado en actos de compraventa, préstamo o trueque del cuerpo y de la integridad sexual de la víctima o que se desarrolle a través de un tipo de privación de la libertad o autonomía.

La prostitución forzada debe ser entendida como una forma de esclavitud sexual, que cuenta con un elemento diferenciador representado en el beneficio que recibe el agresor. En este orden, la prostitución forzada en el marco del Derecho Internacional Humanitario es definida como el acto a través del cual el agresor obliga a una o más personas a realizar actos de naturaleza sexual por la fuerza o mediante la amenaza de la fuerza o mediante coacción, como la causada por temor a la violencia, la intimidación, la detención, la opresión psicológica o el abuso de poder o aprovechando un entorno coercitivo o la incapacidad de las víctimas de dar su libre consentimiento, para de esta manera obtener o esperar obtener ventajas pecuniarias o de otro tipo a cambio de los actos de naturaleza sexual o en relación con ellos.

1.11 Embarazo forzado: De acuerdo con la definición contenida en el Estatuto de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma), el embarazo forzado puede configurarse en el marco del Derecho Internacional Humanitario como un crimen de lesa humanidad o como un crimen de guerra. Por embarazo forzado se entiende el confinamiento ilícito de una mujer a la que se ha dejado embarazada por la fuerza, con la intención de modificar la composición étnica de una población o de cometer otras violaciones graves del Derecho Internacional Humanitario.

El embarazo forzado guarda una estrecha relación con el delito de genocidio, puesto que se puede cometer este delito con el propósito de destruir total o parcialmente un grupo nacional, étnico, racial, religioso o político, por razón de su pertenencia al mismo.

1.12 Tortura en persona protegida: Definida por el Código Penal colombiano en su artículo 137 como "el que, con ocasión y en desarrollo de conflicto armado, inflija a una persona dolores o sufrimientos, físicos o síquicos, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o confesión, de castigarla por un acto por ella cometido o que se sospeche que ha cometido, o de intimidarla o coaccionarla por cualquier razón que comporte algún tipo de discriminación". Cuando tales dolores o sufrimientos físicos o psíquicos se producen a través de actos de violencia sexual, se estará ante un caso de tortura sexual. El código especifica su ejecución en las personas protegidas por el Derecho Internacional Humanitario que ya fueron descritas en apartados superiores.

1.13 Otras formas de violencia sexual descritas en el conflicto armado colombiano: Independientemente de que no se encuentren aún descritas dentro de los tipos penales colombianos propios de violencia sexual en el marco del conflicto armado, la investigación en el tema realizada en Colombia ha identificado que dentro del país se han cometido otros tipos de violencia sexual en el contexto del conflicto armado, tales como regulación de la vida social, servicios domésticos forzados, esterilización forzada, y aborto forzado. Por regulación de la vida social se considera el acto o conjunto de actos por los cuales, y mediante el uso de la fuerza o la amenaza de su uso se controla la sexualidad y la regula la vida afectiva. Por aborto forzado se entiende todo acto que tiene como finalidad la interrupción inducida de un embarazo en contra de la voluntad de la mujer embarazada. La esterilización

forzada se entiende como la acción de planificación reproductiva definitiva producto de la obligación no consentida de la persona. Por servicios domésticos forzados se entiende el conjunto de acciones mediante el cual generalmente un grupo que detenta la fuerza obliga a un grupo de personas o a una persona a realizar para ellos labores domésticas que pueden trascender incluso a actos sexuales¹⁴.

2. PASOS FUNDAMENTALES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL



2.1 Paso 1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de violencia sexual

Implementar de manera permanente acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC), dirigidas hacia la comunidad en general, en torno a los siguientes temas:¹⁵

1. El carácter de urgencia médica que SIEMPRE tiene cualquier caso de violencia sexual, independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la agresión y la consulta al sector salud, y el consiguiente deber de brindar atención integral inmediata a las víctimas, cumpliendo con los principios para la atención de urgencias médicas contemplados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y demás normas vigentes en el tema.

2. El carácter gratuito que tiene la atención integral en salud a cualquier víctima de violencia sexual (mujeres, niños, niñas, adolescentes, víctimas en el marco del conflicto armado, entre otras personas que pueden ser sexualmente victimizadas).

3. La confidencialidad en torno al acto médico que reviste la atención integral de una víctima de violencia sexual.

4. Los derechos de los pacientes especialmente el derecho de las víctimas de violencia sexual, a ser tratadas dentro de los servicios de salud con dignidad, discreción y respeto por su privacidad en el marco de la protección de su seguridad personal. Entre estos, el derecho que les asiste de rehusar tratamientos o procedimientos que se les ofrezcan.

5. Los servicios de salud disponibles en la zona para las víctimas de violencia sexual y la manera de acceder a ellos.

6. Los horarios de atención de esos servicios de salud, con énfasis en aquellos que están disponibles 24 horas al día, siete días a la semana.

7. Los beneficios en salud para las víctimas de violencia sexual que se derivan de una atención oportuna y adecuada.

8. La necesidad de que las víctimas de asaltos sexuales acudan INMEDIATAMENTE o por lo menos, lo más pronto posible, a los servicios de urgencias médicas, sin bañarse ni cambiarse de ropa; si esto no es posible, que traiga la ropa que tenía en el momento de ocurridos los hechos.

Además, debe prestarse especial atención a la presencia de posibles casos de violencia sexual dentro de las siguientes poblaciones altamente vulnerables al problema:

- Mujeres y adolescentes usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR);
- Usuaris de programas de control prenatal;
- Personas usuarias de Programas de Atención Integral en ITS-VIH/sida;
- Usuarios de los servicios y programas de atención integral a niñas, niños y adolescentes;
- Población de niños, niñas y adolescentes escolarizados y no escolarizados;
- Usuarios de los servicios y programas de salud mental y psiquiatría;
- Personas en situación de desplazamiento, retorno, o que habiten en zonas afectadas por el conflicto armado, que sean usuarias generales de cualquier servicio de salud;
- Mujeres y otras personas con discapacidad;
- Mujeres y otras personas privadas de la libertad en centros carcelarios;
- Mujeres, niñas, niños, y adolescentes en situación de desastre natural;
- Personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas;
- Personas pertenecientes a pueblos indígenas y afrodescendientes;
- Personas migrantes y refugiadas.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2010). *Modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual*.

**SON DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
(Ley 360 de 1997):**

- a) Ser tratadas con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social;
- b) Ser informadas acerca de los procedimientos legales que se derivan del hecho punible;
- c) Ser informadas de los servicios disponibles para atender las necesidades que le haya generado el delito;
- d) Tener acceso a un servicio de orientación y consejería gratuito para ella y su familia atendido por personal calificado;
- e) Tener acceso gratuito a los siguientes servicios:
 1. Examen y tratamiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida.
 2. Examen y tratamiento para trauma físico y emocional.
 3. Recopilación de evidencia médica legal.
 4. Ser informada sobre la posibilidad de acceder a la indemnización de los perjuicios ocasionados con el delito.

En cuanto a los Derechos de las y los pacientes, en Colombia, la Resolución número 13437 de 1991 establece que se deben adoptar como postulados básicos para propender a la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los derechos de los pacientes que se establecen a continuación, los cuales todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

1. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.
3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.
5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos a pagar por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.
7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
9. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

2.2 Paso 2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud

Preparativos y procesos de tipo institucional para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual ¹⁶	
Actividades	Responsables
Delegar una persona responsable (profesional de las ciencias de la salud o sociales).	Directivas de la Institución.
Conformar el equipo institucional básico conformado por profesionales de medicina, enfermería, trabajo social, salud mental y área administrativa (de acuerdo con el tipo de institución).	Directivas de la Institución. Delegado responsable. Equipo institucional básico.
Capacitar para la apropiación del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.	Las directivas de la institución tienen el deber de implementar acciones continuadas para informar y capacitar en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual al personal de salud y administrativo que pueda llegar a estar en contacto con una víctima de violencia sexual.
Desarrollar flujogramas de atención en salud y procesos administrativos.	Equipo de atención en salud. De acuerdo con las características de cada entidad.
Adelantar procesos de información y capacitación al interior de la entidad.	Las directivas de la institución tienen el deber de implementar acciones continuadas para informar y capacitar al personal de salud y administrativo que pueda llegar a estar en contacto con una víctima de violencia sexual en los flujogramas de atención interna y procesos administrativos desarrollados.

¹⁶ Op. cit. MPS y UNFPA (2010).

Preparativos y procesos de tipo institucional para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual

Actividades	Responsables
Garantizar insumos y dotación para la atención.	Directivas de la Institución. Equipo de atención en salud.
Seguir las rutas del proceso para lograr la articulación intersectorial e interinstitucional, así como los procesos de referencia y contrarreferencia cuando se requieran. Disponer del directorio de las instituciones de referencia junto a los datos de contacto institucional.	El equipo de atención en salud, apoyado por las directivas de la institución, debe garantizar el acceso directo a las víctimas, un espacio seguro y confidencial para su atención y los insumos adecuados para la atención, y evitar los procesos de revictimización.
Activar el proceso de trabajo en red intersectorial e interinstitucional.	Una persona delegada del equipo de cada institución debe entrar en contacto con los comités, redes, o mesas intersectoriales de atención a víctimas de violencia sexual que existan en el departamento o municipio, para el análisis y seguimiento de casos, a través del referente de la Secretaría de Salud Departamental para el tema. Diligenciar un directorio de actores e instituciones interesadas y comprometidas que incluya los sectores de protección, justicia y educación.

Fuente: Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

Los casos de explotación sexual, trata de personas, y violencia sexual en el marco del conflicto armado interno requieren que el personal sanitario y las instituciones desarrollen especificidades para su detección y manejo integral.

2.3 Paso 3. Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas

Recuerde que la violencia sexual desencadena situaciones que pueden poner en peligro inminente la vida y la estabilidad de las personas afectadas, por lo cual se ha establecido que todos los casos de violencia sexual son una urgencia médica, y por lo tanto, se les debe brindar atención de urgencias, acorde con la normatividad vigente en el tema.

Es inaceptable interponer cualquier barrera de acceso para la atención por el servicio de urgencias de las víctimas de violencia sexual

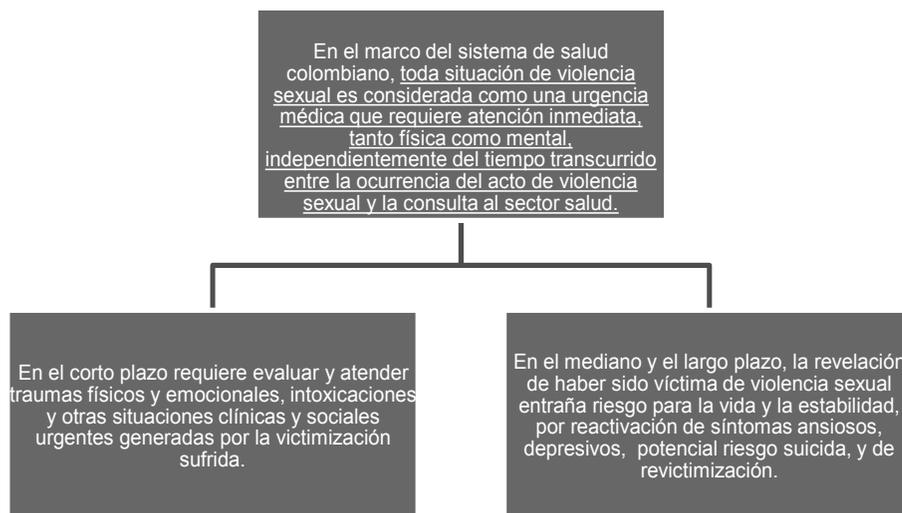
Es imprescindible que las víctimas de violencia sexual sean atendidas en un servicio de urgencias para poder garantizar la gratuidad, celeridad, oportunidad, integralidad y calidad de los servicios y procedimientos que requieren para atender su condición clínica. Además, la atención por urgencias amortigua barreras de acceso frecuentes a los servicios de salud, como aquellas mediadas por el régimen de aseguramiento o las listas de espera en servicios ambulatorios. También facilita el acceso oportuno a procedimientos generales, intervenciones especializadas en salud mental, y medicamentos requeridos por las víctimas de violencia sexual.

Esto debe ser explicado claramente a cualquier víctima de violencia sexual que consulte inicialmente a servicios distintos del de urgencias, independientemente de que el evento de victimización sexual sea reciente o antiguo, de que se trate de una consulta directa o de una situación de violencia sexual detectada en alguien que consultó por otro motivo, y del tipo de servicio médico por el cual se detecte.

Un servicio de urgencia es la unidad que presta servicios las 24 horas en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de la Protección Social para esa unidad (Anexo Técnico 2 de la Resolución número 1043 de 2006).

Las únicas excepciones para la atención inicial de urgencias de la violencia sexual fuera de un servicio de urgencias son: 1. Que se tenga disponible otro tipo de servicio especializado para la atención inicial de víctimas de violencia sexual, o 2. Que la víctima se niegue a ser atendida en el servicio de urgencias.

La violencia sexual en las primeras 72 horas de ocurrida la victimización, constituye una prioridad I dentro del *triage* de urgencias; luego de 72 horas se puede clasificar como prioridad II, excepto que la víctima acuda con ideación depresiva, de muerte o suicida, sangrado vaginal o uretral severo secundario a trauma, retraso menstrual con sangrado vaginal y dolor severo, agitación psicomotora, confusión, alucinaciones, u otros síntomas y signos físicos o psicológicos que indiquen alto riesgo para la vida o la salud, ante los cuales se dará también prioridad I de *triage* independientemente del tiempo transcurrido entre el momento de la victimización y el de la consulta.



Es indispensable que:

a) En el momento que detecte a una víctima de violencia sexual, se establezca emocionalmente y se remita de inmediato a los servicios de urgencias correspondientes, o a aquellos servicios especializados para la atención inicial de urgencias de las víctimas de violencia sexual que se tengan dispuestos específicamente, donde la han de recibir y atender sin ningún tipo de demora, requisito u obstáculo para que se inicie su atención integral;

b) En el contacto inicial con el servicio de urgencias o el servicio especializado para la atención inicial de urgencias de la víctima de violencia sexual, lo primero que debe realizarse es una valoración del peligro inminente que pueda estar corriendo la vida de la víctima, de modo que se brinde la estabilización necesaria, como paso previo a la continuación de los pasos del protocolo de atención integral en violencia sexual por el sector salud.

2.4 Paso 4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima

Una completa valoración clínica de la víctima de violencia sexual debe realizarse tomando en cuenta las necesidades específicas de exploración que plantea cada caso, según se trate de un asalto sexual, un caso de abuso sexual crónico o de abuso y explotación sexual comercial. En tal marco, se deben incluir las exploraciones pertinentes relativas a: examen físico general, examen genital y examen mental.

El objetivo primordial de este examen clínico es determinar cuál es el cuidado médico indicado según los requerimientos de la víctima en ese momento para estabilizar su condición, dentro de los lineamientos planteados en este modelo o aquellos adicionales que por la condición clínica se puedan requerir¹⁷.

Componentes de la atención en salud para víctimas de violencia sexual

- Atención de urgencia: inicio del protocolo de atención en salud mental y salud física;
- Diagnóstico clínico y paraclínico de acuerdo con el tipo de violencia sexual;
- Profilaxis y tratamiento de ITS-VIH/Sida;
- Anticoncepción de emergencia (siempre antes de 72 horas, excepcionalmente antes de 120 h);
- Asesoría para Interrupción Voluntaria del Embarazo;
- Recolección de evidencias;
- Orientación a la familia;
- Planeación de seguimiento y remisión a otros servicios de salud requeridos;
- Remisión a protección y reporte a justicia.

Es indispensable que:

- Asuma y atienda el caso como una urgencia médica;
- Evalúe y atienda de manera inmediata cualquier situación que ponga en riesgo inminente la vida de la persona;
- Con la persona estabilizada, continúe aplicando el resto del protocolo, iniciando por la explicación de los derechos de las víctimas de violencia sexual y por la toma del consentimiento informado para la atención clínica integral.

2.4.1 Parte A: La anamnesis de la víctima de violencia sexual

Se le debe solicitar a la persona que se va a examinar, que haga un relato completo de los hechos. En el caso de requerirse preguntas orientadoras, estas deben ser abiertas; y en el caso de que se requieran preguntas cerradas, es recomendable plantear varias alternativas de respuesta.

Deben evitarse preguntas sugestivas que conduzcan u orienten la respuesta hacia una situación que la persona entrevistada no ha mencionado. No deben hacerse suposiciones que le den otro rumbo a la entrevista. Si es necesario puntualizar algún aspecto orientador para el examen, haga preguntas en las que incorpore información que la víctima haya portado previamente.

A víctimas menores de tres años, no se les debe realizar entrevista clínica directa, solamente se les debe tranquilizar y explicar por qué está allí, procediendo a tomar la información de la persona adulta protectora que esté a cargo. Debe verificarse que el informante sobre la víctima no sea el victimario. El victimario nunca debe estar en el mismo escenario terapéutico con la víctima.

Una persona o familia protectora es aquella que: le cree a la víctima; la apoya y puede constituirse en su acompañante durante el proceso de recuperación; está interesada en la protección de la víctima y toma medidas para evitar la ocurrencia de nuevos episodios de violencia sexual¹⁸.

En niños, niñas y adolescentes mayores, la entrevista debe adecuarse a su nivel de desarrollo.

Debe evitarse el lenguaje técnico y se deben realizar las preguntas sugeridas en las entrevistas a cualquier víctima de violencia sexual.

¹⁷ World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees (2004). "Clinical management of rape survivors. Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons" 76 p., Citado por: MPS y UNFPA.

¹⁸ Alcaldía Mayor de Bogotá – Fondo de Población de las Naciones Unidas, Consejo Distrital para la Atención Terapéutica a Víctimas de Violencia Sexual (2004) "Lineamientos para la Atención Terapéutica a Víctimas de Violencia Sexual, Bogotá. 62P.

Nivel de desarrollo según la edad y aspectos que pueden llegar a ser caracterizados respecto a un evento traumático relatado espontáneamente por una víctima menor de 12 años

Edad	Quién	Qué	Dónde	Cuándo	# de veces	Circunstancias
3 años	■	■	■	■	■	■
4-6	■	■	■	■	■	■
7-8	■	■	■	■	■	■
9-10	■	■	■	■	■	■
11-12	■	■	■	■	■	■

Fuente: Curso de entrevistas forenses a niños y su preparación para el juicio, Protocolo SATAC (RATAC, Finding Words), ICITAP, Colombia, 2008.

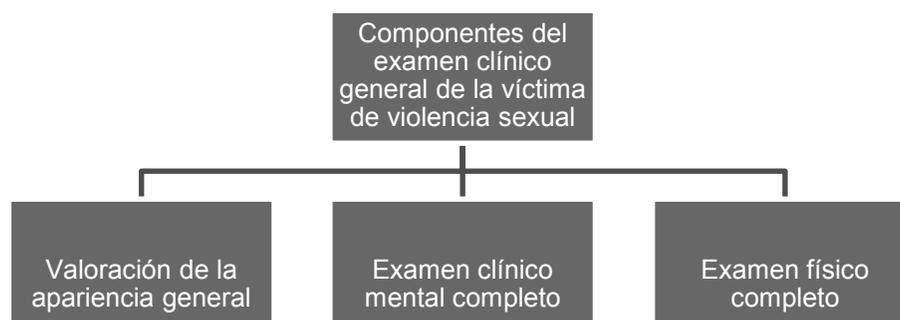
Es indispensable que:

- Evite la revictimización de la persona que está siendo atendida;
- Evalúe la situación de seguridad de la víctima para tomar medidas que reduzcan el riesgo de sufrir un nuevo evento de violencia sexual;
- Asegure condiciones de confidencialidad y privacidad;
- Tome los datos de información general que faciliten la comprensión de la situación clínica;
- En cuanto al incidente de violencia sexual, que ha originado la consulta que se está atendiendo, debe quedar caracterizado en la historia clínica de acuerdo con la descripción libre y espontánea que realiza la víctima y/o sus acompañantes;
- Registre también en la historia clínica algunas acciones de la víctima que pueden tener implicaciones médico-legales (acciones de lavado o cambio de ropas, vómito, micción o defecación, uso de tampones o toallas higiénicas luego de la agresión sufrida). Consulte el "Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual" para complementar sobre este tema¹⁹;
- Averigüe y registre sobre el uso de anticonceptivos por parte de la víctima al momento de la victimización sexual. No obstante, su uso no implica que no se proporcione anticoncepción de emergencia;
- Historia menstrual y obstétrica en el caso de mujeres, niñas, adolescentes y adultas. Es pertinente registrar, por ejemplo, si hay antecedentes de partos vaginales o si la víctima se encuentra en estado de gestación, antecedentes de violencia sexual que incluso no estén relacionados con el episodio actual, entre otros. En cambio, no es pertinente preguntar ni registrar, para efectos de la valoración de víctimas de violencia sexual, el número de compañeros sexuales, ni la edad de inicio de las relaciones sexuales;
- Historia de relaciones sexuales consentidas durante la última semana antes de la victimización sexual sufrida, SOLAMENTE en casos en que se vayan a tomar muestras para análisis de DNA;
- Historia de mutilación sexual femenina. (Ablación del Clítoris);
- Estado vacunal ante hepatitis B y tétanos;
- Estado ante el VIH/Sida.

2.4.2 Parte B: El examen clínico general de la víctima de violencia sexual

Si la víctima se encuentra extremadamente agitada, ansiosa o depresiva, al punto de hacerse imposible para la médica o médico general, conducir los correspondientes exámenes físico y mental detallados, y después de la toma de signos vitales y estabilización de situaciones médicas urgentes (incluyendo la valoración y manejo de los riesgos de auto y heteroagresión por parte del médico/a general), debe intentarse la tranquilización verbal; y ante su fallo, debe preferirse proceder a brindar sedación inicial (si está clínicamente indicado).

La atención humanizada de la víctima durante toda la valoración clínica a cargo del médico o médica general, explicando todos los procedimientos a realizar y pidiendo el consentimiento explícitamente para efectuar cada uno, junto con la desculpabilización y reiteración a la víctima de que fue valiente al buscar ayuda ante la victimización sufrida, su tranquilización verbal cada vez que sea necesario durante el examen, la sedación inicial si se hace indispensable, y la solicitud de valoración en urgencias por especialista en salud mental en todos los casos, son los componentes de la atención que corresponden inicialmente al médico o médica general a favor del restablecimiento de la salud mental de la víctima.



¹⁹ Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=139:guias-y-reglamentos&catid=12:normatividad&Itemid=148

Adicionalmente, dentro del contexto de la misma urgencia, se debe realizar la evaluación e intervención terapéutica de urgencias por parte de un profesional especializado en salud mental (médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico). Este profesional derivará a la víctima para que continúe con el tipo de atención terapéutica en salud mental que se requiera en el corto, mediano y largo plazo, después de culminada la atención de la urgencia.

Es indispensable que:

a) Siempre se registren los siguientes componentes del examen mental: porte, actitud, conciencia, orientación, pensamiento, afecto, sensopercepción, atención, sueño, memoria, inteligencia, lenguaje, conductas, juicio de realidad, prospección e introspección;

b) Además de los componentes habituales del examen físico, se examine de manera sistemática y dibuje en pictogramas la localización y aspecto exacto de todas las heridas, contusiones, petequias, marcas y demás signos físicos encontrados, documentando su tipo, tamaño, color, forma y otras peculiaridades. La ausencia de signos en cada segmento anatómico evaluado también debe dejarse documentada, al igual que en el examen mental;

c) Debe ponerse especial atención en el examen de los tímpanos (que suelen resultar lesionados ante bofetadas) y en la descripción de los signos encontrados en el cuello y los senos (incluyendo sugilaciones de las cuales se deben tomar muestras para saliva), así como en los hallazgos de la región paragenital, con frecuencia lesionada durante las agresiones sexuales, o fuente de rastros de fluidos, de los cuales se deben tomar muestras. En pacientes inconscientes siempre tomar muestras en senos y cuello adicionalmente, en busca de fluidos.

Durante todo el procedimiento de examen físico de la víctima de violencia sexual, se le debe informar todo lo que se va a hacer, solicitando su permiso para hacerlo. Además, se le debe mantener cubierta con una bata y/o sábanas, de modo que solo se vaya descubriendo aquella parte del cuerpo que va a ser examinada

2.4.3 Parte C: El examen clínico genital y anal de la víctima de violencia sexual

Se recomienda valorar cuidadosamente, dependiendo de la edad, de la narración y vivencia que tenga la persona sobre los hechos, la pertinencia o no de realizar examen físico genital o anal, cuando el evento narrado se basa exclusivamente en tocamientos. Algunos de los pacientes piensan que algo quedó mal en el organismo; hacen somatización, en diferentes dolores pélvicos y el examen cuidadoso y explicado es tranquilizador y previene la presentación de las patologías enunciadas.

Cuando la consulta inicial se hace después de 72 horas, pero antes de una semana de transcurrida la agresión sexual, la valoración física y genital se debe orientar a documentar el tamaño y color de cualquier tipo de herida o cicatriz en cualquier parte del cuerpo. Igualmente, se registrará cualquier lesión en proceso de curación y cicatrices en el área genital.

Si la consulta ocurre después de una semana de la agresión sexual, y no hay contusiones, laceraciones, ni tampoco quejas, ni síntomas, hay poca indicación para un examen pélvico. Sin embargo, un examen físico general, genital y anal efectuado cuidadosamente en este tipo de personas, seguido por la explicación de que todo se ha encontrado sin alteraciones, puede resultar tranquilizador y con gran valor terapéutico para quien ha sobrevivido a una experiencia de violencia sexual. Debe también documentarse la edad gestacional, en caso de víctimas que resulten o estén previamente embarazadas.

Es indispensable que:

a) Informar previamente a la víctima sobre cada parte del examen genital y anal que vaya a ser realizado, solicitando su aprobación, y respetando el ritmo impuesto por este, así como sus reacciones emocionales ante algunos componentes del mismo, las cuales deben ser oportunamente manejadas antes de continuar con el resto de la valoración;

b) Documentar en la historia clínica la presencia o ausencia de fisuras, desgarros, flujos y sangrados, tanto en el periné anterior, como en el área anal;

c) En las mujeres, debe documentarse de manera sistemática el estado de la vulva, las caras interna y externa de los labios mayores, la horquilla vulvar, los labios menores, el área vestibular, el clítoris, el meato urinario, el himen, la fosa navicular, la región anal y perianal;

d) En los hombres, deben quedar documentadas las alteraciones clínicas encontradas o la ausencia de estas, en el examen detallado del escroto y el pene, visualizando cuidadosamente el prepucio, el frenillo, el surco balanoprepucial, el glande, el meato urinario, el ano y la región perianal.

2.4.4 Parte D: Diagnósticos clínicos en la víctima de violencia sexual

2.4.4.1 Diagnósticos clínicos específicamente relacionados con el evento de violencia sexual sufrido

Estos diagnósticos deben ser realizados de acuerdo con las características documentadas sobre la agresión sexual, que ha motivado la consulta. El diagnóstico siempre debe ser registrado tanto en la historia clínica, como en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), a modo de **diagnóstico principal**. Los códigos del CIE - 10 a utilizar son los siguientes:

Código CIE – 10	Nombre del Diagnóstico
T74.2	Abuso sexual.
Y05	Agresión sexual con fuerza corporal.
Y05.0	Agresión sexual con fuerza corporal, en vivienda
Y05.1	Agresión sexual con fuerza corporal, en institución residencial.
Y05.2	Agresión sexual con fuerza corporal, en escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas.
Y05.3	Agresión sexual con fuerza corporal, en áreas de deporte y atletismo.
Y05.4	Agresión sexual con fuerza corporal, en calles y carreteras.
Y05.5	Agresión sexual con fuerza corporal, en comercio y áreas de servicios.
Y05.6	Agresión sexual con fuerza corporal, en área industrial y de la construcción.
Y05.7	Agresión sexual con fuerza corporal, en granja.
Y05.8	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar especificado.
Y05.9	Agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado.
Z08.8	Examen y observación consecutivos a denuncia de violación y seducción.

2.4.4.2 Diagnósticos clínicos relativos a otras formas de violencia ejercidas de manera concomitante con la agresión sexual

Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados organizados de acuerdo con su importancia para la descripción del caso, y con los códigos CIE – 10 incluidos en el siguiente cuadro u otros adicionales necesarios:

Código CIE – 10	Nombre del Diagnóstico
Y07.0	Otros síndromes de maltrato por esposo o pareja.
Y07.1	Otros síndromes de maltrato por padre o madre.
Y07.2	Otros síndromes de maltrato por conocido o amigo.
Y07.3	Otros síndromes de maltrato por autoridades oficiales.
Z60.4	Problemas relacionados con exclusión y rechazo social.
Z65.1	Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento.
Z65.5	Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades

2.4.4.3 Diagnósticos clínicos específicos de la esfera mental

Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados, usando las categorías CIE – 10 que apliquen para el caso evaluado.

2.4.4.4 Diagnósticos clínicos de la esfera física

Deben ser registrados en la historia clínica de la valoración inicial a modo de diagnósticos secundarios y en el RIPS como diagnósticos relacionados, aquellos que sean documentados durante la valoración efectuada, utilizando los respectivos códigos CIE – 10.

2.4.4.5 Diagnósticos de lesiones de causa externa

Además, en los registros RIPS de Consulta (AC) y de Urgencias (AU) en el apartado de causa externa utilizar los códigos:

1. 9 sospecha de maltrato físico.
2. 10 sospecha de abuso sexual.
3. 11 sospecha de violencia sexual.
4. 12 sospecha de maltrato emocional.

Para la ampliación de estos contenidos, puede revisar el Formato Único sugerido para la toma de esta historia clínica inicial que se incluye en la sección de ayudas didácticas contenidas en USB/CD. Además, se recomienda consultar los capítulos 5 y 6 del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

2.5 Paso 5. Tome las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial

Las pruebas diagnósticas que han de ser solicitadas, en la generalidad de las víctimas de violencia sexual incluyen²⁰:

1. Serología para sífilis (VDRL).
2. Toma endocervical para Gram y cultivo en Agar Chocolate o Thayer Martin orientada a la detección de gonococo.
3. Frotis en fresco tanto para búsqueda de *Trichomona vaginalis*, como para descartar la presencia de vaginosis bacteriana.
4. Prueba de tamizaje para VIH.
5. Muestra de sangre en busca de antígenos contra Hepatitis B.
6. Adicionalmente, se efectúa una búsqueda de espermatozoides en diversas muestras tomadas.

La toma de exámenes paraclínicos a excepción de la prueba de VIH, no es pre-requisito para el inicio de las profilaxis contra ITS-VIH/SIDA en las primeras 72 horas.

La prueba de toma de embarazo no debe retrasar la oportunidad de la prescripción de la anticoncepción de emergencia en las víctimas de violencia sexual.

Debido a que la violencia sexual siempre es una urgencia médica no aplican restricciones por nivel de complejidad, ni por tipo de aseguramiento en salud, para que la víctima pueda recibir tanto los para clínicos, como los medicamentos y procedimientos que se requieren

En cualquier niña o niño menor de 14 años, así como en Niñas, Niños y Adolescentes - NNA, entre 14 y 18 años víctimas de explotación sexual comercial, los diagnósticos de gonorrea, sífilis o VIH, habiéndose descartado transmisión perinatal, son indicativos de violencia sexual. La presencia de Chlamydia o Trichomona resulta altamente sugestiva de violencia sexual.

Teniendo en cuenta que existen algunas variaciones en cuanto al tipo de pruebas que han de ser solicitadas, en virtud del momento de consulta de la víctima y el tipo de victimización sufrida, se plantean los siguientes casos:

2.5.1 Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan en las primeras 72 horas luego de la agresión sexual

Es indispensable que:

- a) Se soliciten todas las pruebas diagnósticas mencionadas anteriormente;
- b) Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual o explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCNNA) que consultan al sector salud durante las primeras 72 horas de haber sufrido una agresión sexual o un contacto de riesgo, siempre debe ser solicitada una asesoría para prueba de VIH, y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH;
- c) Para víctimas de otros tipos de violencia sexual (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), se realizará la asesoría para prueba de VIH practicada por personal de salud, y la prueba rápida de anticuerpos contra VIH;

²⁰ Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010.

d) En la historia clínica de todos los casos, debe registrarse la solicitud de dichas pruebas, junto con los resultados obtenidos e interpretaciones correspondientes;

e) Adicionalmente, para fines forenses deben tomarse todos aquellos exámenes señalados por los protocolos médico – legales vigentes en Colombia. Ver el “Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual” del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

2.5.2 Solicitud de Pruebas Diagnósticas en víctimas que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual

Las pruebas diagnósticas que deben ser solicitadas cuando la víctima consulta entre cuatro y cinco días después de la agresión varían según el tipo de agresión sexual sufrida.

Es indispensable que:

Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual y ESCNNA que consultan entre cuatro y cinco días después de la agresión sexual, y para víctimas de otras formas de violencia sexual que consultan con la misma temporalidad (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), según criterio médico, se deben solicitar las siguientes pruebas y exámenes:

- Prueba de Embarazo;
- Asesoría para prueba de VIH;
- Prueba rápida de anticuerpos para VIH;
- Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva;
- Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

2.5.3 Solicitud de pruebas diagnósticas en víctimas que consultan después de cinco días desde la agresión sexual

Es indispensable que:

Para todas las víctimas de asalto sexual, abuso sexual y ESCNNA que consultan después de cinco días de ocurrida la agresión sexual, y para víctimas de otras formas de violencia sexual (trata de personas adultas con fines de explotación sexual, etc.), se deben solicitar las siguientes pruebas y exámenes:

- Prueba de Embarazo;
- Asesoría para prueba de VIH;
- Prueba rápida de anticuerpos para VIH;
- Examen confirmatorio para VIH en caso de prueba rápida positiva;
- Exámenes diagnósticos y confirmatorios para ITS.

2.5.4 Otras pruebas diagnósticas que pueden ser solicitadas durante la atención en salud de la víctima de violencia sexual

Independientemente del tipo de agresión sexual sufrida o del momento de consulta después de esta, la médica o médico debe solicitar todos aquellos exámenes diagnósticos que sean necesarios según la condición clínica de la víctima, con el objetivo de garantizar una atención integral en salud con calidad.

• En todos los casos, en la historia clínica se debe dejar registro tanto de la solicitud como de los resultados e interpretaciones de las pruebas realizadas.

2.6 Paso 6. Asegure profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud

Realizar profilaxis sindromática para ITS según esquemas recomendados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2005, para cubrir las ITS más frecuentes sufridas por las víctimas de violencia sexual (ver esquemas en las ayudas didácticas tipo memo fichas que complementan este protocolo).

Es indispensable que:

- Se realice la prescripción inmediata de profilaxis sindromática para ITS en todos los casos de asalto sexual;
- Se recomienda usar la profilaxis sindromática para ITS en casos de abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual en las cuales se encuentren síntomas o signos clínicos compatibles con la infección;
- Se aplique la profilaxis para Hepatitis B, mediante inicio o complemento de los esquemas vacunales. La EPS tiene la obligación de proveer la vacuna contra hepatitis B a los pacientes víctimas de violencia sexual. La gamaglobulina antihepatitis B se aplica si se dispone de ella, pero la vacuna es siempre obligatoria. Lo cual aplica en casos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas;
- Aplicar vacunación antitetánica dependiendo del estado de inmunización previo a la agresión sexual.

Profilaxis HEPATITIS B. Aplicar de acuerdo con criterio médico y disponibilidad.

LEY 975 DE 2005

por la cual se dictan disposiciones para la Reincorporación de Miembros de Grupos Armados Organizados al Margen de la Ley, que contribuyan de manera efectiva a la consecución de la Paz Nacional y se dictan otras disposiciones para Acuerdos Humanitarios.

Se encuentra disponible para la Venta en las Oficinas de Promoción y Divulgación de la Imprenta Nacional de Colombia.

Se debe iniciar el esquema de vacunación y aplicar una dosis única de GAMAGLOBULINA ANTI HEPATITIS-B; la aplicación de la gamaglobulina puede prevenir el 75% de los casos, aunque su aplicación no debe exceder los 14 días del último contacto sexual para considerarla útil.

1. VACUNA CONTRA HEPATITIS B:

Se debe iniciar antes de 24 horas.

La dosis depende de la presentación disponible, en promedio se acepta 0.12 a 0.20 ml/kg.

- Dosis pediátrica: de 5 a 10 ug (según el laboratorio productor). Se administra hasta los 10 años.
- Dosis adolescentes: de 10 a 20 ug (según laboratorio productor). Se administra hasta 19 años inclusive.
- Dosis adultos: de 20 ug, a partir de los 20 años.

La primera y la segunda dosis deben estar separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas. Es de preferencia un periodo más largo entre la segunda y tercera (6 meses); aunque hay esquemas rápidos de 0-1-2 meses; en estos casos se aconseja una cuarta dosis 6-12 meses después (estos esquemas se utilizan en personas con alto riesgo de exposición).

2. GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B (HBIG)

Para profilaxis simultánea, administrar 0.06 ml/kg de peso corporal al mismo tiempo que la primera inyección de la vacuna. Si no se aplica una profilaxis simultánea (inicialmente solo la vacunación) 0.06 ml/kg de peso corporal de GAMMAGLOBULINA ANTIHEPATITIS-B, debe ser administrada tan pronto como sea posible después de la exposición. Repetir a las 4 semanas usando la misma dosis.

2.7 Paso 7. Asegure profilaxis para VIH/Sida durante la consulta inicial por salud

Es inaceptable cualquier retraso en la prescripción y suministro de profilaxis para VIH/Sida cuando está indicada²¹.

La toma de exámenes de laboratorio no es pre requisito para iniciar la profilaxis descrita en las ayudas didácticas de este protocolo, a excepción de la prueba de VIH antes de iniciar tratamiento profiláctico con ARV.

Las instituciones deben tener (en farmacia o urgencias) el Pep Kit completo, para personas adultas y para niñas y niños, incluyendo el listado de elementos que debe contener y sus fechas de vencimiento.

Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual

Es indispensable que:

- Ordene o suministre la profilaxis para VIH/Sida. SIEMPRE está indicada en todos los casos de asalto sexual que consultan dentro de las primeras 72 horas después de la agresión;
- La profilaxis para VIH/Sida está indicada en otros tipos de agresión sexual (abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual como trata de personas adultas con fines de explotación sexual, entre otras, que consultan dentro de las primeras 72 horas) cuando se verifique que la prueba inicial es negativa y se determine clínicamente que existen condiciones de alto riesgo para contraer la enfermedad.

Se pueden presentar condiciones de riesgo: luego del primer episodio de esos tipos de agresión sexual o de un contacto sexual con especial riesgo detectado para VIH/Sida.

Transcurridas 72 horas desde la agresión sexual

Es indispensable que:

En cualquier caso de asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA y otras formas de violencia sexual que consultan luego de transcurridas 72 horas de la agresión inicial o de un contacto de alto riesgo reconocido para VIH/Sida, se procede a iniciar manejo integral según protocolos si los resultados de las pruebas diagnósticas lo indican necesario.

Calificación del Riesgo para VIH/Sida para decidir suministro de Profilaxis en casos de abuso sexual crónico o ESCNNA que consultan en las 72 horas posteriores al contacto de alto riesgo.

Riesgo considerable para la exposición al HIV	Riesgo insignificante para la exposición al HIV
Exposición de: Vagina, recto, ojos, boca u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo.	Exposición de: Vagina, recto, ojos, boca, u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo.
Con: Sangre, semen, secreciones vaginales, secreciones rectales, leche materna o cualquier fluido visiblemente contaminado con sangre.	Con: Orina, secreciones nasales, saliva, sudor o lágrimas si no están visiblemente contaminadas con sangre.
Cuando: Es conocido que el agresor está infectado por HIV:	Cuando: Si se conoce o sospecha la situación de HIV del agresor.

Fuente: CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Antiretroviral postexposure prophylaxis after, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations for the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR 2005; 54 (N RR-2): p.8. Traducción propia.

2.8 Paso 8. Asegure anticoncepción de emergencia y Acceso a Interrupción Voluntaria del Embarazo

Es inaceptable cualquier retraso en la prescripción y suministro de la anticoncepción de emergencia indicada.

Durante las primeras 72 horas de ocurrida la agresión sexual

Es indispensable que:

- De manera rutinaria debe ser prescrita la **anticoncepción de emergencia de tipo hormonal en todo caso de violencia sexual** (asalto, abuso, ESCNNA u otros tipos) que involucre riesgo potencial de embarazo y que consulte durante las **primeras 72 horas** luego de la agresión sexual;
- La anticoncepción de emergencia no se debe supeditar a los resultados de ningún examen paraclínico. Si bien es preferible que se cuente con el resultado de una prueba de embarazo negativa antes de prescribir Levonorgestrel, cuando no se cuenta con una prueba rápida de embarazo que resuelva la situación en el mismo sitio y momento de la consulta de

²¹ Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010.

urgencias, la ausencia del resultado de la prueba no debe ser un impedimento para proporcionar oportunamente esta anticoncepción a la víctima de violencia sexual. No hay ningún daño reportado en la mujer, o el feto, durante el embarazo, si se usan anticonceptivos de emergencia en mujeres que ya están embarazadas.

Esquema Anticoncepción de Emergencia Hormonal

Anticoncepción de Emergencia (AE)	– Administrar Levonorgestrel en la dosis de 1500 microgramos (dos tabletas juntas).
Profilaxis para Embarazo.	– La anticoncepción de emergencia con levonorgestrel se puede administrar dentro de las 72 horas transcurridas luego de la ocurrencia de los hechos; pero es muy importante administrarla lo más pronto posible, pues está demostrado que por cada hora perdida entre el momento de los hechos y su administración, se pierde su efectividad en forma considerable. La AE además de usarse en casos de asalto sexual también se aplica en los casos de abuso en mujeres con relaciones sexuales penetrativas, con contacto del semen con la vulva o con otro riesgo de que se produzca un embarazo. Haga seguimiento al mes para verificar que la paciente no haya quedado en embarazo por motivo de la VS, y si es así, hay que dar la asesoría en IVE y si la paciente lo decide, garantizar la IVE.

Método Combinado o Yuzpe: otro esquema que también puede ser utilizado para brindar la anticoncepción de emergencia hormonal consiste en la toma vía oral de **dos tabletas de anticoncepción de altas dosis (cada una conteniendo 250 µg de Levonorgestrel y 50 µg de Etinilestradiol) dentro de las 72 horas (tres días) siguientes de una relación sexual sin protección, seguidas de dos tabletas 12 horas más tarde.** También se pueden utilizar anticonceptivos hormonales de menores dosis-30-35 µg de Etinilestradiol (usualmente 4 tabletas iniciales y 4 a las 12 horas). Lo importante es asegurar una dosis inicial de 100 µg de etinilestradiol y 500 µg de Levonorgestrel seguida por una dosis igual 12 horas después (Ver: Resolución 769 de 2008 del Ministerio de la Protección Social).

Después de 72 y antes de 120 horas de una agresión sexual:

Es indispensable que:

a) Cuando la consulta se realiza después de 72 y antes de 120 horas (5 días) de una agresión sexual que involucra riesgo de embarazo (asalto sexual, abuso sexual, ESCNNA u otros tipos de violencia sexual), puede efectuarse **anticoncepción de emergencia con DIU**, siempre que se cumpla con los criterios clínicos para que este tipo de dispositivo pueda ser usado por la paciente (Ver: Resolución número 769 de 2008 del Ministerio de la Protección Social);

b) Se suministre la información sobre el derecho a la IVE; esta **no debe estar supeditada** a un resultado positivo en la prueba de embarazo, pues hace parte de los derechos que tienen que ser explicados a la víctima al inicio de la atención, y todo el equipo que atiende víctimas de violencia sexual debe estar en capacidad de darla;

c) La **información sobre el derecho a IVE debe darse desde el primer contacto de la víctima de violencia sexual, y continuarse dando siempre que esta acuda a los servicios de salud** y durante todo el tiempo que la mujer esté en contacto con dichos servicios, en casos de: asaltos sexuales, abusos sexuales, ESCNNA, Trata de personas con fines de explotación sexual, y en otros tipos de violencia sexual que lo ameriten, según criterio médico.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es una **opción de las mujeres** frente al embarazo resultante de violencia sexual y una intervención orientada a prevenir la morbi-mortalidad materna y los daños personales, familiares y sociales que genera. Su esquema de manejo debe ser **integral** y con **perspectiva de género**.

De acuerdo con la Sentencia C- 355 de 2006 de la Corte Constitucional colombiana, **la IVE es un derecho de las víctimas de violencia sexual**. No importa si el profesional de salud consultado es objeto de conciencia para este procedimiento; la víctima de violencia sexual tiene derecho a recibirlo oportunamente si esa es su decisión, de modo que debe ser derivada sin demora alguna hacia otro profesional que realice el procedimiento, lo antes posible. Si el profesional objeto de conciencia es el único disponible para realizar el procedimiento de IVE solicitado por la víctima de violencia sexual, y no se puede asegurar un mecanismo de referencia o este implicaría demoras y dilatación en la atención, prevalecerá el derecho de la mujer solicitante por sobre el del objeto, y este deberá realizar el procedimiento sin dilaciones.

Es constitucionalmente inaceptable que transcurran más de cinco días corridos entre la solicitud y la realización de una IVE a cualquier mujer embarazada como resultado de violencia sexual que exprese su decisión de ejercer ese derecho.

Es una mera formalidad la solicitud de una denuncia por violencia sexual a cualquier mujer con 14 años o menos que solicite una IVE, pues se presume que fue víctima de violencia sexual. En estos casos NUNCA se debe retrasar la realización de la IVE solicitada en espera de una denuncia. Sentencia T-209 de 2008.

La decisión de la niña prima sobre la de sus padres, en caso de que ellos no estén de acuerdo con la IVE, pero ella la solicite. Sentencias T-209 de 2008, T-388 de 2009, C-355 de 2006.

Los componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual se resumen en el cuadro incluido a continuación, y pueden ser consultados de manera extensa en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, versión 2010²².

Se deben explicar todos los riesgos y beneficios del procedimiento, en el marco de la toma de consentimiento informado.

Componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual	
Componente	Descripción Mínima
Recepción	Tiempo de espera breve incluso sin cita previa. Ausencia de interrogatorios más allá de la toma de datos establecidos para la identificación de la persona. Respeto a la intimidad de la consultante. No es necesario pedir a la víctima que relate lo que le sucedió.

Componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual	
Componente	Descripción Mínima
Información inicial	Un profesional debe brindar a la mujer información sobre el procedimiento en condiciones de confidencialidad, con una actitud cálida, escucha activa, tiempo suficiente para atender sin prisa, transmisión de confianza y plena aceptación, transmisión de certeza de que la paciente será atendida en sus necesidades en esa u otra institución, explicación de pasos a seguir, programación de consulta médica y psicológica ese mismo día (si se trata de una víctima en crisis debe ser conducida primero a la valoración psicológica y desde allí, ser acompañada a la consulta médica). Definir qué tipo de ayuda ha pedido y de quién la ha recibido previamente.
Consulta médica	Requiere una duración mucho mayor que otras consultas médicas. Se debe saludar empáticamente y proporcionar el nombre. En privado preguntar a la víctima si desea que su acompañante (si lo tiene) esté presente en la valoración. No se debe permitir la presencia de personas extrañas o las interrupciones durante el examen, evitar hacer contar nuevamente todo lo sucedido. Preguntarle cómo se siente en ese momento. Efectuar una toma de antecedentes médicos relevantes. Revisar los exámenes médicos que traiga. Sostener una conversación tranquila con la víctima mientras se le atiende, repitiéndole constantemente que no es culpable por lo sucedido. Explicar desde el inicio el tipo de examen que se realizará así como el uso del espéculo o del examen bimanual, si es necesario, indicar cómo acomodarse en la mesa de examen. Si acepta que se realice un examen ginecológico, ser especialmente cuidadoso. Tal examen está orientado primordialmente a establecer la edad gestacional para recomendar la técnica más apropiada, detectar la presencia de posibles infecciones genitales que deben ser tratadas antes del procedimiento para evitar complicaciones (sin embargo, es prioritaria la IVE, por lo cual este tipo de tratamiento no debe convertirse en un obstáculo de acceso), o establecer si debe ser derivada a otro tipo de prestador de servicios de salud. Si la víctima no desea un examen ginecológico no debe ser obligada pues este no es un prerrequisito para acceder a una IVE, se puede recurrir a la ecografía para establecer edad gestacional. Por otra parte, este tipo de negativa puede indicar que se ha de requerir sedación durante el procedimiento. Solicitar de rutina los siguientes exámenes: serología, títulos para VIH, anticuerpos para herpes tipo II, frotis vaginal, solo si es necesario. Al finalizar la consulta se debe explicar el procedimiento y los pasos a seguir.
Orientación por profesionales de salud mental o ciencias sociales	Esta orientación debe ser realizada por profesionales de trabajo social, psicología, psiquiatría y otros profesionales de la salud y las ciencias sociales, debidamente entrenados en el manejo de violencias sexuales y con experticia tanto en temas de salud sexual y reproductiva, como de derechos sexuales y reproductivos. Quien atiende debe ser una persona amable, cálida y empática. El espacio de la consulta debe ser agradable y confidencial, sin presencia de familiares al menos al inicio de la entrevista, luego si la paciente lo desea, puede permitirse el acceso de un acompañante que ella quiera tener cerca. En caso de niñas, niños y adolescentes en este segundo momento de entrevista debe involucrarse siempre un familiar protector (nunca el agresor, si ha sido violencia sexual intrafamiliar). La participación de una tercera persona en la entrevista siempre debe contar con el asentimiento informado de la niña, niño o adolescente. No se deben permitir las interrupciones. La actitud debe ser de escucha activa, respetando el ritmo narrativo de la víctima, desculpabilizando y sin ir más allá de lo que la consultante pueda manejar con facilidad. Debe familiarizarse a la víctima con posibles reacciones emocionales y su manejo acorde con recursos internos. Igualmente, se valorarán las redes de apoyo y los riesgos de revictimización. Debe informarse sobre sus derechos, en particular a la IVE, junto con otras posibilidades ante el embarazo, y respetar las decisiones de la víctima, sin tratar de influenciarla en ningún sentido.
Remisión y articulación interinstitucional	Si la víctima de violencia sexual no va a ser atendida para IVE en la misma institución donde fue valorada inicialmente, por requerir un mayor nivel de complejidad, se le deben facilitar todos los trámites administrativos, soportes de información y acompañamiento necesarios durante todo el proceso (por profesional en psicología o trabajo social). Debe evitarse cualquier retraso innecesario en el acceso a la IVE durante el proceso de remisión. La mujer debe conocer que su solicitud tiene que ser resuelta en los cinco días siguientes a la petición inicial y se debe hacer seguimiento continuo hasta asegurarse que ha recibido la atención solicitada.
Información, autonomía y consentimiento informado	Las mujeres víctimas de violencia sexual que solicitan una IVE deben recibir información completa, clara, oportuna y veraz sobre sus derechos, los procedimientos a realizar, riesgos y efectos para su salud y su vida. Esta es una condición irrenunciable para solicitar la firma del consentimiento informado.
Procedimientos de IVE	La guía de IVE construida por la OMS indica diferentes tipos de procedimientos recomendables según la edad gestacional. Los métodos preferidos según esa misma guía son la aspiración al vacío y los métodos farmacológicos, que pueden ser atendidos en el primer nivel por médicos generales. La dilatación y curetaje, lo que se conoce como “legrado uterino”, no se considera un método de elección. Deben ofrecerse métodos para manejo del dolor acordes con las características clínicas de la paciente, operar la cadena de custodia sobre los tejidos obtenidos durante el procedimiento, brindar cuidados de recuperación posteriores al procedimiento durante 30–40 minutos, programar una cita post-procedimiento para 7-15 días después de este. Debe hacerse la notificación y reporte de los casos, acogiendo los lineamientos del Ministerio de la Protección Social. Como la violencia sexual es una urgencia médica, cuando se practique una IVE por causal de violencia sexual la provisión de servicios, procedimientos o medicamentos necesarios para brindar la atención NO ESTÁ RESTRINGIDA por el régimen de aseguramiento o el nivel de complejidad.

²² Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010.

Componentes para una atención adecuada de la IVE por violencia sexual	
Componente	Descripción Mínima
Control y seguimiento	<p>El objetivo de este control es evaluar la salud general de la mujer, la ausencia de complicaciones que no hayan sido reconocidas a través de los signos de alarma durante los días posteriores al procedimiento, y el reforzamiento de los aspectos educativos y las acciones preventivas iniciadas durante la atención inicial.</p> <p>En el caso de IVE con medicamentos, el control también está encaminado a confirmar si el tratamiento fue exitoso. Cuando se sospeche una falla del tratamiento o un aborto incompleto, se debe confirmar. En caso de confirmarse, se debe realizar un procedimiento de evacuación uterina por aspiración. Si se detecta una complicación debe iniciarse inmediatamente el tratamiento. La visita de control y seguimiento es una oportunidad para hablar con la mujer de sus experiencias, si es necesario, así como de ofrecer asesoramiento adicional. La asesoría anticonceptiva es esencial en el seguimiento y siempre debe hacer parte de la atención. Si la mujer aún no ha iniciado un método anticonceptivo, debe ofrecérselo en este momento. La información detallada y completa sobre la atención se encuentra en el protocolo de prevención del aborto inseguro.</p>

2.9 Paso 9. Asegure una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta

El cuidado integral de la salud mental de una víctima de violencia sexual involucra tanto una serie de acciones iniciales que no requieren el concurso de profesionales expertos en salud mental, como un conjunto de intervenciones especializadas que deben ser ofrecidas por profesionales especializados en el contexto de la atención inicial de urgencias ofrecida a toda víctima. Tomando en cuenta que la violencia sexual, es siempre una urgencia médica, no aplican restricciones por nivel de complejidad o aseguramiento en salud para proporcionar dicha atención inicial por especialista en salud mental a todas las víctimas, acudiendo a los mecanismos de referencia y contrarreferencia que se requieran para asegurarlo. Al respecto, recordar que la Ley 1257 de 2008, en el artículo 19, declarado exequible por la Sentencia C-776 de 2010, establece que ante las mujeres víctimas de violencia basada en género, incluyendo la violencia sexual, los servicios de salud: “contarán con sistemas de referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, siempre garantizando la guarda de su vida, dignidad e integridad”.

En su conjunto, las acciones no especializadas y especializadas en salud mental que se deben ofrecer a las víctimas de violencia sexual son²³:

2.9.1 Acciones no especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial a la institución de salud

2.9.1.1 Recepción empática y no revictimizadora por parte de todas las personas trabajadoras de la institución sanitaria que entren en contacto con la víctima

Una actitud adecuada por parte de trabajadoras y trabajadores sanitarios, protege la salud mental de la víctima y resulta central para una resolución positiva de la victimización sexual.

Para ello, se requiere que TODO el personal de las instituciones de salud y las rutas de atención, participe periódicamente en sesiones de sensibilización y capacitación en violencia sexual, derechos de las víctimas, rutas de atención y primeros auxilios psicológicos, acordes con su perfil profesional. Junto con el personal asistencial propiamente dicho, el personal administrativo, gerencial y de seguridad, debe ser incluido.

2.9.1.2 Primeros auxilios psicológicos

Los primeros auxilios psicológicos son brindados por la médica o el médico general de urgencias, junto con las demás personas del equipo de salud no especializado en salud mental, que atienden el caso con el objetivo de preparar el terreno para la posterior recuperación emocional de la víctima. Por lo tanto, es importante que las personas profesionales en medicina, demás personas profesionales y técnicas implicadas en la atención inicial en salud de la víctima de violencia sexual estén entrenadas para brindar los primeros auxilios emocionales desde su quehacer profesional específico.

La médica o médico general de urgencias debidamente entrenado/a debe efectuar también la evaluación inicial en salud mental y el manejo de los riesgos de auto y heteroagresión que encuentre en la víctima. SIEMPRE se debe realizar una interconsulta médica especializada de urgencias con la o el psiquiatra, la o el psicólogo clínico o con entrenamiento en clínica, para que se garantice el cubrimiento de los aspectos especializados de la atención clínica inicial en salud mental.

Los primeros auxilios psicológicos NUNCA reemplazan a la atención especializada de salud mental que toda víctima de violencia sexual debe recibir en el marco de su atención inicial de urgencias.

Los primeros auxilios psicológicos para las víctimas de violencia sexual involucran los siguientes componentes:

1. Orientación y apoyo a la víctima en torno a su revelación sobre la agresión sexual sufrida.
2. Apoyo inmediato y constante durante todo el proceso de conducción de la valoración e intervenciones por la médica o el médico general.
3. Promover la desculpabilización de la víctima.
4. Permitir y promover que la víctima y sus acompañantes se expresen desde las emociones y no desde la racionalidad.
5. No se debe presionar a hablar de los hechos ocurridos.
6. Se darán explicaciones sobre los posibles síntomas que pueda tener la víctima.
7. Orientar e informar adecuadamente a la víctima y su familia sobre sus derechos y las rutas de atención.
8. Apoyar la búsqueda de mecanismos individuales, familiares, sociales e institucionales para la protección de la víctima.
9. Activar estrategias y rutas de protección.

²³ Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010.

10. Efectuar una completa valoración física y mental acorde con los requerimientos de la valoración inicial de urgencias para una víctima de violencia sexual, garantizando los principios del trato humanizado, digno y la confidencialidad.

Al médico/a general siempre le corresponderá la detección y estabilización previa de las víctimas de violencia sexual, que exhiban riesgo de auto o heteroagresión, así como la hospitalización o remisión para protección en casos de riesgo de revictimización o ausencia de mecanismos de protección efectivos para la seguridad en general de la víctima, pues esto pertenece al campo de las competencias mínimas de la atención de urgencias médicas, que el perfil profesional del médico general debe cumplir.

La sedación a una víctima en riesgo de auto o heteroagresión —en los casos que se requiera— debe ser efectuada por el médico general a cargo del caso, entendiéndose como una acción previa a la llegada de la médica o médico psiquiatra. Una vez se verifiquen las condiciones médicas de base, cuya corrección ha de priorizarse antes de sedar y contando con una evaluación basal de signos vitales, el médico o médica general puede emplear alguno de los esquemas descritos en el capítulo 6 del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

Es claro que la sedación no es una medida que deba ser utilizada de manera generalizada ante cualquier tipo de sintoma ansioso, depresivo o irritabilidad manifestada por la víctima de violencia sexual. **Solamente ante casos de riesgo inminente de auto o heteroagresión. En todo caso con riesgo suicida o heteroagresivo debe, además, solicitarse evaluación de urgencias por psiquiatría para diagnóstico y tratamiento específico de la situación.**

Una vez se tiene la víctima de violencia sexual hemodinámicamente estable y se han descartado o manejado situaciones médicas de base, relacionadas o no con la agresión sexual que estuvieran generando un riesgo (como intoxicación exógena, trauma craneoencefálico, descompensación metabólica, hipoxia, psicosis activa, entre otros posibles), los esquemas de sedación para pacientes con riesgo de auto o heteroagresión que pueden ser utilizados por la médica o el médico general de urgencias, son los siguientes:

Esquemas sugeridos para manejo psicofarmacológico del riesgo auto o heteroagresivo en servicios de urgencias médicas	
Persona adulta	Niña, niño o adolescente
<p><u>Con diagnóstico exclusivamente psiquiátrico que acepta vía oral:</u></p> <p>Loracepam 2 mg VO cada media hora. Mantener 6-12 mg/día hasta valoración por el psiquiatra de urgencias.</p> <p>Haloperidol 5 mg VO cada hora. Si no acepta vía oral, considerar la aplicación intramuscular descrita en la sección siguiente. Mantener entre 5-10 mg/día hasta valoración por el psiquiatra en urgencias.</p>	<p><u>Cuadros psicóticos con riesgo activo de auto o heteroagresión:</u></p> <p>Difenhidramina: 1-5 mg/kg niños. Adolescentes: 25-50 mg/dosis (riesgo de desinhibición y tolerancia).</p> <p>Risperidona en solución 1 mg/ml, a dosis de 0.25 mg/día en pacientes con peso menor de 50 kg, y de 0.5 mg/día si el peso del paciente es mayor que 50 kg.</p>
<p><u>Con diagnóstico exclusivamente psiquiátrico que NO acepta vía oral:</u></p> <p>Haloperidol 5-10 mg cada 30 minutos hasta 30 mg. Mantener con dosis máximo de 20 mg/día hasta valoración por el psiquiatra de urgencias.</p> <p>En cualquier caso, indicar monitoreo frecuente de estado general, tensión arterial y otros signos vitales.</p>	<p>En este grupo poblacional también es posible la sedación con Clonazepam solución oral 2.5 mg/ml a dosis mínima durante cortos períodos de tiempo; máximo 4 semanas, para evitar efectos adversos.</p> <p>Por vía oral, con gotas que nunca deben suministrarse directamente en la boca, sino mezcladas con agua, té o jugo de frutas:</p> <p><u>Hasta los 10 años de edad</u> o menos de 30 kg de peso corporal, iniciar 0.01 a 0.03 mg/kg/día. Aumentar gradualmente la dosis en incrementos de 0.25 a 0.5 mg/día cada tres a siete días hasta el control de la crisis o la aparición de las reacciones adversas.</p> <p><u>Entre 10 y 16 años de edad:</u> la dosis inicial es de 1.0-1.5 mg/día administrados en 2-3 dosis divididas. La dosis puede aumentarse en 0.25-0.5 mg cada tercer día hasta que se alcance la dosis individual necesaria (de 3-6 mg/día).</p> <p>Puede haber casos con agitación paradójica.</p>

2.9.2 Acciones especializadas en salud mental para la víctima de violencia sexual en su consulta inicial a la institución de salud

La intervención especializada ha sido diseñada como un procedimiento de intervención en crisis que debe ser llevado a cabo por la médica o médico psiquiatra, la psicóloga o psicólogo clínico, debidamente entrenados. Posteriormente, si dichos profesionales lo consideran necesario, la víctima puede ser referida para continuar su atención ambulatoria para completar una psicoterapia breve por psiquiatría o psicología en consulta externa, o puede ser derivada para atención integral en salud mental a cargo de un equipo interdisciplinario. La decisión por alguna de estas dos opciones se puede tomar una vez terminada la valoración inicial de urgencias y la primera sesión de terapia breve por especialista orientada hacia la intervención en crisis²⁴.

2.9.2.1 Intervención en crisis propiamente dicha

La debe realizar un médico o médica psiquiatra o, una psicóloga o psicólogo clínico debidamente entrenados en psicoterapia breve. El siguiente cuadro describe sus características principales:

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico) para víctimas de violencia sexual	
Objetivo	Reducir las posibles consecuencias emocionales y sociales negativas que puedan derivarse del evento traumático a partir de la identificación y el fortalecimiento de recursos personales, familiares y sociales, y la búsqueda de soluciones factibles ante problemas específicos, mediante una intervención terapéutica especializada en salud mental, oportuna y de calidad, que hace parte integral de la atención de la urgencia médica derivada de una victimización sexual.

²⁴ Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010.

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico) para víctimas de violencia sexual	
Momento en que debe realizarse	Como parte de la atención inicial de urgencias para toda víctima de violencia sexual en un contexto tranquilo y privado.
Duración	De 60 a 180 minutos, según necesidades de la víctima.
Periodicidad	La psicoterapia breve puede ser desarrollada en un formato de entre 1 y 10 sesiones, atendiendo a las necesidades de cada víctima y las posibilidades del contexto. Cuando se emplee un formato multisesiones, se recomienda iniciar con una a la semana e ir espaciando hasta máximo una al mes.
Profesional a cargo	Profesional de la psicología clínica o de la medicina con especialidad en psiquiatría con entrenamiento adicional específico para el manejo psicoterapéutico de víctimas de violencia sexual, ya que se trata de un procedimiento especializado que requiere conocimiento y experticia clínica.
Tipo de paciente	Toda persona víctima de violencia sexual perteneciente a cualquier grupo de edad, género o modalidad de victimización que esté siendo atendida por tal motivo en el marco de la atención de la urgencia médica, y que haya otorgado su consentimiento informado para la acción clínica integral en salud, incluyendo los componentes de atención en salud mental especializada.
Formato	Psicoterapia breve centrada en solución de problemas de tipo individual o en diada víctima-persona adulta protectora en casos de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, si se considera terapéutico y dicho acompañamiento es aceptado. En ningún caso la víctima y el agresor deben estar en un mismo contexto terapéutico.
Procedimientos a través de los cuales puede llevarse a cabo en el marco del SGSSS colombiano, según MAPIPOS	Interconsulta médica especializada de urgencias o ambulatoria por médica/o psiquiatra. Consulta de urgencias por medicina especializada-psiquiatría. Procedimiento de psicoterapia individual por psicólogo/a. Procedimiento de psicoterapia individual por psiquiatra. Traslado de pacientes para completar valoraciones y procedimientos necesarios dentro del manejo integral de la urgencia médica. Es obligatoria la atención médica especializada por profesionales de psiquiatría, psicología clínica, o psicología con entrenamiento en clínica. En casos de mujeres, adolescentes y niñas víctimas de violencia sexual en el marco del conflicto armado interno y especialmente en el contexto del desplazamiento forzado, se requiere acompañamiento por profesionales expertas en intervención psicosocial, así como para sus familiares de acuerdo con la Sentencia T-045 de 2010 de la Corte Constitucional. Igualmente, los psicofármacos que puedan ser requeridos como parte integral de la atención en salud mental. La Ley 1257 de 2008 en el artículo 19, declarado exequible por la Sentencia C-776-10 de 2010, establece que las Empresas Promotoras de Salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, serán: <i>“las encargadas de la prestación de servicios de asistencia médica, sicológica y siquiátrica a las mujeres víctimas de violencia, a sus hijos e hijas”</i> .
Garantizar la habitación y alimentación de la víctima en el sitio donde se remita para intervención especializada en salud mental, incluyendo el servicio de transporte de la víctima y de sus hijos e hijas (y de un acompañante por víctima, independientemente de la edad de esta)	Ley 1257 de 2008, artículo 19, declarado exequible por la Sentencia C-776-10 de 2010: <i>“las prestaciones de alojamiento y alimentación suministradas a la mujer víctima de violencia, hacen parte de las medidas de protección y atención propias de su derecho integral a la salud, siempre y cuando sean proporcionadas dentro de las condiciones previstas (i) en la Constitución Política; (ii) en la Ley 1257 de 2008, (iii) en el reglamento que deberá expedir el Ministerio de la Protección Social; y (iv) en esta providencia. La concesión de alojamiento y alimentación amparan el derecho a la salud de la agraviada, en cuanto procuran su estabilización física y emocional, permitiéndole gozar de un periodo de transición al cabo del cual podrá continuar con la ejecución del proyecto de vida por ella escogido”</i> . Existe también el antecedente de amparo constitucional de estos derechos para mujeres, adolescentes, y niñas afectadas por violencia sexual en el marco del conflicto armado interno y especialmente quienes se encuentran en situación de desplazamiento forzado, en caso de que no sean hospitalizadas; con transporte para un acompañante por víctima (Sentencia de la Corte Constitucional T-045 de 2010). Relacionado con el derecho a la salud como concepto integral que ha sido explicado por la Corte, entre otras, en las Sentencias T-248 de 1998, T-414 de 1999, T-409 de 2000, T-307 de 2006 y T-508 de 2008.

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico) para víctimas de violencia sexual	
Estrategias	Contemplar múltiples niveles de evaluación e incluir a los diferentes actores familiares y sociales involucrados en los problemas derivados de la victimización sexual y en su solución. Partir de una definición de esos problemas que sea compartida por la persona consultante y que permita visualizar como viable la solución de los mismos. Enfocarse en el presente y el futuro, no en el pasado. Resaltar que la violencia sexual obedece a características del contexto cultural y social que favorecen las inequidades de poder entre las personas, principalmente por género y edad, antes que en consideraciones de índole intrapsíquica. Enfocarse más en los recursos que en los déficit. Enfocarse sobre lo posible y no sobre lo perfecto. Partir de las características particulares del caso. Tener en cuenta la etapa del ciclo de vida individual y familiar, y el contexto social en que se produjo el acto violento. Contemplar los recursos disponibles en los distintos contextos involucrados en la solución de los problemas identificados en torno a la violencia sexual y favorecer la manera de activarlos y ampliarlos. Proponer acciones directas e indirectas que sean hipotéticamente pertinentes para la solución de problemas concretos. Prever los posibles efectos positivos y negativos. Tener en cuenta que el cambio requiere reorganización, reordenamiento, y reestructuración de las representaciones rígidas e inhibitorias que impiden el afrontamiento efectivo de la realidad. Evaluar contextualmente la presencia de signos y síntomas psiquiátricos y psicológicos, así como la necesidad de tratamiento psicofarmacológico especializado. Además de la necesidad de continuar con una psicoterapia breve en formato de múltiples sesiones, o considerar la primera como la única intervención psicoterapéutica especializada requerida inmediatamente antes de remitir para continuar manejo por equipo interdisciplinario de salud mental en contexto ambulatorio u hospitalario, según necesidades de la víctima. Asegurar confidencialidad y privacidad, al igual que en el resto de la ruta de atención.
Fases	Se parte y se centra en el motivo de consulta. Se intenta evidenciar y entender el problema. Se facilita la descarga emocional, la expresión de sentimientos y la normalización de síntomas. Movilizar recursos y habilidades personales, familiares y sociales. Evaluación del estado mental de la víctima, recontextualizando los síntomas como reacciones esperables ante la victimización sufrida que, no obstante, pueden ser superados mediante acciones específicas. Recomendaciones y sugerencias generales. Acuerdos terapéuticos específicos. Resumen final con retroalimentación por parte de la víctima consultante.
Técnicas terapéuticas específicas	Para facilitar que la víctima retome la percepción de control sobre sí misma y sobre sus circunstancias, se recomienda durante la entrevista permitirle hacer elecciones, como las siguientes: Ofrecer un vaso de agua. Permitir que elija el sitio donde quiere sentarse. Indicar que en cualquier momento puede suspender la entrevista, si así lo desea. Efectuar preguntas del tipo: <i>¿Quiere que hablemos o le parece que ahora no es el momento?</i> Justificar la necesidad de las preguntas a través de indicaciones como: <i>Cuénteme todo lo que crea que yo debería saber. No tiene necesidad de compartir todo lo ocurrido. Tal vez haya cosas que le parezca que en este momento debe guardar.</i> Respetar el ritmo impuesto a la entrevista por la víctima, mediante frases como: <i>En cualquier momento puede interrumpir la entrevista y nos tomamos un descanso hasta que se sienta mejor.</i> Ofrecer opciones a través de intervenciones tales como: <i>Tal vez haya algunos temas que prefiera escribirlos, dibujarlos o expresarlos de otra manera que no sea necesariamente contárselos a alguien.</i> Para facilitar la expresión de emociones, significados y sentidos propios otorgados a lo ocurrido: Mostrar una actitud de comprensión con el cuerpo y utilizar expresiones como: <i>Puedo ver que..., Por lo que dices, parece que te sientes...</i> Se debe evitar decir: <i>lo comprendo</i> . Dar signos de atención (afirmar con la cabeza, con la mirada, alguna anotación, alguna expresión verbal), que animen a la persona a sentirse cómoda hablando. Observar la comunicación no verbal y considerar lo que está sintiendo la persona tanto por lo que dice como por lo que no dice. Preguntar por sus necesidades, preocupaciones, ansiedades y dificultades. Formular las preguntas de manera abierta, para que faciliten la comunicación, por ejemplo: <i>¿Cómo ves la situación?</i> Parafrasear los puntos principales para confirmar que se ha entendido bien y para darle la oportunidad de corregirnos y, a la vez, profundizar en lo que está diciendo: <i>¿Estás diciendo que no puedes soportar tanta tensión?</i> Aceptar tranquilamente el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico) para víctimas de violencia sexual	
Técnicas terapéuticas específicas	<p>el tiempo que sea necesario sin perder la calma o llenar el silencio con cualquier comentario. Tener una actitud corporal que facilite la comunicación con el cuerpo orientado hacia la persona (sin brazos o piernas cruzadas), hacia delante y acercándose a la persona. Tener contacto visual como signo de aceptación y de escucha. En ciertos momentos, no evitar el contacto físico con las manos (en el hombro o tomando las manos del otro), aunque con prudencia, ya que prematuro o a destiempo puede ser vivido como una invasión del espacio personal; al respecto también tenga en cuenta lo que socialmente se considera aceptable en el lugar (por ejemplo, en la mayor parte de los contextos colombianos suele ser comúnmente aceptado este tipo de contacto entre dos mujeres o desde una mujer hacia una niña o niño, pero no desde un hombre hacia otro hombre). Poner el foco de atención en cómo se siente y se comporta la persona respecto a lo ocurrido más que en lo ocurrido, por ejemplo, en sus emociones y percepciones en torno a los hechos (humillación, fortaleza, culpa, rabia, tristeza, entre otros) y detectar cuáles de estas emociones pudieran ser problemáticas en el futuro (por ejemplo, autoacusación o vergüenza severas). Trabajar conjuntamente para entender los hechos. Para dar apoyo emocional a las víctimas de violencia no se necesita saber la "verdad", ni conocer detalles de lo ocurrido.</p> <p>Para resignificar los sentidos y significados otorgados por la víctima a lo ocurrido, de modo que la adaptación y solución de problemas resulte más fácil, se requiere:</p> <p>Ayudar a construir un marco comprensivo que ubique la agresión sexual en un contexto relacional enmarcado por estructuras de poder hegemónicas que pusieron en desbalance de poder a la víctima con relación al victimario, promoviendo la victimización sexual. Emplear técnicas de connotación positiva que sean sensibles a la condición de víctima de la consultante. Emplear técnicas de ubicación en un futuro en el cual ya se hayan superado los efectos de la victimización. Resignificar los signos y síntomas mentales encontrados, así como los tratamientos psicofarmacológicos cuando sean requeridos como una parte más de las estrategias de afrontamiento desplegadas, en el marco de otras desarrolladas por la misma víctima y su grupo de apoyo primario.</p> <p>Para técnicas terapéuticas mínimas aplicables a niños, niñas y adolescentes: ver los lineamientos para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual del Consejo Distrital para la Atención Terapéutica a Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Violencia y Explotación Sexual, Bogotá, año 2004, págs. 48-62. Disponible en: http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/1251/1/LINEAMIENTOS%20para%20la%20atencion.pdf</p>
Acciones y actitudes NO terapéuticas que debe EVITAR durante la consulta	<p>No se debe: Decir <i>le entiendo perfectamente o imagino por lo que está pasado</i>, porque aparte de inadecuado, es falso. Pensar por adelantado lo que va a decir en la intervención o aplicar rígidamente programaciones preestablecidas independientemente de las necesidades percibidas en la víctima en el contexto de la sesión. Ignorar, restar importancia o negar los sentimientos de la otra persona. Fingir que se ha comprendido, cuando no es así. Cambiar del tema que resulta importante para la persona por incomodidad personal. Aconsejar con frases como: <i>creo que deberías... ¿Cómo es que no...?</i>. Intentar tranquilizar forzosamente, tratar de animar, consolar o quitarle importancia al asunto con frases como: <i>ánimese ¡no es para tanto!</i> Juzgar o criticar lo que la persona hizo durante la agresión o después de ella. Instruir con frases como: <i>esto puede ser una experiencia interesante si...</i> Hostigar con preguntas sobre detalles de la experiencia o corregir, con frases como: <i>¿Cuándo empezó todo? No, esto no fue así.</i></p>
Disposición final de la víctima de violencia sexual	<p>De acuerdo con las características de la víctima, su disposición y posibilidad de acudir a una psicoterapia, y las características del profesional que atiende y del contexto de ayuda en que actúa, al finalizar la primera sesión de psicoterapia breve podrá disponerse que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta sea la única sesión que se realizará, remitiendo desde allí a la víctima para continuar con una atención interdisciplinaria por parte del equipo de salud mental, en contexto ambulatorio y hospitalario, acorde con las necesidades de la persona y las características de la ayuda disponible. • Esta sea la primera de una serie de hasta 10 sesiones, de acuerdo con el formato de psicoterapia breve individual centrada en solución de problemas, luego de la cual se podrá referir o no la persona a continuar atención interdisciplinaria por equipo de salud mental en formato ambulatorio u hospitalario, como se describió antes. • Que se detecte la necesidad de iniciar algún tipo de farmacoterapia específica por presencia de una psicopatología instaurada de la cual se conoce que el pronóstico mejora a partir de un abordaje bimodal combinando psicoterapia más farmacoterapia específica. Si el profesional que conduce la consulta inicial de psicoterapia breve es psiquiatra, deberá iniciar de inmediato la medicación necesaria, explicando su uso como un elemento más dentro de las estrategias de afrontamiento indicadas. Si se trata de una psicóloga o psicólogo clínico, deberá efectuar la misma resignificación de la farmacoterapia, derivando para continuar manejo conjunto o exclusivo por médico o médica psiquiatra, de acuerdo con las circunstancias que rodean a cada caso.

Características de la primera consulta de psicoterapia breve por especialista en salud mental (médica/o psiquiatra o psicóloga/o clínico) para víctimas de violencia sexual
<p>Construido a partir de las siguientes fuentes: Lipchik, Eve (2004) "Terapia Breve Centrada en la Solución". Buenos Aires, Amorrortu, p. 320. Zeig, J (2004) "Terapia Breve. Mitos, metas y metáforas", Buenos Aires, Amorrortu, p. 552. Talmon, M (1990) "Single Session Therapy. Maximizing the effect of the first and often only therapeutic encounter", San Francisco. Jossey – Bass Inc, p. 146. Médicos Sin Fronteras – España (2010) Protocolo de consulta única y consejería en salud mental. MSF – OCBA, Colombia, p. 18. Equipo de Salud Mental Hospital del Sur E.S.E. (2003) "Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual", p. 56. Velásquez, Susana (2003) "Violencias Cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender, ayudar". Barcelona. Ed. Paidós. P. 334.</p>

2.9.2.2 Derivación a intervención terapéutica por equipo interdisciplinario en salud mental o a continuación de psicoterapia breve por psiquiatra o psicólogo/a

Una vez terminada la primera consulta por psicoterapia breve realizada dentro del contexto de la atención médica de urgencia para la víctima de violencia sexual, la médica o el médico psiquiatra, la psicóloga o psicólogo clínico deben decidir si la víctima requiere ser derivada a la consulta externa para continuar un proceso de psicoterapia breve por psiquiatría o psicología clínica, o si más bien amerita que se le remita directamente para atención integral en salud a cargo de un equipo interdisciplinario de salud mental, en un contexto ambulatorio u hospitalario. Ver sobre obligatoriedad de contar con sistemas de referencia y contrarreferencia apropiados para las mujeres, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, según Ley 1257 de 2008 (artículo 19, declarado exequible por la Sentencia C-776-10 de 2010).

Los componentes y recomendaciones para la atención en salud mental de las víctimas de violencia sexual en el mediano y el largo plazo pueden ser revisados en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Capítulo 6.

2.10 Paso 10. Planee los seguimientos clínicos requeridos por la víctima

La médica o el médico general que atiende la consulta inicial de urgencia con una víctima de violencia sexual debe dejar debidamente programados todos los seguimientos que se requieren e informar sobre su importancia a la persona, y a su familia, cuando sea el caso.

Es importante tener en cuenta el consentimiento previo de las víctimas adultas para hacer su búsqueda activa en caso de que no se presenten a los seguimientos. Este consentimiento o desistimiento informado debe quedar establecido en el contacto inicial, y registrado en la historia clínica. En los niños, niñas y adolescentes, es obligatoria la búsqueda activa ante pérdida del caso en los seguimientos.

Se tiene previsto que a cada víctima de violencia sexual le sean realizados un total de cinco consultas de control luego de efectuada la atención inicial de urgencia, con la siguiente periodicidad: a las dos semanas, cuatro semanas, tres meses, seis meses y doce meses.

Cada uno de esos controles cumple con unos objetivos muy específicos que deben ser comunicados a la persona desde la primera atención efectuada por el sector salud, junto con las fechas programadas para realizarlos.

El médico o médica de urgencias que atiende la consulta inicial de la víctima de violencia sexual es el responsable tanto de programar los seguimientos ambulatorios, como de efectuar durante la atención de urgencias el seguimiento a la realización de todos los paraclínicos, procedimientos, tratamientos e interconsultas que sean solicitadas a la víctima de violencia sexual como parte de esa atención urgente.

2.11 Paso 11. Derive hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de las víctimas de violencia sexual

La atención integral en salud de una víctima de violencia sexual puede requerir el concurso de otros profesionales sanitarios adicionales a los mencionados hasta ahora por este protocolo, hacia quienes debe ser remitida la víctima en virtud de sus necesidades clínicas²⁵.

De manera rutinaria debe contemplarse, como mínimo, la remisión a los siguientes profesionales:

1. Profesionales sanitarios o de las ciencias sociales debidamente entrenados en atención de la víctima de violencia sexual que solicita una IVE.
2. Profesionales sanitarios debidamente entrenados en efectuar consejería pre y post test de VIH-SIDA.
3. Profesionales especializados en salud mental (psiquiatras y psicólogas/os clínicos) expertos en psicoterapia breve con víctimas de violencia sexual, así como equipos interdisciplinarios especializados en salud mental que brinden otro tipo de atención integral requerida con posterioridad a la psicoterapia breve.
4. Otros médicos y médicas especialistas que se requieren para la atención integral de lesiones o condiciones clínicas que sean documentadas durante la valoración de la víctima.

2.12 Paso 12. Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual

Si el caso es identificado en primera instancia por el sector salud, es decir, ante la revelación directa o la detección de casos de violencia sexual, este sector debe activar inmediatamente al sector protección, si se trata de una víctima menor de 18 años de edad en cabeza del Defensor de Familia del ICBF, y si se trata de una víctima mujer adulta debe activar la ruta de protección de la Comisaría de Familia, con el fin de dar inicio al proceso de restablecimiento de derechos y que se tomen las medidas de protección integral a las que tienen derecho las víctimas de violencia sexual.

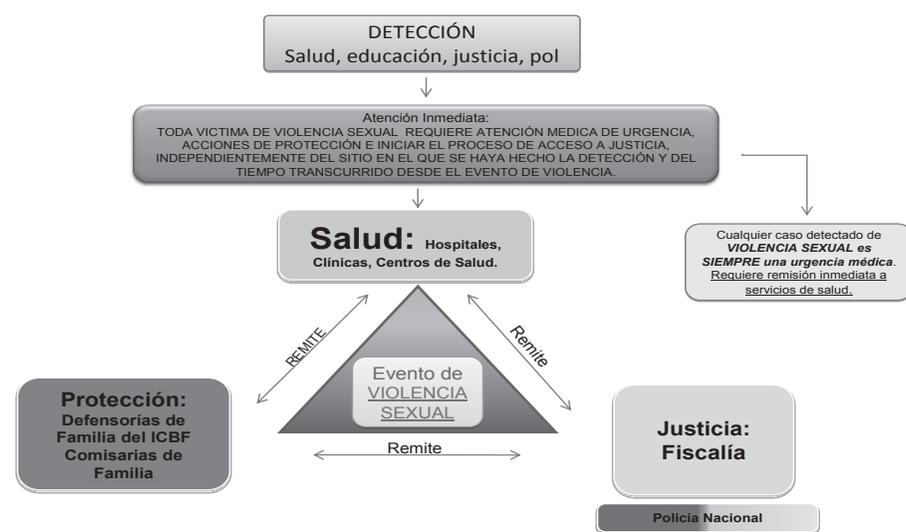
De manera simultánea, el sector Salud debe activar el sector Justicia, preferiblemente Fiscalía, Policía Judicial – Sijín, Dijín, CTI o, en su defecto, informar a la Policía Nacional – estaciones de policía, líneas de denuncia, entre otras, de acuerdo con los procedimientos para la activación de la ruta intersectorial establecidos en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. La responsabilidad sobre la activación de las

²⁵ Op. Cit. MPS y UNFPA 2010.

rutas de protección y justicia debe darse de manera simultánea y asegurar que estos sectores dan continuidad al proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados a las víctimas de acuerdo con su competencia²⁶ (ver sección normativa, resumen de modelos de gestión de la Fiscalía General de la Nación, y listado de contactos de la Fiscalía en el país, incluidos en las ayudas didácticas contenidas en CD/USB que complementa este protocolo).

En casos excepcionales, cuando por razones de seguridad las derivaciones a justicia o protección pongan en peligro la posibilidad de prestar los servicios sanitarios debidos, o arriesguen la salud y la vida de la víctima o los prestadores de salud, por ejemplo, cuando se atiende a víctimas en contextos fuertemente afectados por el conflicto armado interno, el personal sanitario puede cumplir con el deber de informar a las autoridades administrativas o judiciales competentes sobre los casos sin necesidad de efectuar denuncias formales, mediante el reporte anónimo efectuado a las sedes centrales del ICBF o la Fiscalía en Bogotá, en donde se indique el tipo de victimización encontrada, el lugar de ocurrencia, y datos generales sobre la víctima (por ejemplo, edad y sexo), de modo que nadie quede expuesto a nuevas victimizaciones.

De otra parte el caso puede ser recepcionado inicialmente por el sector Justicia (Fiscalía, Policía Nacional o Comisaría de Familia), quienes deberán remitir al sector salud preferiblemente al servicio de urgencias, para que se presten los servicios de atención integral.



2.12.1 Sobre el rol diferencial de psicólogas y psicólogos pertenecientes a diversos sectores implicados en la atención integral de la víctima de violencia sexual

Es necesario hacer las claridades pertinentes frente a los roles de psicólogas y psicólogos en los diferentes campos en que se deben desempeñar acorde con las competencias institucionales de los distintos sectores (protección, salud y justicia) que intervienen en el abordaje integral de la violencia sexual.

Las psicólogas y los psicólogos forenses o jurídicos, encargados a solicitud de la autoridad competente de la presentación del testimonio de las víctimas a través del la entrevista forense, tienen como campos de acción al Instituto de Medicina Legal, la Policía Judicial y los CAIVAS y en ausencia de estos últimos en el ICBF y en las Comisaría de Familia.

Profesionales en psicología clínica son las personas encargadas de brindar psicoterapia a las víctimas, razón por la cual su campo de acción está en los contextos clínicos establecidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo fundaciones o asociaciones expertas, así como organizaciones y misiones humanitarias expertas.

Las psicólogas y los psicólogos sociales realizan acciones de salud pública en salud mental y valoración psicosocial a las víctimas y sus familias, verificación de derechos, y pueden brindar primeros auxilios emocionales, así como efectuar identificación de recursos individuales y de la red familiar y social, referencia a servicios especializados y seguimiento al restablecimiento de derechos. Su campo de acción está en el sector de protección del ICBF, Comisaría de Familia, Centros de Atención y programas de salud pública, entre otras.

Cualquiera de estos profesionales con los perfiles mencionados anteriormente puede ser llamado a juicio para dar su concepto sobre la atención y las conclusiones de la atención que llevó a cabo con la víctima, hablando desde su experticia. Así mientras un profesional del campo social puede declarar sobre los hallazgos de su valoración psicosocial, el clínico puede aportar al juicio el estado de afectación en el que encontró a la víctima a través de su tratamiento terapéutico y el forense sobre las características del testimonio rendido por la víctima en el marco de una entrevista forense (protocolo SATAC).

Ninguno de estos profesionales debe negarse a asistir a un juicio, pues siempre y cuando declare sobre lo que conoce desde su perfil profesional, puede estar aportando elementos valiosos al juez para determinar que la mujer, la niña, el niño o adolescente es una víctima de violencia sexual. Es decir, su declaración debe estar basada en su área de experticia (social, clínica o forense) y no debe contestar preguntas sobre la culpabilidad del acusado o la veracidad del testimonio de la víctima.

2.13 Paso 13. Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan

Actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, en conjunto con la Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer y otras instancias públicas del orden nacional, se encuentran en proceso de diseño, pilotaje e implementación de una serie de estrategias para la vigilancia en salud pública de la violencia sexual y otras formas de violencias basadas en género.

Algunas de las estrategias en desarrollo son: un sistema de vigilancia epidemiológica unificado para el país, ligado al Sivigila, que incorpore y amplifique las experiencias exitosas ya en funcionamiento en diversas regiones del país y un observatorio nacional de violencias basadas en género, en el cual la violencia sexual tendrá un lugar central. En apoyo de estos desarrollos, desde la atención clínica integral de las víctimas de violencia sexual, el personal sanitario a cargo debe realizar las siguientes acciones:

2.13.1 Adopción y diligenciamiento completo de la Historia Clínica Única para víctimas de violencia sexual que se encuentra en la USB/CD complementarios de este protocolo

La Historia Clínica Única recoge de manera unificada las variables necesarias para el seguimiento clínico y epidemiológico de cada caso de violencia sexual detectado por el sector salud. En un futuro próximo podría reemplazar a las fichas de vigilancia epidemiológica sobre el tema, servirá para el desarrollo de estrategias de vigilancia epidemiológica basadas en encuestas epidemiológicas nacionales, y podrá nutrir la información de las estrategias tipo observatorio.

2.13.2 Registro en los RIPS, de los códigos específicos de violencia sexual en el campo correspondiente a diagnóstico principal

Realizando este registro, las diferentes formas de violencia sexual serán visibles para los sistemas de información en salud que en la actualidad funcionan desde el Ministerio de Salud y Protección Social, y se tiene previsto que alimentarán el observatorio de violencias basadas en género, que se encuentra en diseño. También se deben completar los demás campos del Registro Individual de Prestación del Servicio de modo que el caso quede adecuadamente caracterizado.

Una vez registrado como diagnóstico principal aquel que mejor describa el tipo de victimización sexual sufrida según los listados CIE – 10 presentados en el Paso 4 del presente protocolo (por ejemplo, anotando en el campo de diagnóstico principal el código Y05.0 para un caso de “agresión sexual con fuerza corporal, en otro lugar no especificado”), recuerde caracterizar tanto el contexto de ocurrencia de la victimización sexual empleando los campos correspondientes a diagnóstico relacionado (por ejemplo, registrando en el primer campo de diagnóstico relacionado el código Z65.5 “Problemas relacionados con la exposición a desastre, guerra u otras hostilidades”, si esa agresión sexual ocurrió en el marco del conflicto armado interno o el código Y07.0 si ocurrió en el marco intrafamiliar mediante la agresión del esposo hacia la esposa o el código Y07.1 si se trató de una victimización sexual intrafamiliar de la hija por el padre, entre otros posible), como indicando otros diagnósticos clínicos asociados al principal de violencia sexual en los restantes campos de diagnóstico relacionado²⁷.

Diligencie en los RIPS el correspondiente código de “lesiones por causa externa”

2.13.3 Reporte del caso en las fichas de vigilancia epidemiológica actualmente vigentes en cada ente territorial

Las estrategias de vigilancia epidemiológica de la violencia sexual que ya se encuentran en funcionamiento en muchos de los departamentos y distritos del país deben continuar su marcha en el marco de los procesos de unificación nacional que han sido emprendidos.

2.13.4 Atención y participación en las experiencias piloto y nuevos lineamientos nacionales que se construyan en el tema

A partir de febrero de 2012 se espera que entre en funcionamiento para el nivel nacional el protocolo y la ficha para la vigilancia epidemiológica de las violencias, incluida la violencia sexual, de manera integrada con los demás eventos de interés en salud pública del Sivigila.

2.14 Paso 14. Realice los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud

Es necesario delegar en un profesional de la medicina general el seguimiento ambulatorio de todos los casos de violencia sexual que se atiendan en la institución sanitaria, de modo que sea este el responsable de establecer una continuidad funcional entre la atención inicial de urgencias, las acciones por medicina general requeridas en dichos seguimientos y los procedimientos, intervenciones e interconsultas especializadas que requiera la víctima para la estabilización de su salud en el corto, mediano y largo plazo²⁸.

La garantía de una atención integral en salud y del adecuado restablecimiento de derechos, recae en gran parte en la calidad y continuidad del seguimiento ambulatorio. Es necesario seguir tanto los casos que asisten a los controles programados como aquellos casos de inasistencia a consultas o procedimientos e intervenciones indicados.

Para los casos de inasistencia o de pérdida de pacientes en el transcurso del proceso de seguimiento, la médica o el médico general encargado del seguimiento de casos, pedirá el apoyo de profesionales de trabajo social o personal de enfermería con competencias en el seguimiento domiciliario y telefónico en eventos prioritarios para la salud pública.

Las entidades de salud que atienden a las víctimas de violencia sexual deben implementar los formatos de seguimiento clínico, según lo indicado en las ayudas didácticas contenidas en el CD/USB que complementan este protocolo. Además, deberán implementar y diligenciar libros o sistemas de registro para consolidar la totalidad de los casos de violencia sexual que sean atendidos y que tengan seguimiento.

La comunicación entre la médica o médico general a cargo del seguimiento y los demás profesionales de la salud que atienden el caso (profesionales de psicología, psiquiatría, enfermería o trabajo social, entre otros), se realizará por medio de los formatos y procedimientos estandarizados de referencia y contrarreferencia, acorde con las normas vigentes para habilitación de IPS y EPS.

2.15 Paso 15. Efectúe un adecuado cierre de caso

El médico o médica general que se encuentre a cargo de la atención inicial de urgencias o del seguimiento ambulatorio del caso de violencia sexual atendido por el sector salud es

²⁶ OP

²⁷ Op. Cit. MPS Y UNFPA. 2010.

²⁸ Op. Cit. MPS y UNFPA. 2010.

el responsable del efectuar el cierre de caso. Un adecuado cierre de caso permite contar con una evaluación sintética sobre la caracterización del mismo, el manejo dado y los pronósticos obtenidos (apóyese en las ayudas didácticas contenidas en el CD/USB que complementan este Protocolo y en los Capítulos I, II y III del Modelo de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual).

Algunos aspectos fundamentales durante el cierre adecuado de caso incluyen:

a) Educación de la víctima en cuanto a sus derechos información a la víctima sobre promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de futuras victimizaciones sexuales con base en condiciones de vulnerabilidad detectadas. Verificación de que han sido comprendidas por la víctima y sus acompañantes todas las indicaciones terapéuticas, así como la información sobre las rutas de atención integral a seguir, una vez abandonado el consultorio;

b) Asesoramiento integral sobre derechos sexuales y reproductivos, incluyendo prevención de embarazos.

3. SINOPSIS DEL PROCESO EN LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL POR EL SECTOR SALUD

		En las primeras 72 horas después de ocurrido el evento	Entre 72 horas y 5 días después de ocurrido el evento	Después de 5 días de ocurrido el evento
ASALTO SEXUAL	DETECCIÓN	• DIAGNÓSTICO	• DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO
	SALUD MENTAL	Primeros auxilios mentales y manejo de situaciones que comprometen la vida. Intervención terapéutica especializada en salud mental en urgencias. Remisión posterior para continuar manejo especializado por salud mental en el mediano y largo plazo.	Primeros auxilios mentales y manejo de situaciones que comprometen la vida. Intervención terapéutica especializada en salud mental en urgencias. Remisión posterior para continuar manejo especializado por salud mental en el mediano y largo plazo.	Primeros auxilios mentales y manejo de situaciones que comprometen la vida. Intervención terapéutica especializada en salud mental en urgencias. Remisión posterior para continuar manejo especializado por salud mental en el mediano y largo plazo.
	PREVENCIÓN DE ITS Y VIH	Asesoría para prueba de VIH (prueba rápida de anticuerpos). - Profilaxis post-exposición ITS-VIH antes de 72 horas a partir de la exposición.	Asesoría para prueba de VIH (prueba rápida de anticuerpos). - Realizar confirmación diagnóstica. - Iniciar manejo integral según resultado. - Prueba de ITS. - Realizar confirmación diagnóstica. - Iniciar manejo integral según resultado.	Asesoría para prueba de VIH (prueba rápida de anticuerpos). - Realizar confirmación diagnóstica. - Prueba de ITS. - Realizar confirmación diagnóstica. - Iniciar manejo integral según resultado.
	PREVENCIÓN Y MANEJO DE EMBARAZO POR CAUSA DE VIOL. SEXUAL	Anticoncepción de emergencia antes de 72 horas (a partir del momento del evento de violencia sexual). • Información sobre derecho a IVE en caso de embarazo producto de la violencia sexual.	Prueba de embarazo. -Anticoncepción de emergencia usando DIU (según criterio médico). • Información sobre derecho a IVE en caso de embarazo producto de la violencia sexual.	-Prueba de embarazo. - Información sobre derecho a IVE en caso de embarazo producto de la violencia sexual. -En caso positivo: verificar denuncia. Si aún no se ha hecho, gestionarla a través de la institución y brindar asesoría para IVE. La ausencia de denuncia no debe demorar la realización de IVE fuera de los plazos reglamentados constitucionalmente (El acceso a IVE debe ser INMEDIATO una vez lo solicite la paciente, en los casos de violencia sexual). -Si la paciente define IVE: garantizar procedimiento e iniciar acompañamiento en salud mental. -Si la paciente define continuar con el embarazo, remitir a controles prenatales e iniciar acompañamiento en salud mental
	EXÁMENES MÉDICO-LEGALES	Toma de muestras forenses para delito sexual (articulación con INML y CF del municipio). Seguir protocolo del INML y CF.	No se toman las muestras forenses, estas se realizarán por Medicina Legal previo reporte a sector justicia.	No se toman las muestras forenses, estas se realizarán por Medicina Legal previo reporte a sector justicia.
INTERSECTORIALIDAD	Activación de procesos de protección y acceso a justicia.	Activación de procesos de protección y acceso a justicia.	Activación de procesos de protección y acceso a justicia.	
OTRAS ACCIONES EN SALUD	-Otras acciones en salud que requiera el caso. -Orientación a la víctima y su familia sobre los procesos a seguir.	-Otras acciones en salud que requiera el caso. -Orientación a la víctima y su familia sobre los procesos a seguir.	-Otras acciones en salud que requiera el caso. -Orientación a la víctima y su familia sobre los procesos a seguir.	

ABUSO SEXUAL	DETECCIÓN	En identificación temprana, cuando se detecta que el abuso está comenzando y no han pasado más de 72 horas o, cuando pese a ser crónico, se identifica un último contacto sexual en las últimas 72 horas antes de la consulta, se debe proceder según las indicaciones de asalto sexual	Diagnóstico
	SALUD MENTAL		Primeros auxilios emocionales y manejo de situaciones que comprometen la vida. Intervención terapéutica especializada por salud mental en el contexto de la urgencia. Posterior remisión para continuar manejo especializado en salud mental, en el mediano y el largo plazo.
	DETECCIÓN Y TITO DE ITS Y VIH		-Asesoría para prueba de VIH (prueba rápida de anticuerpos). -Realizar confirmación diagnóstica. -Iniciar manejo integral según resultado. -Prueba de ITS. -Realizar confirmación diagnóstica. -Iniciar manejo integral según resultado.
	PREVENCIÓN Y MANEJO DE EMBARAZO POR CAUSA DE VIOL. SEXUAL		-Prueba de embarazo. -En caso positivo: verificar denuncia. Si aún no se ha hecho, gestionarla a través de la institución y brindar asesoría para IVE. -Si la paciente define IVE: garantizar procedimiento e iniciar acompañamiento en salud mental. -Si la paciente define continuar con el embarazo, remitir a controles prenatales e iniciar acompañamiento en salud mental.
	EXÁMENES MÉDICO-LEGALES		No se toman las muestras forenses, estas se realizarán por Medicina Legal, previo reporte al sector justicia.
	INTERSECTORIALIDAD		Activación de procesos de protección y acceso a justicia.
	OTRAS ACCIONES EN SALUD		-Otras acciones en salud que requiera el caso. -Orientación a la víctima y su familia sobre los procesos a seguir.
EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIALNNA		Cuando se identifica el caso de ESCNNA y se detecta que el último evento de contacto sexual ha ocurrido en las últimas 72 horas antes de la consulta, se debe proceder según las indicaciones de asalto sexual.	Diagnóstico: recordar que la ESCNNA consiste en el abuso sexual cometido contra una persona menor de 18 años, en el que a la víctima o a un tercero se le ofrece pagar o se le paga en dinero o en especie. La víctima es tratada como mercancía u objeto, siendo vendida y comprada por parte de adultos-as Se procede según lo indicado en abuso sexual.
OTROS TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL (Trata de Personas Adultas, Sexo transaccional en poblaciones vulnerables, etc.).		Tomando en cuenta todas las áreas de intervención por el sector salud contempladas en los casos anteriores, se deben brindar aquellos procedimientos de cada área que la víctima amerite, en virtud de la condición clínica secundaria al tipo de violencia sexual sufrida. En aquellos tipos de violencia para los cuales están descritos protocolos específicos por otros sectores, aplicar también los componentes correspondientes al sector salud	

4. SINOPSIS DEL PROCESO DE SEGUIMIENTO DE LA VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL POR EL SECTOR SALUD

Seguimiento a las 2 semanas
<ul style="list-style-type: none"> - 15 días después de la primera consulta se hace seguimiento. - Se debe solicitar prueba subunidad beta gonadotropina coriónica. <p>Si es positivo: se remite a asesoría para IVE.</p> <p>Si la paciente define IVE: garantizar procedimiento e iniciar acompañamiento en salud mental.</p> <p>Si la paciente define continuar con el embarazo, remitir a controles prenatales e iniciar acompañamiento en salud mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de resultados de ITS. Se deben solicitar pruebas confirmatorias e iniciar tratamiento en caso que no se haya iniciado. - Se evaluará su evolución mental, social y familiar. - Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.
Seguimiento a las 4 semanas
<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento a la ruta de atención, a procesos y procedimientos recibidos y a otros diagnósticos asociados. - Se evaluará también su evolución mental, social y familiar. - Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.
Seguimiento a los 3 meses
<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento diagnóstico para VIH, prueba confirmatoria y asesoría en VIH. - Se evaluará también su evolución mental, social y familiar. - Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.
Seguimiento a los 6 meses y seguimiento a los 12 meses
<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento diagnóstico para VIH, prueba confirmatoria y asesoría en VIH. - Se evaluará también su evolución mental, social y familiar. - Se verificará la necesidad de tratamiento especializado.

BIBLIOGRAFÍA

Consejo Distrital para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual (2004) "Lineamientos para la atención terapéutica a víctimas de violencia sexual". Alcaldía Mayor de Bogotá – Fondo de Población de las Naciones Unidas, Bogotá. 62 p.

Del Río González, E (s.f). El acoso sexual como conducta delictiva en Colombia. Disponible en: https://docs.google.com/Doc?id=dc2skt32_18fbbwh7dv&pli=1 Citado de: 26/11/11.

Hospital del Sur E.S.E. (2003) "Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual", Bogotá. p. 56.

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2009) Reglamento técnico para el abordaje forense integral en la investigación del delito sexual. Versión 3. 172 p.

ICITAP (2008) Curso de entrevistas forenses a niños y su preparación para el juicio, Protocolo SATAC (RATAC, Finding Words), Colombia.

Lipchik, E (2004) "Terapia Breve Centrada en la Solución". Buenos Aires, Amorrortu, p. 320.

Médicos Sin Fronteras – España (2010) Protocolo de consulta única y consejería en salud mental. MSF – OCBA, Colombia, p. 18.

Ministerio de la Protección Social República de Colombia – Fondo de Población de las Naciones Unidas (2011) "Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual". 374 p.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2003) Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington.

OXFAM (2010) Encuesta de violencia sexual contra las mujeres en el marco del conflicto armado. Colombia. 30 p.

PAHO/WHO (2002) Serie Género y Salud Pública, Violencia Sexual basada en Género y Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

Piñeros, S (2010) "El niño agresivo". 20 p.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2008) "Protocolo para el abordaje Integral de la Violencia Sexual desde el Sector Salud". Bogotá. Convenio Secretaría Distrital de Salud y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). 138 p.

Talmon, M (1990) "Single Session Therapy. Maximizing the effect of the first and often only therapeutic encounter", San Francisco. Jossey – Bass Inc, p. 146.

World Health Organization/ United Nations High Commissioner for Refugees (2004). "Clinical management of rape survivors. Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons". 76 p.

Velásquez, S (2003) "Violencias Cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender, ayudar". Barcelona. Ed. Paidós. P. 334.

Zeig, J (2004) "Terapia Breve. Mitos, metas y metáforas", Buenos Aires, Amorrortu, p.

(C. F.).

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

CÓDIGO:	IVC-P10-F02	VERSIÓN	01	FECHA:	17 JULIO 2009
---------	-------------	---------	----	--------	---------------

REGISTRO DE INSCRIPCIÓN DEL ACTA DE CONSTITUCIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN SINDICAL

Dirección Territorial de Cundinamarca
Inspector de Grupo de Atención al Ciudadano y T.
Número I-0043-2011

CIUDAD:	BOGOTÁ	FECHA:	DD	MM	AAAA	HORA
			20	05	2011	1:40 P. M.

ORGANIZACIÓN SINDICAL

GRADO	1º Sindicato	X	2º Federación		3º Confederación	
CLASIFICACIÓN SINDICATO	Empresa		Industria	X	Gremio	Oficios varios
NOMBRE	ASOCIACIÓN NACIONAL DE LOS TRABAJADORES DEL GRUPO SALUDCOOP "UNITRACOOP"					
DOMICILIO PRINCIPAL	BOGOTÁ D. C., CALLE 127 BIS N° 17 A 57 OFICINA 202					

DATOS DE QUIEN EFECTÚA LA INSCRIPCIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS	GUSTAVO ADOLFO RAAD DE LA OSSA		
IDENTIFICACIÓN	73578651	CARGO	SECRETARIO
DIRECCIÓN DE UBICACIÓN	BOGOTÁ D. C., CALLE 127 BIS N° 17 A 57 OFICINA 202		

ANEXOS (artículos 361 y 365 C.S.T.) Sub. Ley 50/90 artículos 41 y 45

DOCUMENTOS	ANEXA		N° DE FOLIOS
	SÍ	NO	
a) Copia del acta de fundación, (artículo 361 C.S.T.)	X		2
Nombres de todos ellos	X		

Imprenta Nacional de Colombia. Recibo 21200530. 9 -III-2012. Valor \$48.200.

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 042 DE 2012

(marzo 7)

por la cual se prorroga la aplicación de derechos provisionales impuestos por la Resolución número 532 de 2011.

El Director de Comercio Exterior, en ejercicio de sus facultades legales, en especial de las que le confiere el numeral 5 del artículo 18 del Decreto número 210 de 2003, el artículo 47 del Decreto 2550 de 2010 y,

CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución número 458 del 3 de agosto de 2011, publicada en el *Diario Oficial* número 48.152 del 5 de agosto de 2011, la Dirección de Comercio Exterior del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo ordenó la apertura de la investigación por supuesto dumping en las importaciones de perfiles extruidos y laminados de aluminio clasificados por las subpartidas arancelarias 7604.21.00.00, 7604.29.10.00, 7604.29.20.00, 7608.10.90.00, 7608.20.00.00, 7606.92.90.00, 7606.92.30.00, 7606.91.90.00 y 7606.11.00.00, originarias de la República Popular China y de la República Bolivariana de Venezuela, de manera específica las realizadas por las empresas venezolanas Flamingo, Aldoca, Alreyven y Extrudal para las importaciones de perfiles extruidos de aluminio y CVG Alcasa para las importaciones de laminados de aluminio.

Que a través de la Resolución número 532 del 8 de noviembre de 2011, publicada en el *Diario Oficial* número 48.249 del 10 de noviembre de 2011, la Dirección de Comercio Exterior del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo determinó preliminarmente continuar con la investigación administrativa abierta mediante Resolución número 458 del 3 de agosto de 2011 y ordenó la imposición de derechos antidumping provisionales por cuatro (4) meses a las importaciones de perfiles extruidos de aluminio clasificados por las subpartidas arancelarias 7604.21.00.00, 7604.29.10.00, 7604.29.20.00, 7608.10.90.00 y 7608.20.00.00, originarias de la República Popular China y de la empresa venezolana Extrudal Extrusión de Aluminio C.A., así:

- En el caso de la República Popular China, consistió en un valor correspondiente a la diferencia entre el precio base FOB de US\$3,70/kilo y el precio FOB declarado por el importador, siempre que este último sea menor al precio base.
- En el caso de la empresa venezolana Extrudal Extrusión de Aluminio C. A., consistió en un valor correspondiente a la diferencia entre el precio base FOB de US\$3,93/kilo y el precio FOB declarado por el importador, siempre que este último sea menor al precio base.

Que mediante la misma Resolución se ordenó la imposición de derechos antidumping provisionales a las importaciones de laminados de aluminio clasificados por las subpartidas arancelarias 7606.92.90.00, 7606.92.30.00, 7606.91.90.00 y 7606.11.00.00, originarias de la República Popular China, el cual consistió en un valor correspondiente a la diferencia entre el precio base FOB de US\$3,75/kilo y el precio FOB declarado por el importador, siempre que este último sea menor al precio base.

Que el artículo 47 del Decreto número 2550 de 2010, en concordancia con lo dispuesto en el párrafo 4º del artículo 7º y el párrafo 1º del artículo 9º del Acuerdo Antidumping de la Organización Mundial del Comercio (OMC), establece que las medidas provisionales se aplicarán por el término más breve posible, que no podrá exceder de más de cuatro meses o, por decisión de la autoridad competente o a petición de exportadores que representen un porcentaje significativo del comercio de que se trate, por un periodo que no excederá de seis meses. Cuando las autoridades, en el curso de una investigación, examinen si bastaría un derecho inferior al margen de dumping para eliminar el daño, esos periodos podrán ser de seis y a petición de parte por nueve meses.

Que la Resolución número 532 de 2011, determinó la aplicación de los derechos antidumping únicamente por un plazo de cuatro (4) meses, por lo cual es procedente al amparo de la facultad otorgada a la autoridad investigadora por el artículo 47 del Decreto número 2550 de 2010, en concordancia con lo dispuesto en el párrafo 4º del artículo 7º y el párrafo 1º del artículo 9º del Acuerdo Antidumping de la OMC, ampliar la aplicación de los mencionados derechos provisionales hasta por dos (2) meses, que corresponden al término máximo de seis (6) meses contemplado en las citadas normas. Lo anterior, teniendo en cuenta adicionalmente que la evaluación de los resultados finales de la investigación por parte del Comité de Prácticas Comerciales en sesión 86 del 13 de febrero de 2012, a la fecha se encuentra suspendida.

Que en el marco de lo dispuesto por los artículos 31 y 99 del Decreto número 2550 de 2010, así como por el numeral 5 del artículo 18 del Decreto número 210 de 2003, corresponde a la Dirección de Comercio Exterior del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo adoptar las decisiones sobre medidas provisionales correspondientes en las investigaciones por dumping, sin perjuicio de la determinación definitiva que se adopte respecto de la imposición o no de derechos definitivos.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1º. Prorrogar por el término de dos (2) meses la aplicación de los derechos antidumping provisionales establecidos mediante Resolución número 532 del 8 de noviembre

de 2011 a las importaciones de perfiles extruidos de aluminio clasificados por las subpartidas arancelarias 7604.21.00.00, 7604.29.10.00, 7604.29.20.00, 7608.10.90.00 y 7608.20.00.00, originarias de la República Popular China y de la empresa venezolana Extrudal Extrusión de Aluminio C. A., así:

• En el caso de la República Popular China, consistentes en un valor correspondiente a la diferencia entre el precio base FOB de US\$3,70/kilo y el precio FOB declarado por el importador, siempre que este último sea menor al precio base.

• En el caso de la empresa venezolana Extrudal Extrusión de Aluminio C. A., consistentes en un valor correspondiente a la diferencia entre el precio base FOB de US\$3,93/kilo y el precio FOB declarado por el importador, siempre que este último sea menor al precio base.

Artículo 2°. Prorrogar por el término de dos (2) meses la aplicación de los derechos antidumping provisionales establecidos mediante Resolución número 532 del 8 de noviembre de 2011 a las importaciones de laminados de aluminio clasificados en las subpartidas arancelarias 7606.92.90.00, 7606.92.30.00, 7606.91.90.00 y 7606.11.00.00, originarias de la República Popular China, consistentes en un valor correspondiente a la diferencia entre el precio base FOB de US\$3,75/kilo y el precio FOB declarado por el importador, siempre que este último sea menor al precio base.

Artículo 3°. El término de los derechos antidumping provisionales establecidos en los artículos 1° y 2° de la presente Resolución se aplicará a partir de la fecha de entrada en vigencia de la misma.

Artículo 4°. En los casos en que se adopten derechos “antidumping” provisionales, los importadores, al presentar su declaración de importación, podrán optar por cancelar los respectivos derechos o por constituir una garantía ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales “DIAN” para afianzar su pago. La garantía se constituirá por el término señalado en la resolución por la cual se adoptó el derecho y de acuerdo con lo dispuesto en las normas aduaneras que regulen la materia.

Artículo 5°. Comunicar la presente Resolución a los exportadores, los productores nacionales y extranjeros, a los importadores conocidos y demás partes que puedan tener interés en la investigación, de conformidad con lo establecido en el Decreto 2550 de 2010. Asimismo, enviar copia a la Dirección de Gestión de Aduana de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), para lo de su competencia.

Artículo 6°. Contra la presente resolución no procede recurso alguno por ser un acto administrativo de trámite de carácter general de conformidad con lo señalado en el artículo 3° del Decreto número 2550 de 2010, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 49 del Código Contencioso Administrativo.

Artículo 7°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación en el *Diario Oficial*.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 7 de marzo de 2012.

Luis Fernando Fuentes Ibarra.
(C. F.).

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 2250 DE 2012

(marzo 5)

por la cual se establece la conformación y funcionamiento del Comité de Archivo del Ministerio de Educación Nacional.

La Ministra de Educación Nacional, en ejercicio de las facultades legales y en especial las conferidas en virtud del Decreto número 5012 de 2009.

CONSIDERANDO:

Que el artículo 4° del Acuerdo número 12 de 1995, expedido por la Junta Directiva del Archivo General de la Nación de Colombia, consagra que: “Cada entidad establecerá un Comité de Archivo, legalizado mediante el acto administrativo correspondiente, como un grupo asesor de la alta dirección, responsable de definir las políticas, los programas de trabajo y de la toma de decisiones en los procesos administrativos y técnicos de los archivos”;

Que en cumplimiento de lo anterior, la Resolución número 1685 de 1995 estableció la conformación del Comité de Archivo del Ministerio de Educación Nacional;

Que las Resoluciones números 2303 de 2004 y 3941 de 2008 modificaron la integración de este Comité, ajustándolo a la estructura del Ministerio de Educación Nacional que se había establecido mediante los Decretos números 2230 de 2003 y 4675 de 2006, respectivamente;

Que los Decretos números 5012 de 2009 y 854 de 2011, actualmente vigentes, modificaron nuevamente la estructura interna del Ministerio de Educación Nacional, por lo que se hace necesario establecer una vez más la conformación del Comité de Archivo y sus funciones, de acuerdo con esta nueva estructura;

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. El Comité de Archivo del Ministerio de Educación Nacional está conformado de la siguiente manera:

1. La Secretaria General o su delegado, quien lo presidirá.
2. El Viceministro de Educación Superior o, su delegado.
3. El Viceministro de Educación Preescolar, Básica y Media o su delegado.

4. El Jefe de la Oficina Jurídica o su delegado.

5. El Jefe de la Oficina de Planeación y Finanzas o su delegado.

6. El Subdirector de Desarrollo Organizacional o su delegado.

7. El Jefe de Control Interno o su delegado.

8. El Coordinador del Grupo de Gestión Documental, quien actuará como Secretario.

Parágrafo. En las sesiones en las que el Comité de Archivo evalúe los documentos producidos por alguna dependencia del Ministerio, el jefe de la misma será invitado y participará con voz y voto.

Artículo 2°. Son funciones del Comité de Archivo:

1. Aprobar la actualización de normas, procesos y tablas de retención documental, que faciliten la gestión documental, siguiendo los lineamientos, políticas y el Sistema Integrado de Gestión de este Ministerio.

2. Determinar con base en la legislación vigente y en lo aprobado en las tablas de retención documental, la vida útil de los documentos y la conservación o eliminación de los mismos.

3. Aprobar procesos acordes con los avances tecnológicos y las necesidades del Ministerio de Educación Nacional, que permitan agilizar la consulta de los diferentes soportes documentales, difundir la información y conservar el patrimonio documental, con base en la normatividad vigente aplicable.

4. Conceptuar sobre cualquier asunto involucrado con el tema de Gestión Documental.

5. Impartir instrucciones tendientes al cumplimiento de sus decisiones.

6. Cumplir y hacer cumplir las normas existentes sobre la materia, expedidas por el Archivo General de la Nación, el Icontec y los entes de control.

Artículo 3°. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución número 3941 de 2008.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 5 de marzo de 2012.

La Ministra de Educación Nacional,

María Fernanda Campo Saavedra.
(C. F.).

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

DECRETOS

DECRETO NÚMERO 0508 DE 2012

(marzo 9)

por la cual se establece el sistema de nomenclatura, clasificación y remuneración de los empleos públicos de las Agencias Estatales de Naturaleza Especial, de las Agencias Nacionales de Defensa Jurídica del Estado y de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente –, organismos del sector descentralizado de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional y se dictan otras disposiciones.

El Presidente de la República de Colombia, en desarrollo de las normas generales señaladas en la Ley 4ª de 1992,

DECRETA:

Artículo 1°. *Campo de aplicación.* El presente decreto establece el sistema de nomenclatura, clasificación y remuneración de los empleos públicos de las Agencias Estatales de Naturaleza Especial, del sector descentralizado de la Rama Ejecutiva de Orden Nacional, denominadas Agencia Nacional de Hidrocarburos – ANH; Agencia Nacional de Minería – ANM y Agencia Nacional de Infraestructura – ANI; así como para la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado y la Agencia Nacional de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente –.

Artículo 2°. *Clasificación de los empleos.* Según la naturaleza general de las funciones, los requisitos y competencias laborales exigidas para su desempeño y para efectos del sistema de nomenclatura, clasificación y remuneración de cargos a que se refiere el presente Decreto, los empleos se agrupan en los siguientes niveles jerárquicos:

Nivel Directivo; Nivel Asesor; Nivel Profesional y Nivel Técnico.

Artículo 3°. *Nivel Directivo.* Agrupa los empleos a los cuales corresponden funciones de direccionamiento estratégico, de formulación de políticas institucionales y de adopción de políticas, planes, programas y proyectos. Su caracterización implica el cumplimiento de funciones de dirección, conducción y orientación en las Agencias Estatales de Naturaleza Especial y en las Agencias Nacionales de Defensa Jurídica del Estado y de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente –.

Artículo 4°. *Nivel Asesor.* Comprende los empleos que ejercen funciones de asesoría, control, evaluación, seguimiento y gestión de los planes, programas y proyectos definidos por el Nivel Directivo. Los empleos de este nivel conllevan al cumplimiento de funciones de orientar, asistir y aconsejar a los empleos del Nivel Directivo de las Agencias Estatales de Naturaleza Especial y de las Agencias Nacionales de Defensa Jurídica del Estado y de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente.

Artículo 5°. *Nivel Profesional.* Agrupa los empleos que ejercen funciones de asistencia, coordinación, ejecución y seguimiento de los planes, programas y proyectos institucionales; los cuales requieren de la aplicación de los conocimientos propios de cualquier carrera profesional diferente a la técnica profesional y tecnológica.

Artículo 6°. *Nivel Técnico*. Comprende los empleos que ejercen funciones técnicas o de apoyo, cuyo objetivo es el desarrollo de los procesos y procedimientos misionales y de soporte, en los cuales predominan actividades técnicas y manuales o tareas de simple ejecución.

Artículo 7°. *Nomenclatura y clasificación de empleos*. Establécese la nomenclatura y clasificación de empleos públicos de las entidades a las cuales se refiere el artículo 1° del presente decreto, así:

Nivel	Denominación	Código	Grado
Directivo	Presidente de Agencia	E1	07
			08
	Vicepresidente de Agencia	E2	05
			06
	Director General de Agencia	E3	06
			07
			08
	Director Técnico de Agencia	E4	03
			04
	Subdirector Técnico de Agencia	E5	01
			02
			03
			04
	Secretario General de Agencia	E6	01
			02
			03
			04
	Asesor	Jefe Oficina de Agencia	G1
05			
06			
07			
Gerente de Proyectos o Funcional		G2	08
			09
			10
Experto		G3	01
			02
			03
	04		
	05		
	06		
Profesional	Gestor	T1	07
			08
			09
			10
			11
			12
			13
			14
			15
			16
			17
			18
			19
			Analista
02			
03			
04			
05			
06			
Técnico	Técnico Asistencial	O1	01
			02
			03
			04
			05
			06
			07
			08
			09
			10
			11
			12

Artículo 8°. *Asignaciones básicas*. Las asignaciones básicas mensuales de la escala de empleos de las entidades de que trata el artículo 7° del presente decreto serán las siguientes:

Grado Salarial	Directivo	Asesor	Profesional	Técnico
01	\$7.802.797	\$3.985.641	\$1.315.939	\$831.692
02	\$8.527.010	\$4.361.720	\$1.465.314	\$986.692
03	\$9.639.229	\$4.686.845	\$1.633.437	\$1.077.159
04	\$10.126.519	\$5.011.969	\$1.809.157	\$1.203.633

Grado Salarial	Directivo	Asesor	Profesional	Técnico
05	\$11.078.329	\$5.771.537	\$2.017.869	\$1.292.029
06	\$12.534.106	\$6.542.582	\$2.192.405	\$1.332.171
07	\$12.981.947	\$7.293.672	\$2.348.779	\$1.388.238
08	\$14.437.724	\$7.802.797	\$2.669.283	\$1.473.178
09		\$8.527.011	\$2.951.171	\$1.556.423
10		\$9.639.229	\$3.346.665	\$1.658.154
11			\$3.622.430	\$1.838.799
12			\$3.879.955	\$2.020.686
13			\$4.173.350	
14			\$4.449.115	
15			\$5.059.839	
16			\$5.496.701	
17			\$5.921.433	
18			\$6.506.604	
19			\$7.188.672	

Parágrafo. Las asignaciones básicas mensuales de las escalas señaladas en el presente artículo corresponden a empleos de carácter permanente y de tiempo completo.

Se podrán crear empleos de medio tiempo, los cuales se remunerarán en forma proporcional al tiempo trabajado y con relación a la asignación básica que les corresponda.

Se entiende, para efectos de este decreto, por empleos de medio tiempo los que tienen jornada diaria de cuatro (4) horas.

Artículo 9°. *Prima técnica*. Los empleos de Presidente de Agencia y de Vicepresidente de Agencia, tendrán derecho a percibir prima técnica, sin carácter salarial, equivalente al cincuenta por ciento (50%) de su respectiva asignación básica mensual, en los mismos términos y condiciones señalados en el Decreto 1624 de 1991 y demás disposiciones que le modifiquen o adicionen.

Artículo 10. *Régimen Salarial y Prestacional*. Los empleados públicos de las entidades a que se refiere el artículo 1° de este decreto, devengarán los elementos salariales y prescacionales que de manera general les son aplicables a los empleados públicos de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional.

Artículo 11. *Grupos Internos de Trabajo*. Cuando de conformidad con el artículo 115 de la Ley 489 de 1998, los organismos y entidades a quienes se aplica el presente decreto creen grupos internos de trabajo, la integración de los mismos no podrá ser inferior a seis (6) empleados públicos, destinados a cumplir las funciones que determine el acto de creación, las cuales estarán relacionadas con el área de la cual dependen jerárquicamente.

Artículo 12. *Prohibiciones*. Ninguna autoridad podrá establecer o modificar el régimen salarial o prescacional estatuido por las normas del presente Decreto, en concordancia con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 4ª de 1992. Cualquier disposición en contrario carecerá de todo efecto y no creará derechos adquiridos.

Nadie podrá desempeñar simultáneamente más de un empleo público ni recibir más de una asignación que provenga del Tesoro Público o de empresas o de instituciones en las que tenga parte mayoritaria el Estado. Exceptúanse las asignaciones de que trata el artículo 19 de la Ley 4ª de 1992.

Artículo 13. *Competencia para conceptuar*. El Departamento Administrativo de la Función Pública es el órgano competente para conceptuar en materia salarial y prescacional. Ningún otro órgano puede arrogarse esta competencia.

Artículo 14. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 9 de marzo de 2012.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

La Viceministra Técnica del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, encargada de las funciones del Despacho del Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Ana Fernanda Manguashca Olano.

La Directora del Departamento Administrativo de la Función Pública,

Elizabeth Rodríguez Taylor.

DECRETO NÚMERO 0509 DE 2012

(marzo 9)

por el cual se establecen las funciones y requisitos generales para los diferentes empleos públicos de las Agencias Estatales de Naturaleza Especial y de las Agencias Nacionales de Defensa Jurídica del Estado y de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente –, organismos del sector descentralizado de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional y se dictan otras disposiciones.

El Presidente de la República de Colombia, en desarrollo de las normas generales señaladas en el Decreto 770 de 2005,

DECRETA:

CAPÍTULO I

Campo de aplicación y requisitos de los empleos

Artículo 1°. *Campo de aplicación*. El presente decreto establece las funciones y requisitos generales para los diferentes empleos públicos que sean desempeñados por empleados públicos de las Agencias Estatales de Naturaleza Especial, del sector descentralizado de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional, denominadas Agencia Nacional de Hidrocarburos –

ANH, Agencia Nacional de Minería – ANM y Agencia Nacional de Infraestructura – ANI y de las Agencias Nacionales de Defensa Jurídica del Estado y de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente.

Artículo 2°. *Requisitos de los empleos por niveles jerárquicos y grados salariales.* Los requisitos de estudios y de experiencia que se fijan en el presente decreto para cada uno de los grados salariales por cada nivel jerárquico, servirán de base para que los organismos y entidades a quienes se aplica este decreto, elaboren sus manuales específicos de funciones y de competencias laborales para los diferentes empleos que conforman su planta de personal.

Artículo 3°. *Requisitos del nivel directivo.* Serán requisitos para los empleos del nivel directivo, los siguientes:

Grados	Requisitos generales
01	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de maestría y cincuenta y seis (56) meses de experiencia profesional relacionada o Título de posgrado en la modalidad de especialización y sesenta y ocho (68) meses de experiencia profesional relacionada.
02	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de maestría y sesenta (60) meses de experiencia profesional relacionada o Título de posgrado en la modalidad de especialización y setenta y dos (72) meses de experiencia profesional relacionada.
03	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de maestría y sesenta y cuatro (64) meses de experiencia profesional relacionada o Título de posgrado en la modalidad de especialización y setenta y seis (76) meses de experiencia profesional relacionada.
04	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de maestría y sesenta y ocho (68) meses de experiencia profesional relacionada o Título de posgrado en la modalidad de especialización y ochenta (80) meses de experiencia profesional relacionada.
05	Título profesional, título de posgrado en la modalidad de maestría y setenta y dos (72) meses de experiencia profesional relacionada o Título de posgrado en la modalidad de especialización y ochenta y cuatro (84) meses de experiencia profesional relacionada.
06	Título profesional, título de posgrado en la modalidad de maestría y setenta y seis (76) meses de experiencia profesional relacionada o título de posgrado en la modalidad de especialización y ochenta y ocho (88) meses de experiencia profesional relacionada.
07	Título profesional, título de posgrado en la modalidad de maestría y ochenta (80) meses de experiencia profesional relacionada o título de posgrado en la modalidad de especialización y noventa y dos (92) meses de experiencia profesional relacionada.
08	Título profesional, título de posgrado en la modalidad de maestría y ochenta y cuatro (84) meses de experiencia profesional relacionada o título de posgrado en la modalidad de especialización y noventa y seis (96) meses de experiencia relacionada.

Parágrafo. En este nivel no podrá ser compensado el Título Profesional.

Artículo 4°. *Requisitos del nivel asesor.* Serán requisitos para los empleos del nivel asesor, los siguientes:

Grados	Requisitos generales
01	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y veintiséis (26) meses de experiencia profesional relacionada
02	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y treinta y un (31) meses de experiencia profesional relacionada
03	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y treinta y seis (36) meses de experiencia profesional relacionada
04	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y cuarenta y un (41) meses de experiencia profesional relacionada
05	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y cuarenta y seis (46) meses de experiencia profesional relacionada
06	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y cincuenta y un (51) meses de experiencia profesional relacionada
07	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y cincuenta y siete (57) meses de experiencia profesional relacionada
08	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de maestría y cuarenta y cuatro (44) meses de experiencia profesional relacionada o Título de posgrado en la modalidad de especialización y cincuenta y seis (56) meses de experiencia profesional relacionada
09	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de maestría y cuarenta y nueve (49) meses de experiencia profesional relacionada o Título de posgrado en la modalidad de especialización y sesenta y un (61) meses de experiencia profesional relacionada
10	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de maestría y cincuenta y cuatro (54) meses de experiencia profesional relacionada o Título de posgrado en la modalidad de especialización y sesenta y seis (66) meses de experiencia profesional relacionada

Parágrafo. En este nivel no podrá ser compensado el Título Profesional.

Artículo 5°. *Requisitos del nivel profesional.* Serán requisitos para los empleos del nivel profesional, los siguientes:

Grados	Requisitos generales
01	Título profesional
02	Título profesional y tres (3) meses de experiencia profesional relacionada.
03	Título profesional y seis (6) meses de experiencia profesional relacionada.
04	Título profesional y doce (12) meses de experiencia profesional relacionada
05	Título profesional y dieciocho (18) meses de experiencia profesional relacionada
06	Título profesional y veinticuatro (24) meses de experiencia profesional relacionada
07	Título profesional y treinta (30) meses de experiencia profesional relacionada
08	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y trece (13) meses de experiencia profesional relacionada.
09	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y dieciséis (16) meses de experiencia profesional relacionada.
10	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y diecinueve (19) meses de experiencia profesional relacionada.
11	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y veintidós (22) meses de experiencia profesional relacionada.
12	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y veinticinco (25) meses de experiencia profesional relacionada.

Grados	Requisitos generales
13	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y veintiocho (28) meses de experiencia profesional relacionada.
14	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y treinta y uno (31) meses de experiencia profesional relacionada.
15	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y treinta y cuatro (34) meses de experiencia profesional relacionada.
16	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y treinta y siete (37) meses de experiencia profesional relacionada.
17	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y cuarenta (40) meses de experiencia profesional relacionada.
18	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y cuarenta y tres (43) meses de experiencia profesional relacionada.
19	Título profesional, Título de posgrado en la modalidad de especialización y cuarenta y seis (46) meses de experiencia profesional relacionada.

Parágrafo 2°. En este nivel no podrá ser compensado el Título Profesional.

Artículo 6°. *Requisitos del nivel técnico.* Serán requisitos para los empleos del nivel técnico, los siguientes:

Grados	Requisitos generales
01	Diploma de bachiller.
02	Diploma de bachiller y cuatro (4) meses de experiencia relacionada o laboral
03	Diploma de bachiller y ocho (8) meses de experiencia relacionada o laboral
04	Diploma de bachiller y doce (12) meses de experiencia relacionada o laboral
05	Diploma de bachiller y dieciséis (16) meses de experiencia relacionada o laboral
06	Diploma de bachiller y veinte (20) meses de experiencia relacionada o laboral
07	Diploma de bachiller y veinticuatro (24) meses de experiencia relacionada o laboral
08	Aprobación de dos (2) años de educación superior y tres (3) meses de experiencia relacionada o laboral.
09	Aprobación de dos (2) años de educación superior y seis (6) meses de experiencia relacionada o laboral
10	Título de formación técnica profesional o aprobación de dos (2) años de educación superior y nueve (9) meses de experiencia relacionada o laboral
11	Título de formación técnica profesional y tres (3) meses de experiencia relacionada o laboral o aprobación de dos (2) años de educación superior y doce (12) meses de experiencia relacionada o laboral
12	Título de formación técnica profesional y seis (6) meses de experiencia relacionada o laboral o aprobación de dos (2) años de educación superior y dieciocho (18) meses de experiencia relacionada o laboral

Artículo 7°. *Equivalencias.* Los requisitos de que trata el presente decreto no podrán ser disminuidos ni aumentados. Sin embargo, de acuerdo con la jerarquía, las funciones, las competencias y las responsabilidades de cada empleo, las autoridades competentes al fijar los requisitos específicos de estudio y de experiencia para su ejercicio, podrán prever la aplicación excepcional, de las equivalencias establecidas en el Decreto 2772 de 2005 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen.

CAPÍTULO II

Manuales específicos de funciones y de requisitos

Artículo 8°. *Expedición.* Las Agencias expedirán el manual específico describiendo las funciones que correspondan a los empleos de la planta de personal y determinando los requisitos exigidos para su ejercicio.

La adopción, adición, modificación o actualización del manual específico se efectuará mediante resolución interna del Presidente o Director General de Agencia, de acuerdo con este decreto. El manual específico no requerirá refrendación por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública.

El establecimiento de las plantas de personal y las modificaciones efectuadas a estas, requerirán en todo caso, de la presentación del respectivo proyecto de manual específico de funciones y de requisitos y de competencias laborales.

Corresponde a las unidades de personal de las Agencias o quien haga sus veces, adelantar los estudios para la elaboración, actualización, modificación o adición del manual de funciones y de requisitos y velar por el cumplimiento de lo dispuesto en el presente decreto.

Para estos efectos, el Departamento Administrativo de la Función Pública prestará la asesoría técnica necesaria y señalará las pautas e instrucciones de carácter general.

Artículo 9°. *Contenido.* Además de la descripción de las funciones y de las competencias laborales a nivel de cargo, el manual específico deberá contener como mínimo:

1. Identificación: nombre de la entidad, título del manual, lugar y fecha de expedición.
2. Descripción de la misión, objetivos y funciones generales de la entidad, con el fin de proporcionar un conocimiento integral del organismo.
3. Organigrama de la estructura vigente.
4. Índice de contenido, relacionando las denominaciones, código y grado salarial de los empleos de la planta de personal, la dependencia y área de trabajo y el orden de página.
5. Resolución de adopción, modificación, actualización o adición del manual y la descripción de las funciones y requisitos de los empleos y competencias laborales.
6. Copia del decreto o acto administrativo que establece, modifica o adiciona la planta de personal.

CAPÍTULO III

Disposiciones finales

Artículo 10. *Requisitos ya acreditados.* A los empleados públicos que al entrar en vigencia este decreto estén desempeñando empleos de conformidad con lo señalado en el Decreto-ley 770 de 2005 y en el Decreto 2772 de 2005, para todos los efectos legales, y

mientras permanezcan en los mismos empleos, o sean trasladados o incorporados a cargos equivalentes o de igual denominación y grado de remuneración, no se les exigirán los requisitos establecidos en el presente decreto.

Artículo 11. *Vigencia.* El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga el Decreto 4881 de 2011.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 9 de marzo de 2012.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

La Directora del Departamento Administrativo de la Función Pública,

Elizabeth Rodríguez Taylor.

DECRETO NÚMERO 0511 DE 2012

(marzo 9)

por el cual se establecen unas equivalencias de empleos.

El Presidente de la República de Colombia, en desarrollo de las normas generales señaladas en la Ley 4ª de 1992, y

CONSIDERANDO:

Que como consecuencia del cambio de naturaleza de la Agencia Nacional de Hidrocarburos – ANH y el Instituto Nacional de Concesiones – INCO, y la creación de la Agencia Nacional de Minería como Agencias Estatales de naturaleza especial, del sector descentralizado de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional y la creación de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado; se hace necesario establecer las equivalencias de empleos con la nomenclatura definida para las Agencias.

Que para efectos de la incorporación directa de los servidores de la Agencia Nacional de Hidrocarburos – ANH, Instituto Colombiano de Geología y Minería – Ingeominas y el Instituto Nacional de Concesiones – INCO y del Ministerio de Justicia y del Derecho, en los cargos creados en la planta de personal de la Agencia Nacional de Hidrocarburos – ANH, la Agencia Nacional de Minería – ANM, la Agencia Nacional de Infraestructura – ANI y la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, se hace necesario establecer las equivalencias, entre la nomenclatura y clasificación de empleos fijada en el Sistema General de Nomenclatura y Clasificación de Empleos de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional y la establecida para las Agencias.

DECRETA:

Artículo 1º. Establécense las siguientes equivalencias de empleos entre la nomenclatura y clasificación de empleos fijada en el Sistema General de Nomenclatura y Clasificación de Empleos de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional y la nomenclatura y clasificación de empleos aplicable a las Agencias, así:

Situación Anterior Sistema General de Nomenclatura y Clasificación de Empleos			Situación Nueva Empleos Agencias		
Denominación	Código	Grado	Denominación	Código	Grado
Asesor	1020	13	Gestor	T1	16
Asesor	1020	14	Gestor	T1	17
Asesor	1020	15	Gestor	T1	17
Asesor	1020	16	Gestor	T1	18
Asesor	1020	17	Gestor	T1	19
Asesor	1020	08	Gestor	T1	13
Profesional Especializado	2028	12	Gestor	T1	07
Profesional Especializado	2028	13	Gestor	T1	08
Profesional Especializado	2028	14	Gestor	T1	08
Profesional Especializado	2028	15	Gestor	T1	09
Profesional Especializado	2028	16	Gestor	T1	10
Profesional Especializado	2028	17	Gestor	T1	10
Profesional Especializado	2028	18	Gestor	T1	11
Profesional Especializado	2028	19	Gestor	T1	12
Profesional Especializado	2028	20	Gestor	T1	13
Profesional Especializado	2028	22	Gestor	T1	15
Profesional Universitario	2044	02	Analista	T2	02
Profesional Universitario	2044	05	Analista	T2	04
Profesional Universitario	2044	07	Analista	T2	05
Profesional Universitario	2044	09	Analista	T2	05
Profesional Universitario	2044	11	Analista	T2	06
Técnico Operativo	3132	07	Técnico Asistencial	O1	03
Técnico Operativo	3132	09	Técnico Asistencial	O1	04
Técnico Operativo	3132	11	Técnico Asistencial	O1	05
Técnico Operativo	3132	14	Técnico Asistencial	O1	08
Técnico Administrativo	3124	16	Técnico Asistencial	O1	11
Técnico Administrativo	3124	17	Técnico Asistencial	O1	12
Secretario Bilingüe	4182	23	Técnico Asistencial	O1	09
Secretario Ejecutivo	4210	16	Técnico Asistencial	O1	04
Secretario Ejecutivo	4210	20	Técnico Asistencial	O1	05
Secretario Ejecutivo	4210	22	Técnico Asistencial	O1	07
Secretario Ejecutivo	4210	23	Técnico Asistencial	O1	09
Auxiliar Administrativo	4044	11	Técnico Asistencial	O1	02
Auxiliar Administrativo	4044	21	Técnico Asistencial	O1	06
Conductor mecánico	4103	09	Técnico Asistencial	O1	01

Situación Anterior Sistema General de Nomenclatura y Clasificación de Empleos			Situación Nueva Empleos Agencias		
Denominación	Código	Grado	Denominación	Código	Grado
Conductor mecánico	4103	19	Técnico Asistencial	O1	05
Operario Calificado	4169	09	Técnico Asistencial	O1	01
Operario Calificado	4169	12	Técnico Asistencial	O1	03

Artículo 2º. Los servidores de la Agencia Nacional de Hidrocarburos – ANH, del Instituto Colombiano de Geología y Minería – Ingeominas, del Instituto Nacional de Concesiones – INCO y del Ministerio de Justicia y del Derecho, para efectos de la incorporación directa, esta se realizará con estricta sujeción a las equivalencias establecidas en lo dispuesto en el artículo primero del presente decreto, en los empleos creados para las Agencias, sin que se les exijan requisitos adicionales a los acreditados en el momento de su posesión del cargo de los cuales son titulares en la Agencia Nacional de Hidrocarburos – ANH, en el Instituto Colombiano de Geología y Minería – Ingeominas, en el Instituto Nacional de Concesiones – INCO y en los correspondientes al Ministerio de Justicia y del Derecho.

Los servidores públicos de la Agencia Nacional de Hidrocarburos – ANH, Instituto Colombiano de Geología y Minería – Ingeominas, Instituto Nacional de Concesiones – INCO y Ministerio de Justicia y del Derecho que ostenten derechos de carrera administrativa y que sean incorporados en los empleos creados para el efecto en las Agencias, conservarán sus derechos y la Comisión Nacional del Servicio Civil deberá actualizar su inscripción en el registro público de carrera.

Artículo 3º. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 9 de marzo de 2012.

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN

La Viceministra Técnica del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, encargada de las funciones del Despacho del Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Ana Fernanda Manguashca Olano.

La Directora del Departamento Administrativo de la Función Pública,

Elizabeth Rodríguez Taylor.

SUPERINTENDENCIAS

Superintendencia Nacional de Salud

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 000420 DE 2012

(marzo 1º)

por medio de la cual se autoriza una modificación geográfica a la capacidad de afiliación autorizada a Sánitas S. A. Entidad Promotora de Salud, con NIT 800.251.440-6.

El Superintendente Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones legales y reglamentarias que le confieren los parágrafos 1º y 2º del artículo 230 de la Ley 100 de 1993, el inciso 1º del artículo 68 de la Ley 715 de 2001, literal a) del artículo 35, artículo 36, los numerales 1, 2, 3, del artículo 37, literales b), c), d) del artículo 39, literales a), c), e), g) del artículo 40 de la Ley 1122 de 2007, Decreto número 1485 de 1994, el artículo 10 del Decreto número 783 de 2000, artículo 28 del Decreto número 1011 de 2006 y en especial con el artículo 1º, los numerales 3, 4, 6, del artículo 3º, los numerales 1, 6 y 8 del inciso 1º y el párrafo del artículo 4º, el artículo 5º, los numerales 1, 8, 12, 13, 23, 24, 25, y 40 del artículo 6º, numerales 3, 9, 10, 23, y 42 del artículo 8º, numerales 1, 4, 9, 12, 14, 21, 26, 27, 28, 32, 33, 34, del Decreto número 1018 de 2007, Capítulo I de la Circular Externa número 047 de 2007, modificada por las Circulares números 049 y 052 de 2008, y

CONSIDERANDO:

1. Concepto general y competencias de la Superintendencia Nacional de Salud

1.1 Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud¹

Son objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud:

a) **Fijar las políticas** de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud²;

b) **Exigir la observancia de los principios y fundamentos** del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud³;

c) **Vigilar el cumplimiento de las normas** que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo⁴;

d) **Proteger los derechos de los usuarios**, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud⁵;

¹ Artículo 39, Ley 1122 de 2007; artículo 3º, Decreto número 1018 de 2007.

² Literal a) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 1, artículo 3º, Decreto número 1018 de 2007.

³ Literal b) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 5, artículo 3º, Decreto número 1018 de 2007.

⁴ Literal c) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 2, artículo 3º, Decreto número 1018 de 2007.

⁵ Literal d) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 6, artículo 3º, Decreto número 1018 de 2007.

e) **Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento** frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud;⁶

f) **Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud;**⁷

g) **Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud;**⁸

h) **Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad**, que deberá efectuarse **por lo menos una vez al año**, por parte de los actores del Sistema;⁹

i) **Supervisar la calidad de la atención de la salud, mediante la inspección, vigilancia y control del aseguramiento, la afiliación, la calidad de la prestación de los servicios y la protección de los usuarios**¹⁰.

1.2 Ejes del sistema de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud –Supersalud–¹¹

a) **Financiamiento.** Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud;

b) **Aseguramiento.** Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud;

c) **Prestación de servicios de atención en salud pública.** Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;

d) **Atención al usuario y participación social.** Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud;

e) **Eje de Acciones y Medidas Especiales**¹². Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud.

Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre su liquidación;

f) **Información.** Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia;

g) **Focalización de los subsidios en salud.** Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

En este orden de ideas, la Superintendencia Nacional de Salud tiene asignada la función de inspección, vigilancia y control con el objetivo de asegurar la eficiencia en la utilización de los recursos fiscales, con destino a la prestación de los servicios de salud, así como el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias para que los sujetos objeto de vigilancia cumplan con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

2. Consideraciones de la Superintendencia Nacional de Salud

De conformidad con lo previsto en el artículo 17 del Decreto número 1018 de 2007, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud tendrá la función de:

“4. Ejercer inspección, vigilancia y control sobre la organización, gestión y coordinación de la oferta de servicios de salud de la red de prestadores de las EAPB y las Entidades Territoriales, y autorizar la modificación o ampliación de la cobertura de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), con la cual se garantice la prestación de los servicios de salud previstos en los diferentes planes de beneficios que cada entidad administre”.

Conforme lo dispone el numeral 10 del artículo 19 del Decreto número 1018 de 2007, es función de la Dirección General de Aseguramiento:

“10. Proyectar y presentar para consideración del Superintendente Delegado providencia debidamente motivada, para la autorización de la modificación o ampliación de la cobertura de afiliación de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud, los Servicios de Ambulancia Prepagada y las Universidades cuando presten los servicios de salud”.

⁶ Literal e) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 7, artículo 3º, Decreto número 1018 de 2007.

⁷ Literal f) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 4, artículo 3º, Decreto número 1018 de 2007.

⁸ Literal g) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 8, artículo 3º, Decreto número 1018 de 2007.

⁹ Literal h) artículo 39, Ley 1122 de 2007; numeral 9, artículo 3º, Decreto número 1018 de 2007.

¹⁰ Numeral 3, artículo 3º, Decreto número 1018 de 2007.

¹¹ Artículo 37, Ley 1122 de 2007.

¹² Numeral 5, artículo 37º, Ley 1122 de 2007.

3. Sistema obligatorio de garantía de calidad para la atención en salud

El Capítulo I de la Circular Única número 047 del 30 de noviembre de 2007, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, regula un sistema único de habilitación o autorización de funcionamiento para las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera que sea su naturaleza:

3.1 Sistema Único de Habilitación

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 28 del Decreto número 1011 de 2006, “por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, aquellas entidades que al 3 de abril de 2006 no contaran con reglamentación específica en materia de habilitación, se les aplicará el procedimiento de autorización de funcionamiento establecido en las disposiciones vigentes sobre la materia, el cual se asimila al procedimiento de habilitación para dichas entidades.

Como se advirtió con anterioridad, la habilitación se erige como un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el cual se encuentra reglamentado por el Decreto número 1011 de 2006, y cuyos componentes generales son los siguientes:

– **Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad.** Es un proceso de autocontrol, que involucra al cliente y sus necesidades, que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

– **Acreditación.** Está orientado más allá de unos requisitos mínimos, va a los procesos y a mejorarlos, a la planeación permanente donde el único beneficiado es el usuario, todo dentro de un modelo de mejoramiento continuo, incentivando la cultura del autocontrol, del crecimiento organizacional donde están involucrados todos los miembros de la organización con reconocimiento permanente de su talento, competitividad y capacitación continua dentro del proceso y con los que interactúa.

La finalidad del componente de Habilitación, es garantizar a los usuarios del Sistema, que las entidades a las que la Superintendencia Nacional de Salud, autoriza su habilitación, acreditaron el cumplimiento de unas condiciones mínimas y dentro de estas de unos estándares mínimos, que en el caso de las Entidades Promotoras de Salud, determinen que cuentan con capacidad para garantizar el aseguramiento en salud, de manera responsable y eficiente y brindar en este, el acceso a los servicios de salud a su población afiliada, sin condicionamientos e ininterrumpidamente.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se basa entre otros en los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia e integración funcional, que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene entre otros propósitos resolver problemas de inequidad en el acceso a los servicios y mejorar la calidad en la prestación de los mismos, enfrentar la desarticulación entre las diferentes instituciones y la debilidad de la estructura institucional y administrativa.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el conjunto de normas, instituciones y procedimientos para mejorar la calidad de vida de la población colombiana protegiéndola contra riesgos que afectan su salud y la de su comunidad, y es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los de los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros.

El propósito fundamental del sistema, **el aseguramiento, constituye la principal herramienta de acceso universal de la población a los servicios de salud**, delegando en las Entidades Promotoras de Salud la administración del riesgo de salud de los afiliados.

Las EPS hacen el papel de articulador entre la población y los prestadores, y entre el financiamiento y la prestación, ya que es el conducto de canalización de los recursos hacia la órbita de la prestación de servicios de salud.

3.2 Aseguramiento en salud

Entiéndase por aseguramiento en salud:¹³

1. La administración del riesgo financiero.

2. La gestión del riesgo en salud.

3. La articulación de los servicios que garantiza el acceso efectivo.

4. La garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, y

5. La representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, esto es, la salud y la vida del usuario afiliado.

Los aseguradores en salud deben coordinar las pautas necesarias para los procedimientos, ser diligentes y prudentes en todos los contratos, y además, actuar con buena fe; si esto se aplica no tiene por qué presentarse problemas en la atención de los servicios de salud. Lo que sí no se puede es desplazar la falta de diligencia al paciente para que pague, ya que todos somos pacientes potenciales, y lo que se está haciendo es proteger a la sociedad.

Los aseguradores en salud deberán exigirle a sus prestadores de servicios de salud PSS que cumplan con los manuales de los procedimientos y que los firmen. Se entiende que toda actividad, procedimiento e intervención en salud tienen un protocolo y si estos se siguen disminuyen las responsabilidades y establecen una forma de salir a la defensa, en estos casos. El deber no es solo hacer la actividad, procedimiento e intervención, sino también todo lo correspondiente para que sea exitosa.

Conforme a lo establecido por el artículo 38 del Decreto número 1011 de 2006, los aseguradores en salud incorporarán, en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de

¹³ Inciso 1º, artículo 14, Ley 1122 de 2007; numeral 2, Circular número 066 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Servicios de Salud y los definidos como tales. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de los aseguradores en salud de acuerdo con lo definido en el artículo 59 del Decreto número 1011 de 2006.

3.2.1 Responsabilidad derivada del contrato de aseguramiento en salud

A quien se afilia el usuario es al asegurador en salud, no al prestador de servicios de salud, y quien se compromete en la calidad, oportunidad, eficiencia en el servicio, en el manejo de la salud, en el manejo de la vida, es el asegurador no el prestador, todo esto derivado de la responsabilidad contractual establecida por la firma del contrato de aseguramiento entre el asegurador y el afiliado, y entre el asegurador y el alcalde municipal en el caso del régimen subsidiado.

Conforme a la definición del aseguramiento en salud, son los aseguradores en salud y no los PSS, los responsables de la calidad, oportunidad, eficiencia, y eficacia de la prestación de los servicios de salud, y por ende, los que deberán responder por toda falla, falta, lesión, enfermedad e incapacidad que se genere en la prestación de los mismos, teniendo en cuenta que el aseguramiento en salud, exige que el asegurador, asuma el riesgo transferido por el usuario, esto es, la salud y la vida de asegurado, y cumpla cabalmente con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, derivado esto, de las obligaciones y responsabilidades contractuales que surgen del Contrato de Aseguramiento.

La asunción directa de las responsabilidades en materia de servicios de salud, serán por parte de quien asegura, quien es el verdadero y directo responsable Contractual, y no del prestador de servicios de salud, quien responderá solidariamente con el asegurador, solo cuando el PSS, habiéndose entregado por el Asegurador, los elementos claves de atención esto es los requisitos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud, haya hecho caso omiso a estos y haya generado la lesión, enfermedad, o incapacidad en el usuario, por su omisión, arbitrariedad y el desconocimiento de lo ordenado, pactado y planteado por el asegurador en salud.

3.3 Autorización de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo

De acuerdo con lo señalado en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, “la Superintendencia Nacional de Salud autorizará como Entidades Promotoras de Salud a entidades de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Promotora de Salud.

2. Tener personería jurídica reconocida por el Estado.

3. Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación, y control de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atiende los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la ley.

4. Disponer de una organización administrativa y financiera que permita:

a) Tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias;

b) **Acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones**, y verificar la de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios;

c) Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.

5. **Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados** tal que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo. Tales parámetros serán fijados por el gobierno nacional en función de la búsqueda de la equidad y de los recursos técnicos y financieros de que dispongan las Entidades Promotoras de Salud.

6. **Acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la Entidad Promotora de Salud**, que será fijado por el gobierno nacional.

7. Tener un capital social o Fondo Social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la Entidad, determinados por el Gobierno Nacional.

8. Las demás que establezca la ley y el reglamento, previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”. (O quien haga sus veces, según la modificación implementada por la Ley 1122 de 2007) (Negrillas y resaltos son del Despacho).

Igualmente, según lo dispuesto en el artículo 3° del Decreto 1485 de 1994, “para la obtención del certificado de funcionamiento se deberá tener en cuenta las siguientes reglas:

1. Requisitos para adelantar operaciones. Las personas jurídicas que pretendan actuar como Entidades Promotoras de Salud deberán obtener el respectivo certificado de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza cooperativa y demás entidades del sector se registrarán por las disposiciones propias de las Entidades Promotoras de Salud, en concordancia con el régimen cooperativo contenido en la Ley 79 de 1988 y normas que lo sustituyen o adicionan.

2. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener el certificado de funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993 y estar acompañada de la siguiente documentación:

a) El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera de la entidad y el proyecto de presupuesto para el primer año de operación;

b) Los documentos que acrediten el monto del capital que se exige en el artículo 5° del Decreto número 1485 de 1994;

c) El listado preliminar de las instituciones prestadoras de servicios, grupos de práctica establecidos como tales y/o profesionales a través de los cuales se organizará la prestación del Plan Obligatorio de Salud, cerciorándose de que su capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados;

d) El número máximo de afiliados que podrán ser atendidos con los recursos previstos y el área geográfica de su cobertura, indicando el período máximo dentro del cual mantendrá el respectivo límite, sin perjuicio de que una vez otorgada la autorización correspondiente, se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas;

e) El documento que acredite que en sus estatutos se ha incorporado el régimen previsto en el Decreto número 1485 de 1994;

f) Autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de salud, tratándose de entidades aseguradoras de vida;

g) La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para cerciorarse del cumplimiento de los requisitos anteriores y los previstos en las disposiciones legales.

3. Publicidad de la solicitud y oposición de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el numeral precedente, el Superintendente Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener el certificado de funcionamiento por parte de la entidad, en un diario de amplia circulación nacional, en el cual se exprese por lo menos, el nombre de las personas que se asociaron, el nombre de la entidad, dependencia, ramo o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días calendario, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposición en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la última publicación.

De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante.

4. Autorización para el funcionamiento. Surtido el trámite a que se refiere el numeral anterior, el Superintendente Nacional de Salud deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes.

El Superintendente concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y verifique el carácter, la responsabilidad, la idoneidad y la solvencia patrimonial, de las personas que participen como socios, aportantes o administradores, en relación con la operación.

En lo que respecta al régimen patrimonial, margen de solvencia y límites a las operaciones financieras e inversiones, las Entidades Promotoras de Salud que pretendan obtener la autorización de funcionamiento, deberán aplicar lo dispuesto en el Decreto número 574 de 2007 y el Decreto número 1698 de 2007.

La entidad solicitante deberá suministrar como mínimo la siguiente información administrativa¹⁴:

a) Cuando se trate de una entidad vigilada por otra Superintendencia, deberá anexar copia del respectivo certificado de autorización o funcionamiento, expedido por el correspondiente ente de control;

b) Personería Jurídica reconocida de conformidad con el Decreto número 1088 de 1991, Capítulo II, Sección II;

c) Copia de los estatutos donde conste que se ha incorporado el régimen previsto en el Decreto número 1485 de 1994 y demás normas que lo modifiquen o aclaren;

d) Hoja de vida de las personas que se han asociado, miembros de Junta Directiva y de las que actúan como administradores y representante legal. Para el suministro de esta información se tendrá en cuenta el formato que se encontrará en el título de anexos técnicos;

e) Copia del acta de conformación de la Junta Directiva;

f) Estructura organizacional identificando las áreas comercial, operativa, técnica, administrativa y de control;

g) Relación funcional entre la sede central, regionales, seccionales y/o sucursales si las hubiere.

“1.2.1 Requisitos técnicos¹⁵

Para efectos de acreditar la capacidad técnica y científica para el cabal cumplimiento de las funciones y obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud, las entidades en mención deberán cumplir los siguientes requisitos:

1.2.1.1 Sistema de información requerido.

Estos sistemas deberán tener la capacidad para operar en forma integrada y permitir la generación de los reportes e informes requeridos por esta Superintendencia y el Sistema de Seguridad Social en Salud, siguiendo las especificaciones técnicas definidas para tal fin.

Los siguientes son los sistemas de información básicos necesarios para el funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud:

1.2.1.1.1 Sistema de Gestión Contable.

1.2.1.1.2 Sistema para el manejo de afiliados, beneficiarios y subsidiados. Entre otros aspectos deberá contemplar:

a) Manejo, registro y retiro de afiliados, beneficiarios y subsidiados;

¹⁴ Circular número 047 del 30 de noviembre de 2007, página 63.

¹⁵ Ibidem.

b) Recaudo, registro y manejo de los aportes del sistema cotizante y subsidiado y control de empleadores. Adicionalmente de acreditar que se cuenta con este sistema se debe presentar un plan estratégico para control de empleadores resaltando los recursos y metodología desarrollada para este fin;

c) Manejo de acciones de cobranza;

d) Manejo de novedades laborales, recaudos por cotizaciones e información que permita la compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía.

1.2.1.1.3 Sistema para el manejo del estado de salud de los afiliados y familias.

1.2.1.1.4 Sistema que contenga las características socioeconómicas de los afiliados.

1.2.1.1.5 Sistema de registro y manejo del perfil clínico mínimo de ingreso.

1.2.1.1.6 Sistema de registro y control de la red de prestadores de servicios de salud.

1.2.1.1.7 Sistema de atención a usuarios según lo establecido en el Título VII de la presente circular.

Los anteriores sistemas se deben entender sin perjuicio de los requeridos para el funcionamiento administrativo de la entidad como tal, por ejemplo el sistema de gestión administrativa y financiera.

1.2.1.2 Plataforma tecnológica mínima requerida

1.2.1.2.1 Equipos de cómputo

Los equipos de cómputo adquiridos o arrendados por las Entidades Promotoras de Salud deberán posibilitar la capacidad de crecimiento en cuanto a número de usuarios y contar con la capacidad de migrar hacia los sistemas de cómputo con mayor capacidad o hacia nuevas tecnologías en el evento que se requiera. En todo caso, la capacidad de equipos deberá ser correspondiente con las proyecciones de afiliados incluidas en los estudios de factibilidad y no podrán estar por debajo de las siguientes especificaciones.

1.2.1.2.2 Estaciones o terminales.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán tener el número que desee de estaciones o terminales de consulta, validación, administración y soporte, para lo cual se debe considerar la capacidad de memoria requerida por cada persona que se tenga trabajando en línea en el sistema de información, no pudiendo ser menor a dos (2) megabytes para consultas desde terminales brutas y de cuatro (4) megabytes de memoria por cada cliente (microcomputador) en una tecnología más compleja (cliente/servidor).

1.2.1.2.3 Disco

Los equipos de cómputo deberán poseer la capacidad de almacenamiento en disco requerida para manejar las operaciones propias del negocio de acuerdo con los siguientes estimativos:

a) Registro y retiro de afiliados y beneficiarios: por cada cincuenta mil afiliados (50.000), se requiere mínimo de un Gigabyte (1Gb. = mil Megabytes). Los anteriores estimativos no incluyen los requerimientos de memoria principal y almacenamiento en discos de los sistemas operacionales, bases de datos o software específico para el funcionamiento de los equipos de cómputo, sistemas de información o redes.

1.2.1.2.4 Sistema y equipos de comunicaciones

Las Entidades Promotoras de Salud deberán prever en la plataforma tecnológica seleccionada la capacidad de la misma para soportar la instalación de dispositivos y software de comunicaciones y sistemas de información necesarios, que le permitan a esta Superintendencia entrar a consultar en forma regular la información archivada en los equipos de cómputo de estas.

La plataforma tecnológica deberá facilitar la conexión remota de sus diferentes oficinas en el país, a través de redes de comunicación que le permitan mantener actualizada la información que garantice la adecuada prestación de los servicios.

1.2.1.2.5 Otros requerimientos técnicos.

a) La Superintendencia estará atenta del desarrollo tecnológico y de la adopción de software licenciado;

b) Las entidades deberán poseer planes de contingencia y sistemas de respaldo y seguridad que le permitan a la entidad ante un daño grave, destrucción o robo de sus equipos de cómputo, regresar a su normal funcionamiento en un tiempo prudencial;

c) Establecer procedimientos de auditoría de sistemas que garanticen el cumplimiento de los parámetros aquí definidos, así como el íntegro y correcto manejo de la información por parte del ente vigilado y de su supervisor”.

3.4 Entidades Promotoras de Salud como sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud

Conforme a lo establecido por los literales a) e i) del artículo 40 de la Ley 1122 de 2007, la Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, entre otras la función de:

“(…)”

“a) Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control al Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la Ley 100 de 1993”;

“i) Autorizar la constitución y/o habilitación y expedir el certificado de funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado” (Negrillas del Despacho).

Así mismo, de conformidad con el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, “Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:

121.1 Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Ca-

jas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar”.

(…)

3.5 Entidades Promotoras de Salud como objetivos y ámbito de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud

De conformidad con lo establecido en los artículos 3° y 4° del Decreto número 1018 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, las Entidades Promotoras de Salud, hacen parte de los objetivos y del ámbito del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud como cabeza del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

“Artículo 3°. **Objetivos.** Los objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud son los siguientes:

3. Supervisar la calidad de la atención de la salud, mediante la inspección, vigilancia y control del aseguramiento, la afiliación, la calidad de la prestación de los servicios y la protección de los usuarios.

Artículo 4°. Ámbito de Inspección, Vigilancia y Control. Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco que determine la ley, la inspección, vigilancia y control de:

1. Los que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transfieran o asignen los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(…)

6. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) de cualquier naturaleza.

(…)

Parágrafo. Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado. Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud”.

4. Antecedentes del asunto en estudio

4.1 La Superintendencia Nacional de Salud, mediante la Resolución número 0981 del 30 de diciembre de 1994, autorizó el funcionamiento de Sanitas S. A., para actuar como Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.2 A través de la Resolución número 0119 del 13 febrero de 1997, la Superintendencia Nacional de Salud autorizó a la Entidad Promotora de Salud Sanitas S. A., la ampliación de la capacidad de afiliación en 31.544 afiliados en la ciudad de Montería, para el Régimen Contributivo.

4.3 La Superintendencia Nacional de Salud, mediante oficio identificado con NURC 8022-1-4233 del 1° de marzo de 2006, autorizó la redistribución de la capacidad de afiliación autorizada adicionando los municipios de Fusagasugá, La Calera, en Cundinamarca, Pitalito en Huila y Duitama en Boyacá, quedando con una cobertura total autorizada de 1.075.000 afiliados a la Entidad Promotora de Salud Sanitas S. A.

4.4 Con la Resolución número 1835 del 6 de diciembre de 2008, esta Superintendencia autorizó la redistribución y modificación geográfica de la capacidad de afiliación a Sanitas S. A. Entidad Promotora de Salud.

4.5 La Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución número 1130 del 7 de julio de 2010, decidió lo siguiente:

Artículo 1°. Autorizar a Sanitas S. A. Entidad Promotora de Salud la redistribución de la capacidad de afiliación autorizada para adelantar actividades de afiliación y prestación de servicios en el Régimen Contributivo de salud, en los municipios de los departamentos que se señalan a continuación:

ENTIDAD TERRITORIAL		CAPACIDAD DE AFILIACIÓN AUTORIZADA	MODIFICACIÓN A CAPACIDAD AFILIACIÓN SOLICITADA	TOTAL CON MODIFICACIÓN
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			
Amazonas	Leticia	1.100	-	1.100
Antioquia	Medellín	55.000	(8.000)	47.000
Antioquia	Rionegro	2.100	-	2.100
Antioquia	Bello	3.000	-	3.000
Arauca	Arauca	4.000	1.000	5.000
Atlántico	Barranquilla	50.000	(10.000)	40.000
Bogotá, D. C.	Bogotá D. C.	627.000	(13.000)	614.000
Bolívar	Cartagena	11.000	-	11.000
Bolívar	Magangué	2.000	-	2.000
Boyacá	Chiquinquirá	4.000	1.000	5.000
Boyacá	Sogamoso	2.700	1.000	3.700
Boyacá	Tunja	8.000	-	8.000
Boyacá	Duitama	3.000	1.000	4.000
Caldas	Manizales	7.500	12.000	10.000

ENTIDAD TERRITORIAL		CAPACIDAD DE AFILIACIÓN AUTORIZADA	MODIFICACIÓN A CAPACIDAD AFILIACIÓN SOLICITADA	TOTAL CON MODIFICACIÓN
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO			
Caquetá	Florencia	2.500	1.000	3.500
Casanare	Yopal	2.800	2.200	5.000
Cauca	Popayán	4.500	1.500	6.000
Cauca	Piendamó	1.400	1.600	3.000
Cauca	Santander de Quilichao	2.000	1.000	3.000
Cesar	Valledupar	9.800	(2.800)	7.000
Cesar	Aguachica	2.000	500	2.500
Chocó	Quibdó	3.000	-	3.000
Córdoba	Montería	9.800	(2.800)	7.000
Cundinamarca	Chía	10.000	2.000	12.000
Cundinamarca	Facatativá	4.000	(1.000)	5.000
Cundinamarca	Girardot	6.500	1.500	8.000
Cundinamarca	La Calera	2.500	(500)	2.000
Cundinamarca	Villeta	5.000	-	5.000
Cundinamarca	Zipaquirá	3.000	1.000	4.000
Cundinamarca	Fusagasugá	2.500	1.000	3.500
Huila	Garzón	2.500	-	2.500
Huila	Neiva	11.000	-	11.000
Huila	Pitalito	2.500	-	2.500
La Guajira	Riohacha	3.500	(800)	2.700
La Guajira	San Juan del Cesar	2.000	-	2.000
Magdalena	Santa Marta	10.000	1.000	11.000
Meta	Granada	1.100	(100)	1.000
Meta	Villavicencio	14.000	-	14.000
Nariño	Pasto	5.800	700	6.500
Nariño	Ipiales	2.000	1.000	3.000
Norte de Santander	Cúcuta	8.000	2.000	10.000
Norte de Santander	Ocaña	3.500	1.500	5.000
Quindío	Armenia	6.500	1.000	7.500
Risaralda	Pereira	7.500	-	7.500
San Andrés	San Andrés	10.000	2.000	12.000
Santander	Barrancabermeja	2.500	500	3.000
Santander	Bucaramanga	40.000	5.000	45.000
Santander	San Gil	2.000	1.000	3.000
Sucre	Sincelejo	4.500	1.500	6.000
Tolima	Honda	5.000	-	5.000
Tolima	Ibagué	12.000	-	12.000
Valle	Calí	55.000	-	55.000
Valle	Palmira	6.000	-	6.000
Valle	Tuluá	2.500	-	2.500
Valle	Cartago	2.500	-	2.500
Valle	Buenaventura	1.400	-	1.400
TOTAL PAÍS		1.075.000		1.075.000

(...)

Artículo 5º. La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición, ante el Despacho del señor Superintendente Nacional de Salud, del cual podrá hacerse uso por escrito, en el momento de la diligencia de notificación personal o dentro de los cinco (5) días siguientes a ella.

4.6 La Resolución número 1130 de 2010 fue notificada personalmente a la doctora Claudia Patricia Forero Ramirez, Apoderada de la EPS en comento, tal como se observa a folio 79.

4.7 El doctor Milciades Castillo Escobar, representante legal de la Entidad Promotora de Salud Sanitas S. A., mediante escrito radicado con NURC 1-2010-066980 de fecha 30 de julio de 2010, accionó por vía de reposición contra la Resolución número 1130 de 2010.

4.8 Por medio de la Resolución número 532 del 11 abril de 2011, esta Superintendencia modificó el artículo 1º de la Resolución número 1130 de 2010, en el siguiente sentido:

“**Artículo 1º.** Modificar el artículo 1º de la Resolución número 1130 del 7 de julio de 2010, la cual quedará así:

“**Autorizar** a Sanitas S. A. Entidad Promotora de Salud la redistribución de la capacidad de afiliación autorizada para adelantar actividades de afiliación y prestación de servicios en el Régimen Contributivo de Salud, en los municipios de los departamentos que se señalan a continuación: (...)”

5. Solicitud de modificación geográfica

5.1 El representante legal de la Entidad Promotora de Salud Sanitas S. A., mediante escrito de fecha 4 de diciembre de 2009, radicado con NURC 0101-0522891, solicitó a la Superintendencia Nacional de Salud autorizar una redistribución de la capacidad de afiliación autorizada y una modificación geográfica, petición que finalmente fue resuelta en forma favorable, respecto de la redistribución.

5.2 La Superintendencia Delegada para la Atención en Salud mediante memorando de fecha 3 de junio de 2011, signado con NURC 3-2011-010808 solicitó a la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud concepto técnico en el marco de su competencia (Folio 138).

5.3 La Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, mediante memorando de fecha 22 de junio de 2011, radicado con

NURC 3-2011-012046, rindió concepto financiero de no viabilidad de la Entidad Promotora de Salud Sanitas S. A., sobre la modificación geográfica a la capacidad de afiliación (Folios 139 al 141).

5.4 Seguidamente, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud con oficio de fecha 18 de julio de 2011, radicado con NURC 2-2011-048076, visible a folio 143, le informó al doctor Milciades Castillo Escobar, representante legal de la EPS de autos, lo siguiente:

“Teniendo en cuenta que mediante Resolución número 00532 del 11 de abril de 2011 esta Superintendencia resolvió el recurso de reposición interpuesto contra la Resolución número 01130 del 7 de julio de 2010, por medio de la cual se autorizó la redistribución de la capacidad de afiliación para algunos municipios de los departamentos de Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santander, Sucre, Tolima, Valle.

En aras de continuar con el trámite de la solicitud de Modificación Geográfica a la Capacidad de Afiliación requerida por usted, de manera atenta le informo que la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud **emitió concepto técnico financiero no viable**, por lo tanto, este despacho no puede acceder a su solicitud hasta tanto Sanitas EPS haga los correctivos del caso, para dar curso a lo anterior anexamos copia del concepto en mención así como devolución de los respectivos soportes”.

5.5 En virtud de las observaciones efectuadas por la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, mediante escrito de fecha 23 de agosto de 2011, identificado con NURC 1-2011-070617, visible a Folios 144 al 148, el representante legal de la Entidad Promotora de Salud Sanitas S. A., se pronunció respecto al concepto de no viabilidad financiera, concluyendo lo siguiente:

(...)

“Por lo anteriormente expuesto es claro que en ningún momento la EPS Sanitas reportó ni presentó **Insuficiencia Patrimonial** con corte 31 de marzo de 2011.

Por todo lo expuesto y ante la indiscutible inconsistencia en la información con base en la cual la Superintendencia Delegada para la generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud emitió concepto técnico financiero no viable frente a la solicitud presentada por la EPS Sanitas S. A., en relación con la Modificación Geográfica a la Capacidad de Afiliación, de la manera más atenta me permito solicitar se revise el citado concepto técnico y se dé curso favorable al trámite de autorización de Modificación Geográfica a la Capacidad de Afiliación de la EPS Sanitas”.

(...)

5.6 La Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, por medio del memorando signado con NURC 3-2011-017325 de fecha 9 de septiembre de 2011, solicitó a la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, rendir concepto en el ámbito de su competencia (Folio 155).

5.7 La Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, con memorando radicado con NURC 3-2011-019111 de fecha 11 de octubre de 2011, rindió concepto financiero viable, contenido en los Folios 156 al 158, indicando para el efecto, lo siguiente:

“Con la información reportada con corte al mes de junio de 2011, la **EPS Sanitas S. A.** registra Suficiencia en el Patrimonio Mínimo de **\$26.700.514** miles. En este contexto, la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, emite concepto financiero de **viabilidad a Sanitas EPS S. A.** frente a la modificación de la capacidad de cobertura geográfica de afiliación”.

5.8 Por su parte, la Dirección General de Aseguramiento de esta Superintendencia, mediante memorando identificado con NURC 3-2011-020247, de fecha 31 de octubre de 2011 solicitó a la Dirección General de Calidad y Prestación de Servicios de Salud, concepto teniendo en cuenta la siguiente información:

- Relación de la red potencial de prestadores de servicios de salud por municipio.
- Estimativo de la producción asistencial por municipio.
- Descripción del Sistema de referencia y contrarreferencia.
- Cuadro de la capacidad de afiliación autorizada según la Resolución número 0532 del 11 de abril de 2011, incluyendo la modificación a la capacidad de afiliación solicitada y total con la modificación. (Folios 159 y 159 vuelto).

5.9 La Dirección General de Calidad y Prestación de Servicios de Salud, mediante memorando signado con NURC 3-2011-022607, de fecha 5 de diciembre de 2011, visible a Folios 160 y 161, reiteró el concepto técnico rendido en memorando signado con NURC 3-2010-015465 de fecha 13 de julio de 2010, señalando para el efecto, lo siguiente:

(...) teniendo en cuenta que mediante el oficio de NURC 1-2011-070617 de fecha 23 de agosto de 2011 la EPS Sanitas no aporta nada diferente a lo evaluado, se procede a citar nuevamente dicho concepto:

“La E.P.S. Sanitas cumple con los requisitos estipulados en la Circular Única de 2007 para la modificación geográfica a la capacidad de afiliación, Título II de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) numeral 1.8., en cuanto a los aspectos correspondientes al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad; por lo tanto se considera pertinente autorizar la afiliación en los municipios de: Antioquia (Caldas, Copacabana, Envigado, Itagüí, La Ceja, La Estrella y Sabaneta), Atlántico (Malambo, Soledad y Puerto Colombia), Boyacá (Paipa y Tibasosa), Caldas (Villamaría), Cundinamarca (Agua de Dios, Bojacá, Cajicá, Cogua, Cota, Funza, Gachancipá, La vega, Madrid, Mosquera, Ricaurte, Sibate, Soacha, Sopó, Subachoque, Tabio, Tenjo, Tocancipá y Zipacón), Meta (Acacias y San Martín), Norte de Santander (Los Patios y Villa del Rosario), Quindío (Calarcá), Risaralda (Dos Quebradas), Santander (Floridablanca, Girón, Lebrija y Piedecuesta), Tolima (Flandes y Melgar) y Valle (Bugá, Candelaria, El Cerrito, Florida, Jamundí y Yumbo)”.

6. Marco conceptual aplicable al asunto que nos ocupa

Conforme lo establece el numeral 1.7 del Título II, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Capítulo Primero, Entidades Promotoras de Salud (EPS) de la Circular número 049 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud, la capacidad de afiliación es el número estimado de afiliados que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Empresas Solidarias de Salud (ESS) y los Programas de Administración del Régimen Subsidiado de las Cajas de Compensación Familiar (CCF), están en capacidad de atender en condiciones de calidad y oportunidad conforme a su Red de Prestadores de Servicios de Salud, su infraestructura administrativa y su capacidad técnico-científica y financiera, garantizando la oportuna y eficiente prestación de los servicios de salud contenidos en el POS y/o en el POS-S, en el ámbito geográfico autorizado.

Toda entidad que administre recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los regímenes contributivo y/o subsidiado, debe contar con una infraestructura técnica, financiera y administrativa, y con la Red de Prestadores de Servicios de Salud que se adecue a su población afiliada para poder brindar unos servicios con calidad, oportunidad y eficiencia. En la medida que se modifique la afiliación de la población, la entidad debe ajustar su capacidad técnica, financiera, administrativa y de la Red de Prestadores de Servicios de Salud.

Así las cosas, corresponde a esta Superintendencia, de conformidad con la normatividad vigente, autorizar el aumento, disminución y redistribución de la capacidad de afiliación, respecto a la cobertura geográfica y poblacional.

Ninguna Entidad Promotora de Salud, Empresa Solidaria de Salud, Caja de Compensación Familiar o Convenio entre otras, podrá registrar un número de afiliados efectivos mayor a la capacidad máxima de afiliación autorizada y/o registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud. Tal restricción rige tanto para el total autorizado como para la capacidad de afiliación autorizada y/o registrada por municipio. Las EPS, ESS, CCF o Convenio, deberán registrar afiliaciones en todos los municipios en que están autorizadas para operar. Estos criterios serán verificados trimestralmente por la Superintendencia Nacional de Salud o cuando esta lo estime conveniente.

Existen cuatro clases de modificaciones a la capacidad de afiliación autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, las cuales se clasifican en las siguientes:

a) Geográfica

Se presenta una modificación geográfica a la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS, ESS, CCF o Convenio, pretenda adelantar sus actividades de afiliación y prestación de servicios, en municipios no autorizados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.

b) Poblacional

Se presenta una modificación poblacional a la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS, ESS, CCF o Convenio, pretenda ampliar o disminuir su capacidad de afiliación en uno o más municipios autorizados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud, modificando la capacidad total autorizada.

c) Redistribución de la capacidad autorizada

Se presenta una redistribución de la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS, ESS, CCF o Convenio, sin aumentar o disminuir la capacidad total autorizada, modifica la capacidad de afiliación en los municipios autorizados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.

d) Mixta

Se presenta una modificación mixta a la capacidad de afiliación autorizada, cuando en forma simultánea una EPS, ESS, CCF o Convenio, pretenda adelantar sus actividades de afiliación y prestación de servicios en municipios no autorizados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud y modificar la capacidad en los municipios autorizados, superando la capacidad total autorizada.

7. Marco normativo atinente al asunto en estudio

Según lo previsto en el Título II, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Capítulo Primero, Entidades Promotoras de Salud (EPS), de la Circular Externa número 47 de 2007, modificada por las Circulares números 049 y 052 de 2008, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, en lo concerniente a modificación de la capacidad de afiliación, la solicitud que se eleve al respecto deberá ser presentada ante la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, conteniendo la información que se señala a continuación, observando estrictamente su orden:

1. Carta firmada por el representante legal de la EPS, ESS, CCF o Convenio, solicitando la clase de modificación deseada y relacionando la información remitida, que deberá coincidir con la solicitada en la presente Circular.

2. Relación por departamento y municipio del número potencial de afiliados esperados, informando código departamento, código municipio, capacidad de afiliación actual autorizada y/o registrada, modificación a la capacidad de afiliación solicitada y total con la modificación.

3. Relación de la red potencial de prestadores de servicios de salud por municipio o manifestar que tal información se encuentra a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud. Se debe tener presente que dicha red de prestadores de servicios de salud sea adecuada a su población afiliada para poder brindar unos servicios con calidad y oportunidad, y que debe disponerse, como mínimo, de prestadores del primer nivel de atención en cada municipio.

4. Estimativo de la producción asistencial por municipio (número de actividades por servicios), conforme al formato establecido en el título de anexos técnicos.

5. Descripción del sistema de referencia y contrarreferencia que utilizará la entidad por municipio, para:

- Referir a los afiliados a las IPS de II, III y IV nivel de atención para servicios contenidos en el POS o POS-S, según el caso.

- Referir a los afiliados a las IPS de II, III y IV nivel de atención para servicios no contenidos en el POS-S.

6. Proyecciones y requisitos financieros exigidos en las normas vigentes, conforme al siguiente orden:

- Cumplimiento del margen de solvencia con la ampliación de cobertura solicitada.
- Cumplimiento del patrimonio técnico con la ampliación de cobertura solicitada.
- Balance General y Estado de Resultados esperados para los próximos cuatro (4) trimestres, agregando la modificación solicitada, conforme al formato existente para tal fin en el anexo técnico.

7. Ampliación en la estructura organizacional, acorde con la modificación solicitada, conforme al siguiente orden:

- Apertura de nuevas sedes regionales, departamentales o municipales.
- Relación funcional entre la sede central y las nuevas sedes.
- Extensión del sistema de información requerido a las nuevas sedes.
- Sistema de atención a usuarios (orientación, citas, quejas, etc.) por municipios.

8. Respecto al caso concreto

Entra el Despacho a resolver lo que en derecho corresponda respecto a la solicitud de autorización para modificar la capacidad de afiliación autorizada por esta Superintendencia en las modalidades de redistribución de la capacidad autorizada y modificación geográfica.

Esta Superintendencia, procede entonces a efectuar el análisis y evaluación de la solicitud presentada por Sanitas S. A. Entidad Promotora de Salud, con el fin de determinar si satisface o no las condiciones necesarias para aprobar la modificación geográfica a la capacidad de afiliación en los municipios de: Antioquia (Caldas, Copacabana, Envigado, Itagüí, La Ceja, La Estrella y Sabaneta), Atlántico (Malambo, Soledad y Puerto Colombia), Boyacá (Paipa y Tibasosa), Caldas (Villamaría), Cundinamarca (Agua de Dios, Bojacá, Cajicá, Cogua, Cota, Funza, Gachancipá, La Vega, Madrid, Mosquera, Ricaurte, Sibaté, Soacha, Sopó, Subachoque, Tabio, Tenjo, Tocancipá y Zipacón), Meta (Acacias y San Martín), Norte de Santander (Los Patios y Villa del Rosario), Quindío (Calarcá), Risaralda (Dos Quebradas), Santander (Floridablanca, Girón, Lebrija y Piedecuesta), Tolima (Flandes y Melgar) y Valle (Buga, Candelaria, El Cerrito, Florida, Jamundí y Yumbo), y en consecuencia, establecer, si se reúnen los supuestos necesarios, para acceder a la correspondiente petición.

8.1 Concepto técnico financiero

La Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos para la Salud, mediante memorando radicado con NURC 3-2011-019111 del 11 de octubre de 2011, emitió el concepto técnico de su competencia indicando en términos generales que:

(...)

“Con base en las aclaraciones realizadas a la información suministrada en la nueva solicitud, respecto al resultado de la insuficiencia patrimonial con corte a marzo de 2011, la Superintendencia Nacional de Salud, para efectos de la actualización de las cifras, realizó cálculo de la suficiencia patrimonial, con corte a junio de 2011, presentando el siguiente resultado:

1. Margen de solvencia y patrimonio técnico:

SANITAS EPS S. A.	
	junio 2011
Número de afiliados promedio	894.176
UPC Promedio	614.649
INGRESOS OPERACIONALES	549.604.384
FACTOR RIESGO	6
VALOR FACTOR DE RIESGO	34.075.472
Gastos Operativos	585.328.138
Siniestros reconocidos+ Transferencias	0
TOTAL	34.075.472
RELACIÓN GAST. OPER. Y SIN.RECONOC.	5
MARGEN DE SOLVENCIA=FR*R	34.075.472
PATRIMONIO TÉCNICO	
PATRIMONIO TÉCNICO PRIMARIO	
Capital Pagado	23.255.971
Reserva Legal	1.192.012
Prima en Colocación de Acciones	33.769.701
Utilidades no distribuidas Netas de pérdidas	
Valor Dividendos	
Pérdidas Ejercicios Anteriores	- 23.606.575
Pérdida Ejercicio en curso	-
Inversiones en capital diferentes salud	
Inversiones en infraestructura	
TOTAL PATRIMONIO TÉCNICO PRIMARIO	34.611.109
PATRIMONIO TÉCNICO SECUNDARIO	
Reservas Estatutarias	
Reservas ocasionales	
Valorización Activos Fijos	246.381

SANITAS EPS S. A.	
	junio 2011
50% Valorizaciones demás activos	
Valorizaciones Inversiones	
Revalorizaron del patrimonio	
Utilidades Ejercicios anteriores	
Utilidad ejercicio actual	-412.195
TOTAL PATRIMONIO TÉCNICO SECUNDARIO	-165.814
PATRIMONIO TÉCNICO TOTAL	34.445.295
SUFICIENCIA PATRIMONIAL	369.823
Fuente: Estados financieros - circular única.	

Se evidencia que con corte a junio 30 de 2011, Sanitas EPS, presenta un Patrimonio Técnico de \$34.445.295 miles y un Margen de Solvencia de \$34.075.472 miles que al compararlos se obtiene una Suficiencia Patrimonial de \$369.823 miles.

2. Patrimonio mínimo

1. En cumplimiento de los Decretos números 1485 de 1994 y 574 de 2007, las Entidades Promotoras que administren el régimen Contributivo y/o Subsidiado deben acreditar y mantener un Patrimonio Mínimo igual o superior al equivalente a 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv).

Adicionalmente, el artículo 2° del Decreto número 800 de 2003, contempla: "Patrimonio para Operación del Plan de Atención Complementaria. Las entidades que administren planes de atención complementaria deberán acreditar un patrimonio equivalente a cuatro mil (4.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Este patrimonio se deberá acreditar a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia del presente decreto".

Sanitas EPS debe acreditar un patrimonio de catorce mil (14.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv).

CUENTAS	cifras en miles de pesos	
	VALOR	
CAPITAL SUSCRITO Y PAGADO	23.255.971	
PRIMA EN COLOCACION DE ACCIONES	33.769.701	
RESERVA LEGAL	1.192.012	
PERDIDAS DEL EJERCICIO	-412.195	
PERDIDAS ACUMULADAS	-23.606.575	
TOTAL PATRIMONIO	34.198.914	
Nº DE SALARIOS REQUERIDOS	14.000	
PATR REQUERIDO (14000*535600)	7.498.400	
SUFICIENCIA PATRIMONIAL	26.700.514	
Fuente : Circular Unica		

Con la información reportada con corte al mes de junio de 2011, la EPS Sanitas S. A. registra suficiencia en el patrimonio de \$26.700.514 miles. En este contexto, la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, emite concepto financiero de viabilidad a Sanitas EPS S. A. frente a la modificación de la capacidad de cobertura geográfica de afiliación".

(...)

8.2 Concepto técnico de calidad

La Dirección General de Calidad y de Prestación de Servicios de Salud de la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, mediante memorando radicado el 5 de diciembre de 2011 con NURC 3-2011-022607, rindió concepto favorable frente a la modificación geográfica a la capacidad de afiliación, solicitada por Sanitas S. A. EPS, del cual se extrae lo siguiente:

(...)

"Análisis de la Información"

De acuerdo con lo estipulado en la Circular Única de 2007 para el contenido de la solicitud para modificar la capacidad de afiliación, Título II de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) numeral 1.8. En cuanto a los aspectos correspondientes al Sistema Obligatorio de garantía de calidad, analizamos lo siguiente:

– **Relación de la red potencial de prestadores de servicios de salud por municipio o manifestar que tal información se encuentra a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud. Se debe tener presente que dicha red de prestadores de servicios de salud sea adecuada a su población afiliada para poder brindar unos servicios con calidad y oportunidad, y que debe disponerse, como mínimo, de prestadores del primer nivel de atención en cada municipio:**

Se revisa la red de prestadores de servicios de salud aportada por la modificación geográfica a la capacidad de afiliación en los municipios de: Antioquia (Caldas, Copacabana, Envigado, Itagüí, La Ceja, La Estrella y Sabaneta), Atlántico (Malambo, Soledad y Puerto Colombia), Boyacá (Paipa y Tibasosa), Caldas (Villamaría), Cundinamarca (Agua de Dios, Bojacá, Cajicá, Cogua, Cota, Funza, Gachancipá, La Vega, Madrid, Mosquera, Ricaurte, Sibate, Soacha, Sopó, Subachoque, Tabio, Tenjo, Tocancipá y Zipacón), Meta (Acacias y San Martín), Norte de Santander (Los Patios y Villa del Rosario), Quindío (Calarcá), Risaralda (Dos Quebradas), Santander (Floridablanca, Girón, Lebrija y Piedecuesta), Tolima (Flandes y Melgar) y Valle (Bugá, Candelaria, El Cerrito, Florida, Jamundí y Yumbo), encontrando que se garantiza la prestación del primer nivel en el mismo municipio, y el segundo y tercer nivel de atención en municipios cercanos mediante una red alterna la cual se encuentra disponible en caso de ser necesario.

– **Estimativo de la producción asistencial por municipio (número de actividades por servicios):**

La entidad presenta el estimativo de producción asistencial donde se va a realizar la modificación geográfica a la capacidad de afiliación en los municipios de: Antioquia (Caldas, Copacabana, Envigado, Itagüí, La Ceja, La Estrella y Sabaneta), Atlántico (Malambo, Soledad y Puerto Colombia), Boyacá (Paipa y Tibasosa), Caldas (Villamaría), Cundinamarca (Agua de Dios, Bojacá, Cajicá, Cogua, Cota, Funza, Gachancipá, La Vega, Madrid, Mosquera, Ricaurte, Sibate, Soacha, Sopó, Subachoque, Tabio, Tenjo, Tocancipá y Zipacón), Meta (Acacias y San Martín), Norte de Santander (Los Patios y Villa del Rosario), Quindío (Calarcá), Risaralda (Dos Quebradas), Santander (Floridablanca, Girón, Lebrija y Piedecuesta), Tolima (Flandes y Melgar) y Valle (Bugá, Candelaria, El Cerrito, Florida, Jamundí y Yumbo).

– **Descripción del sistema de referencia y contrarreferencia que utilizará la entidad por municipio, referir a los afiliados a las IPS de II, III y IV nivel de atención para servicios contenidos en el POS o POS-S, así como para los servicios no contenidos en el POS-S:**

La entidad aporta un documento en el cual se describe el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, el cual garantiza, en términos de procedimientos definidos, la remisión de los afiliados a las IPS de II, III y IV nivel de atención para los servicios contenidos en el POS.

Concepto

La EPS Sanitas cumple con los requisitos estipulados en la Circular Única de 2007 para la modificación geográfica a la capacidad de afiliación, Título II de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) numeral 1.8., en cuanto a los aspectos correspondientes al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad; por lo tanto se considera pertinente autorizar la afiliación en los municipios de: Antioquia (Caldas, Copacabana, Envigado, Itagüí, La Ceja, La Estrella y Sabaneta), Atlántico (Malambo, Soledad y Puerto Colombia), Boyacá (Paipa y Tibasosa), Caldas (Villamaría), Cundinamarca (Agua de Dios, Bojacá, Cajicá, Cogua, Cota, Funza, Gachancipá, La Vega, Madrid, Mosquera, Ricaurte, Sibate, Soacha, Sopó, Subachoque, Tabio, Tenjo, Tocancipá y Zipacón), Meta (Acacias y San Martín), Norte de Santander (Los Patios y Villa del Rosario), Quindío (Calarcá), Risaralda (Dos Quebradas), Santander (Floridablanca, Girón, Lebrija y Piedecuesta), Tolima (Flandes y Melgar) y Valle (Bugá, Candelaria, El Cerrito, Florida, Jamundí y Yumbo)".

El Superintendente Delegado para la Atención en Salud, el día 15 de diciembre de 2011, expidió certificación en la que consta que Sanitas S. A. EPS allegó todos los documentos que señala la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, respecto a la solicitud de modificación geográfica a la capacidad de afiliación para algunos municipios de los departamentos de Antioquia, Atlántico, Boyacá, Caldas, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima y Valle del Cauca, manifestando que de acuerdo con los conceptos emitidos y de los cuales se hizo referencia anteriormente, la Entidad en mención cumple con los requisitos exigidos en la precitada Circular, para autorizar la modificación solicitada, en los siguientes términos:

(...)

"Que teniendo en cuenta que Sanitas S. A. Entidad Promotora de Salud, adjuntó los documentos que señala la Circular Única de esta Superintendencia respecto a la solicitud de modificación geográfica a la capacidad de afiliación para los municipios de Caldas, Copacabana, Envigado, Itagüí, La Ceja, La Estrella y Sabaneta, en el departamento de Antioquia; Malambo, Puerto Colombia y Soledad, en el departamento de Atlántico; Paipa y Tibasosa, en el departamento de Boyacá; Villamaría, en el departamento de Caldas; Agua de Dios, Bojacá, Cajicá, Cogua, Cota, Funza, Gachancipá, La Vega, Madrid, Mosquera, Ricaurte, Sibate, Soacha, Sopó, Subachoque, Tabio, Tenjo, Tocancipá y Zipacón, en el departamento de Cundinamarca; Acacias y San Martín, en el departamento de Meta; Los Patios y Villa del Rosario, en el departamento de Norte de Santander; Calarcá, en el departamento de Quindío, Dos quebradas en el departamento de Risaralda; Floridablanca, Girón, Lebrija y Piedecuesta, en el departamento de Santander; Flandes y Melgar, en el departamento de Tolima, Bugá, Candelaria, El Cerrito, Florida, Jamundí y Yumbo, en el departamento de Valle del Cauca.

Que para la verificación del cumplimiento de los requisitos se solicitó tanto a la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos para la Salud como a la Dirección General de Calidad de la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, revisar, evaluar y analizar y emitir los conceptos técnicos de su competencia.

Que en los conceptos emitidos por la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos para la Salud y por la Dirección General de Calidad, surtida la revisión, evaluación y análisis de la documentación aportada, se concluyó el cumplimiento de los requisitos exigidos en la Reglamentación, respecto al tema en comento, para emitir la autorización requerida.

Que en virtud de lo anterior, y teniendo en cuenta los conceptos a que se hizo alusión anteriormente, en consideración de esta Delegada, Sanitas S. A., cumple con los requisitos exigidos en la Circular Única emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Dada en Bogotá a los 15 días del mes de diciembre de 2011, con destino al Superintendente Nacional de Salud y para que haga parte del proyecto de Resolución por medio del cual se autoriza la modificación geográfica a la capacidad de afiliación para los municipios de Caldas, Copacabana, Envigado, Itagüí, La Ceja, La Estrella y Sabaneta, en el departamento de Antioquia; Malambo, Puerto Colombia y Soledad, en el departamento de Atlántico; Paipa y Tibasosa, en el departamento de Boyacá; Villamaría, en el departamento de Caldas; Agua de Dios, Bojacá, Cajicá, Cogua, Cota, Funza, Gachancipá, La Vega, Madrid, Mosquera, Ricaurte, Sibate, Soacha, Sopó, Subachoque, Tabio, Tenjo, Tocancipá y Zipacón, en el departamento de Cundinamarca; Acacias y San Martín, en el departamento de Meta; Los Patios y Villa del Rosario, en el departamento de Norte de Santander; Calarcá, en el departamento de Quindío, Dos Quebradas en el departamento de Risaralda; Floridablanca, Girón, Lebrija y Piedecuesta, en el departamento de Santander; Flandes y Melgar, en el departamento de Tolima, Bugá, Candelaria, El Cerrito, Florida, Jamundí y Yumbo, en el departamento de Valle del Cauca a Sanitas S. A. Entidad Promotora de Salud".

Recreando el escenario de facto y de derecho atinente al asunto *sub examine* este Despacho concluye que Sanitas S. A. EPS cumple con los requisitos exigidos en el Título II, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Capítulo I, Entidades Promotoras de Salud (EPS), de la Circular Externa número 47 de 2007, modificada por las Circulares números 049 y 052 de 2008, expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud, en lo concerniente a modificación de la capacidad de afiliación, para proceder a autorizar la modificación geográfica a la capacidad de afiliación de la Entidad en mención, para algunos municipios de los departamentos de Antioquia, Atlántico, Boyacá, Caldas, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima y Valle del Cauca.

De conformidad con lo anteriormente expuesto, este Despacho:

RESUELVE:

Artículo 1°. **Autorizar** a Sanitas S. A. EPS, NIT 800.251.440-6, una modificación geográfica a la capacidad de afiliación autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, en **43.900** afiliados más, los cuales se encuentran distribuidos en los municipios de Caldas, Copacabana, Envigado, Itagüí, La Ceja, La Estrella y Sabaneta en el departamento de Antioquia; Malambo, Puerto Colombia y Soledad en el departamento del Atlántico; Paipa y Tibasosa en el departamento de Boyacá; Villamaría en el departamento de Caldas; Agua de Dios, Bojacá, Cajicá, Cogua, Cota, Funza, Gachancipá, La Vega, Madrid, Mosquera, Ricaurte, Sibaté, Soacha, Sopó, Subachoque, Tabio, Tenjo, Tocancipá y Zipacón en el departamento de Cundinamarca; Acacias y San Martín en el departamento del Meta; Los Patios y Villa del Rosario en el departamento de Norte de Santander; Calarcá en el departamento del Quindío; Dos Quebradas en el departamento de Risaralda; Floridablanca, Girón, Lebrija y Piedecuesta en el departamento de Santander; Flandes y Melgar en el departamento del Tolima; Buga, Candelaria, El Cerrito, Florida, Jamundí y Yumbo en el departamento del Valle del Cauca, así:

DEPARTAMENTO	CÓD. DPTO.	MUNICIPIO	CÓD. MPIO.	SOLICITUD MODIFICACIÓN GEOGRÁFICA A LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN AUTORIZADA
ANTIOQUIA	5	CALDAS	129000	300
		COPACABANA	212000	500
		ENVIGADO	266000	5.000
		ITAGÜÍ	360000	2.000
		LA CEJA	376000	200
		LA ESTRELLA	380000	500
		SABANETA	631000	600
ATLÁNTICO	8	MALAMBO	433000	300
		PUERTO COLOMBIA	573000	300
		SOLEDAD	758000	2.500
BOYACÁ	15	PAIPA	516000	200
		TIBASOSA	806000	200
CALDAS	17	VILLAMARÍA	873000	300
CUNDINAMARCA	25	AGUA DE DIOS	1000	300
		BOJACÁ	99000	200
		CAJICÁ	126000	1.000
		COGUA	200000	200
		COTA	214000	500
		FUNZA	286000	500
		GACHANCIPÁ	295000	200
		LA VEGA	402000	200
		MADRID	430000	500
		MOSQUERA	473000	3.000
		RICAUURTE	612000	200
		SIBATÉ	740000	200
		SOACHA	754000	4.000
		SOPÓ	758000	500
		SUBACHOQUE	769000	300
		TABIO	785000	500
		TENJO	799000	500
TOCANCIPÁ	817000	300		
ZIPACÓN	898000	200		
META	50	ACACÍAS	6000	200
		SAN MARTÍN	689000	200
NORTE DE SANTANDER	54	LOS PATIOS	405	200
		VILLA DEL ROSARIO	874	200
QUINDÍO	63	CALARCÁ	130	500
RISARALDA	66	DOS QUEBRADAS	170	500
SANTANDER	68	FLORIDABLANCA	276000	8.000
		GIRÓN	307000	2.500
		LEBRIJA	406000	200
		PIE DE CUESTA	547000	3.000
TOLIMA	73	FLANDES	275000	300
		MELGAR	449000	200
VALLE		BUGA	111000	300
		CANDELARIA	130000	200
		EL CERRITO	248000	200
		FLORIDA	275000	200
		JAMUNDÍ	364000	500
		YUMBO	892000	300
TOTAL				43.900

Parágrafo. Autorizada la modificación geográfica a la capacidad de afiliación de Sanitas S. A. EPS a que hace referencia el presente artículo, dicha Entidad, contando la población que previamente tenía autorizada, quedará con una capacidad total de afiliación de 1.118.900 afiliados, así:

DEPARTAMENTO	CÓD. DPTO.	MUNICIPIO	CÓD. MPIO.	CAPACIDAD AUTORIZADA RES. 0532 DE 2011	SOLICITUD MODIFICACIÓN GEOGRÁFICA A LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN AUTORIZADA	TOTAL CAPACIDAD AFILIACIÓN AUTORIZADA CON LA AMPLIACIÓN SOLICITADA
AMAZONAS	91	LETICIA	001	1.100	0	1.100
ANTIOQUIA	05	MEDELLÍN	001	47.000	0	47.000
		RIONEGRO	615	2.100	0	2.100
		BELLO	088	3.000	0	3.000
		CALDAS	129	0	300	300
		COPACABANA	212	0	500	500
		ENVIGADO	266	0	5.000	5.000
		ITAGÜÍ	360	0	2.000	2.000
		LA CEJA	376	0	200	200
		LA ESTRELLA	380	0	500	500
		SABANETA	631	0	600	600
ARAUCA	81	ARAUCA	001	5.000	0	5.000
ATLÁNTICO	08	BARRANQUILLA	001	40.000	0	40.000
		MALAMBO	433	0	300	300
		PUERTO COLOMBIA	573	0	300	300
		SOLEDAD	758	0	2.500	2.500
BOGOTÁ, D. C.	11	BOGOTÁ, D. C.	001	614.000	0	614.000
BOLÍVAR	13	CARTAGENA	001	11.000	0	11.000
		MAGANGUÉ	430	2.000	0	2.000
BOYACÁ	15	CHIQUINQUIRÁ	176	5.000	0	5.000
		SOGAMOSO	759	3.700	0	3.700
		TUNJA	001	8.000	0	8.000
		DUITAMA	238	4.000	0	4.000
		PAIPA	516	0	200	200
		TIBASOSA	806	0	200	200
CALDAS	17	MANIZALES	001	10.000	0	10.000
		VILLAMARÍA	873	0	300	300
CAQUETÁ	18	FLORENCIA	001	3.500	0	3.500
CASANARE	85	YOPAL	001	5.000	0	5.000
CAUCA	19	POPAYÁN	001	6.000	0	6.000
		SANTANDER DE QUILICHAO	698	3.000	0	3.000
		PIENDAMÓ	548	3.000	0	3.000
CESAR	20	VALLEDUPAR	001	7.000	0	7.000
		AGUACHICA	011	2.500	0	2.500
CHOCÓ	27	QUIBDO	001	3.000	0	3.000
CÓRDOBA	23	MONTERÍA	001	7.000	0	7.000
CUNDINAMARCA	25	FACATATIVÁ	269	5.000	0	5.000
		CHÍA	175	12.000	0	12.000
		GIRARDOT	307	8.000	0	8.000
		VILLETEA	875	5.000	0	5.000
		ZIPAQUIRÁ	899	4.000	0	4.000
		FUSAGASUGÁ	290	3.500	0	3.500
		LA CALERA	377	2.000	0	2.000
		AGUA DE DIOS	001	0	300	300
		BOJACÁ	099	0	200	200
		CAJICÁ	126	0	1.000	1.000
		COGUA	200	0	200	200
		COTA	214	0	500	500
		FUNZA	286	0	500	500
		GACHANCIPÁ	295	0	200	200
		LA VEGA	402	0	200	200
		MADRID	430	0	500	500
		MOSQUERA	473	0	3.000	3.000
		RICAUURTE	612	0	200	200
		SIBATÉ	740	0	200	200
		SOACHA	754	0	4.000	4.000
SOPÓ	758	0	500	500		
SUBACHOQUE	769	0	300	300		
TABIO	785	0	500	500		
TENJO	799	0	500	500		
TOCANCIPÁ	817	0	300	300		
ZIPACÓN	898	0	200	200		
HUILA	41	GARZÓN	298	2.500	0	2.500
		NEIVA	001	11.000	0	11.000
		PITALITO	551	2.500	0	2.500
LA GUAJIRA	44	RIOHACHA	001	2.700	0	2.700
		SAN JUAN DEL CESAR	650	2.000	0	2.000
MAGDALENA	47	SANTA MARTA	001	11.000	0	11.000
META	50	GRANADA	313	1.000	0	1.000
		VILLAVICENCIO	001	14.000	0	14.000
		ACACÍAS	006	0	200	200
		SAN MARTÍN	689	0	200	200
NARIÑO	52	IPIALES	356	3.000	0	3.000
		PASTO	001	6.500	0	6.500

DEPARTAMENTO	CÓD. DPTO.	MUNICIPIO	CÓD. MPIO.	CAPACIDAD AUTORIZADA RES. 0532 DE 2011	SOLICITUD MODIFICACIÓN GEOGRÁFICA A LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN AUTORIZADA	TOTAL CAPACIDAD AFILIACIÓN AUTORIZADA CON LA AMPLIACIÓN SOLICITADA
NORTE DE SANTANDER	54	CUCUTA	001	10.000	0	10.000
		OCAÑA	498	5.000	0	5.000
		LOS PATIOS	405	0	200	200
		VILLA DEL ROSARIO	874	0	200	200
QUINDÍO	63	ARMENIA	001	7.500	0	7.500
		CALARCÁ	130	0	500	500
RISARALDA	66	PEREIRA	001	7.500	0	7.500
		DOS QUEBRADAS	170	0	500	500
SAN ANDRÉS	88	SAN ANDRES	001	12.000	0	12.000
SANTANDER	68	BARRANCABERMEJA	081	3.000	0	3.000
		BUCARAMANGA	001	45.000	0	45.000
		SAN GIL	679	3.000	0	3.000
		FLORIDABLANCA	276	0	8.000	8.000
		GIRON	307	0	2.500	2.500
		LEBRIJA	406	0	200	200
		PIEDECUESTA	547	0	3.000	3.000
SUCRE	70	SINCELEJO	001	6.000	0	6.000
TOLIMA	73	HONDA	349	5.000	0	5.000
		IBAGUÉ	001	12.000	0	12.000
		FLANDES	275	0	300	300
		MELGAR	449	0	200	200
VALLE DEL CAUCA	76	CALI	001	55.000	0	55.000
		PALMIRA	520	6.000	0	6.000
		TULUÁ	834	2.500	0	2.500
		BUENAVENTURA	109	1.400	0	1.400
		CARTAGO	147	2.500	0	2.500
		BUGA	111	0	300	300
		CANDELARIA	130	0	200	200
		EL CERRITO	248	0	200	200
		FLORIDA	275	0	200	200
		JAMUNDÍ	364	0	500	500
		YUMBO	892	0	300	300
TOTAL MODIFICACIÓN GEOGRÁFICA A LA CAPACIDAD AFILIACIÓN AUTORIZADA				1.075.000	43.900	1.118.900

Artículo 2°. **Notificar personalmente**, el contenido de la presente resolución al doctor Juan Pablo Currea Tavera, representante legal de **Sanitas S. A. EPS**, o a quien haga sus veces, o a quien se designe para tal fin, en la calle 100 N° 11 B-95 de Bogotá, D. C., o en la dirección que se indique para el efecto.

Parágrafo. Si no pudiere hacerse la notificación personal, esta deberá surtirse por edicto, con la inserción de la parte resolutoria de la misma.

Artículo 3°. **Comunicar** el contenido de la presente resolución al Ministerio de Salud y Protección Social, al Consorcio SAYP, a la Cuenta de Alto Costo, a la Comisión de Regulación en Salud, y a las Entidades Territoriales donde le fue autorizada la modificación mixta a la capacidad de afiliación geográfica y poblacional en el Régimen Contributivo de Salud de la Sociedad **Sanitas S. A. EPS**, esto es, los municipios de Caldas, Copacabana, Envigado, Itagüí, La Ceja, La Estrella y Sabaneta en el departamento de Antioquia; Malambo, Puerto Colombia y Soledad en el departamento del Atlántico; Paipa y Tibasosa en el departamento de Boyacá; Villamaría en el departamento de Caldas; Agua de Dios, Bojacá, Cajicá, Cogua, Cota, Funza, Gachancipá, La Vega, Madrid, Mosquera, Ricaurte, Sibate, Soacha, Sopó, Subachoque, Tabio, Tenjo, Tocancipá y Zipacón en el departamento de Cundinamarca; Acacias y San Martín en el departamento del Meta; Los Patios y Villa del Rosario en el departamento de Norte de Santander; Calarcá en el departamento del Quindío; Dos Quebradas en el departamento de Risaralda; Floridablanca, Girón, Lebrija y Piedecuesta en el departamento de Santander; Flandes y Melgar en el departamento del Tolima; Buga, Candelaria, El Cerrito, Florida, Jamundí y Yumbo en el departamento de Valle del Cauca.

Artículo 4°. **Publicar** el contenido de la presente resolución en el *Diario Oficial*.

Artículo 5°. La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición, ante el Despacho del Señor Superintendente Nacional de Salud, del cual podrá hacerse uso por escrito, en el momento de la diligencia de notificación personal o dentro de los cinco (5) días siguientes a ella.

Notifíquese, comuníquese, publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 1° de marzo de 2012.

El Superintendente Nacional de Salud,

Conrado Adolfo Gómez Vélez.
(C. F.)

ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS

Instituto Nacional de Vías

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 07410 DE 2011

(diciembre 30)

por la cual se transfiere a título gratuito el inmueble conocido como "Clínica el Terminal" en favor de Central de Inversiones S. A., CISA.

El Director General del Instituto Nacional de Vías, en ejercicio de las facultades legales que le confiere el artículo 7° del Decreto número 2056 del 24 de julio de 2003 y en cumplimiento de lo ordenado por el artículo 238 de la Ley 1450 de junio 16 de 2011, reglamentado por el Decreto 4054 del 31 de octubre de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que mediante Acta número 002 del 30 de diciembre de 1998, el fondo de pasivo social de la empresa Puertos de Colombia, traspasó al Ministerio de Transporte unos inmuebles, los cuales conforman el Terminal Marítimo de Cartagena.

Que mediante la Resolución número 0056 del 29 de marzo de 2006, la Curaduría Urbana número 2 de la ciudad de Cartagena concede al Ministerio de Transporte una licencia de Subdivisión de predios en la modalidad de Reloteo sobre el inmueble ubicado en el Barrio Manga localizado en la calle 29 N°. 25 - 120. Polígono 1.

Que mediante la Escritura Pública número 636 del 10 de octubre de 2006, celebrada en la Notaría Única del Círculo de Turbaco (Bolívar), se protocolizó una división material del terreno con folio de Matrícula 060-0049762, referencia catastral N°. 01-01-0204-0001-000, y nomenclatura calle 29 N°. 25-120, conocido como "Terminal Marítimo y Fluvial de Cartagena Polígono N°. 1", para lo cual, del predio de mayor extensión, es decir, de los 188.235.10 m² se desagregó otro lote, predio conocido como Clínica del Terminal de Cartagena, cuya cabida de terreno es de 3.839.72 m² y un área construida de 1.135.62 m² predio registrado el 10 de octubre de 2006, anotación N°. 1, dando apertura al Folio de Matrícula Inmobiliaria N°. 060-221998; quedando el predio de mayor extensión con un área superficial de 184.395.38 m².

Que para el 31 de diciembre de 2008, el Ministerio de Transporte celebró con la Policía Nacional de Colombia el Contrato de Comodato número 135, con el fin de dar en préstamo por un plazo de 5 años el lote de terreno junto con su construcción, ubicado en la Carrera 24 N°. 26 -28 Barrio Manga conocido como "Clínica del Terminal" (Dicho contrato hasta el momento continúa vigente, puesto que no se ha dado por terminado y liquidado entre las partes, lo anterior, según información suministrada por la Policía Nacional - Oficio radicado Invías número 74419 del 25 de agosto de 2011).

Que el Ministerio de Transporte mediante la Resolución número 004808 del 11 de noviembre de 2010, transfirió a título gratuito y en favor del Instituto Nacional de Vías, los inmuebles que conforman el Terminal Marítimo de Cartagena, entre ellos, el inmueble conocido como "Clínica del Terminal de Cartagena". Dicho acto jurídico fue registrado el 1° de diciembre de 2010 en el Folio de Matrícula correspondiente (anotación número 2 Folio de Matrícula Inmobiliaria N°. 060-221998). En la misma resolución de transferencia, se estableció en su artículo 6°, la condición resolutoria que prohíbe al Invías enajenar total o parcialmente los inmuebles transferidos sin la previa autorización del Ministerio de Transporte.

"(...) Artículo 6°. El Instituto Nacional de Vías - Invías, no podrá ceder, ni total ni parcialmente, los bienes inmuebles transferidos mediante el presente Acto Administrativo, sin la autorización previa del Ministerio de Transporte, todo con fundamento en el control político de tutela que se ejerce sobre la Entidad adscrita, encaminado a preservar el carácter de inajenabilidad de los bienes del Estado".

Que la Policía Nacional ha elevado diferentes solicitudes tanto al Ministerio de Transporte como al Instituto Nacional de Vías, con el fin de que se estudie la posibilidad de transferir a título de donación y en su favor el predio conocido como "Clínica el Terminal", puesto que han logrado el apoyo de la Seccional de Asuntos Narcóticos - NAS, de la Embajada de los Estados Unidos, para la adecuación de dicho inmueble tendiente a la realización de obras de infraestructura física, indicando: *"(...) que se requiere de su transferencia definitiva a la Policía Nacional, ya que sin este requisito de titularidad, sería imposible la realización de las obras de mantenimiento"*. (Oficios N°. 0628 DIPON - DIRAN -29 del 12 de mayo de 2010; N°. 0517 DITRA - ARAFI 16.4 del 20 de agosto de 2010; N°. S-2011 012736 DITRA - ARAFI 69 del 2 de diciembre de 2011; No. S - 2011 012737 DITRA - ARAFI 69 del 2 de diciembre de 2011).

Que el 9 de noviembre de 2011, la Subdirección Administrativa del Invías mediante los Oficios N°. SA 51041 y SA 51044, le solicitó tanto al Instituto Nacional de Concesiones - Inco (hoy Agencia Nacional de Infraestructura), como al Ministerio de Transporte, concepto respecto a la viabilidad y aplicación de prioridades para la transferencia de inmuebles de propiedad del Invías a otras entidades de carácter público, especialmente, del inmueble conocido como "Clínica del Terminal" en favor de la Policía Nacional, teniendo en cuenta sus diferentes solicitudes.

Que en respuesta a la solicitud anterior, el Ministerio de Transporte a través de la Subdirección Administrativa - Área de Inmuebles, mediante los oficios radicados en el Invías bajo el N°. 103743 del 24 de noviembre de 2011 y 117718 del 29 de diciembre de 2011, emitió su concepto manifestando la necesidad de transferir los bienes inmuebles de propiedad del

Instituto Nacional de Vías en favor del Colector de Activos Central de Inversiones - CISA, lo anterior en virtud de lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo previsto en la Ley 1450 de 2011, artículo 238 "Movilización de Activos" y el Decreto -reglamentario número 4054 de fecha 31 de octubre de 2011.

Por su parte, la Agencia Nacional de Infraestructura mediante oficio radicado en el Inviás bajo el N°. 109079 del 9 de diciembre de 2011, informó:

"Después de revisados los Contratos de Concesión Portuaria correspondientes a la zona portuaria de la ciudad de Cartagena suscritos en el Instituto Nacional de Concesiones - Inco, ahora Agencia Nacional de Infraestructura (ANI), se concluye que actualmente el inmueble conocido como "Clínica El Terminal":

- No se encuentra dentro de las áreas o zonas de uso público terrestre otorgadas en concesión.
- No hace parte de la infraestructura de ninguna Sociedad Portuaria.
- No se describe dentro del plan de inversiones y de mantenimiento de los contratos de concesión portuaria.
- No está dentro del inventario de bienes de uso público otorgados en concesión.
- No se encuentra en procesos de solicitud de modificación de contratos o solicitud de concesión portuaria.

Por lo mencionado anteriormente, la Subgerencia de Gestión Contractual no considera pertinente emitir concepto de viabilidad favorable o desfavorable con respecto a la transferencia a favor de la Policía Nacional del inmueble conocido como "Clínica El Terminal".

"Que en desarrollo del artículo 238 de la Ley 1450 de 2011, el Gobierno Nacional pretende dinamizar la movilización de activos del Estado con el fin de facilitar que las entidades públicas del orden nacional, con excepción de las entidades financieras de carácter estatal, las Empresas Industriales y Comerciales del Estado, las Sociedades de Economía Mixta y las entidades en liquidación, cedan su cartera con más de 180 días de vencida y transfieran a título gratuito los bienes inmuebles de su propiedad que se encuentren saneados y no requieran para el cumplimiento de sus funciones, al Colector de Activos Públicos -CISA, para que esta última reasigne los bienes inmuebles que reciba a dicho título". (Considerando del Decreto número 4054 del 2011, por medio del cual se reglamentan los artículos 8° de la Ley 708 de 2001 y 238 de la Ley 1450 de 2011 y se dictan otras disposiciones; negrilla y subrayado fuera del texto original).

Que de acuerdo con lo anterior, y en especial, por lo previsto en el Plan Nacional de Desarrollo, el Inviás procede a dar estricta aplicación a lo previsto en la Ley 1450 expedida el 16 de junio de 2011, que en su artículo 238 establece.

"**Movilización de activos.** A partir de la expedición de la presente ley, las entidades públicas del orden nacional con excepción de las entidades financieras de carácter estatal, las Empresas Industriales y Comerciales del Estado, las Sociedades de Economía Mixta y las entidades en liquidación, tendrán un plazo de seis (6) meses para ceder la cartera con más de ciento ochenta (180) días de vencida, al Colector de Activos Públicos -CISA para que este las gestione. La cesión se hará mediante contrato interadministrativo en las condiciones que fije el modelo de valoración que define el Gobierno Nacional. La cartera de naturaleza coactiva y la que no esté vencida, podrá ser entregada en administración a CISA.

Dentro del mismo plazo, las entidades a que se refiere el inciso anterior, transferirán a CISA, a título gratuito y mediante acto administrativo, los inmuebles de su propiedad que se encuentren saneados y que no requieran para el ejercicio de sus funciones, incluidos aquellos que por acto público o privado sean sujetos de una destinación específica y que no estén cumpliendo con tal destinación, para que CISA los transfiera a título gratuito a otras entidades públicas o los comercialice. El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones bajo las cuales CISA podrá reasignar los bienes inmuebles que reciba a título gratuito, señalando los criterios que debe cumplir la solicitud de la entidad que los requiera.

Los recursos derivados de la enajenación de dichos inmuebles, una vez deducidos los costos de comisiones y gastos administrativos o de operación, serán girados por CISA directamente a la Dirección de Crédito Público y Tesoro Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Aquellos inmuebles no saneados de propiedad de las entidades a que se refiere el presente artículo, que sean susceptibles de ser enajenados, serán comercializados o administrados a través de CISA mediante contrato interadministrativo".

Que a su vez, el inmueble se encuentra saneado en los términos previstos por el artículo 1° numeral 2 del Decreto número 4054 de 2011.

"**Bienes Inmuebles saneados:** son aquellos activos fijos que cumplan las siguientes condiciones: (i) que existan físicamente y tengan identificación registral, (ii) que no estén catalogados como de uso o espacio público, (iii) que estén libres de cualquier gravamen que impida su enajenación, condiciones resolutorias de dominio vigente o procesos de cualquier tipo en contra de la entidad pública que recaigan sobre el bien inmueble, (iv) que no reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14 de la Ley 708 de 2001, modificado por el artículo 2° de la Ley 1001 de 2005, (v) que no estén ubicados en zonas declaradas de alto riesgo no mitigable, identificadas en el Plan de Ordenamiento Territorial y en los instrumentos que lo desarrollen y complementen o en aquellas que se definan por estudios geotécnicos que en cualquier momento adopte la Administración Municipal, Distrital o el departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y (vi) que no estén ubicados en zonas de cantera que hayan sufrido grave deterioro físico. De lo cual, se extrae que no existe impedimento alguno para transferir a CISA el inmueble objeto de la presente resolución.

Que además el numeral 3 del artículo 1° del Decreto número 4054 de 2011, señala.

"**Bienes Inmuebles con destinación específica que no estén cumpliendo con tal destinación:** (i) son aquellos de propiedad de las entidades públicas que en virtud de actos administrativos, títulos de propiedad y demás disposiciones, tienen una destinación o están

sujetos a un fin específico que a la entrada en vigencia de la Ley 1450 de 2011 no se haya cumplido, salvo los casos establecidos por el inciso 1° del artículo 10 de la Ley 708 de 2001 y los que se requieran para el desarrollo de proyectos de infraestructura vial; (ii) aquellos que amparen pasivos pensionales que no estén cumpliendo con tal destinación y que fueron recibidos al cierre de la liquidación de entidades públicas, cuyo objeto no incluía la Administración de Pensiones, siempre que dichas entidades receptoras estén percibiendo recursos del Presupuesto General de la Nación para el pago de obligaciones pensionales; (iii) inmuebles que teniendo una destinación económica, durante el año anterior a la entrada en vigencia de la Ley 1450 de 2011, no hayan generado una renta anual igual o mayor al 3% del avalúo comercial vigente. En caso de no contar con avalúo comercial deberá generar una renta igual o mayor al 3% del avalúo catastral incrementado en un 50%; (iv) aquellos bienes inmuebles que hagan parte de algún fondo cuenta con o sin personería jurídica".

Que el Instituto Nacional de Vías, Inviás, es el titular del derecho de dominio sobre el inmueble conocido como "Clínica del Terminal", ubicado en la carrera 24 N°. 26 - 28 Barrio Manga ciudad de Cartagena, identificado con el folio de matrícula inmobiliaria No. 060-221998, según Certificado de Tradición del 10 de febrero de 2011, expedido por la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Cartagena, por transferencia del inmueble que le hizo el Ministerio de Transporte a través de la Resolución número 004808 del 11 de noviembre de 2010.

El predio antes identificado según señala la precitada resolución, cuenta con un área de 3.839,72 m² y un área construida de 1.135,62 m², cuya cabida y linderos según Escritura Pública número 636 del 10 de octubre de 2006 de la Notaría Única del Círculo de Turbaco (Bolívar), corresponde a los siguientes: Del punto 10 al punto A en línea recta y en longitud de cuarenta y ocho metros con veintiocho centímetros (48.28). Del punto A al punto 12 en dirección sur-oeste en longitud de ocho metros noventa centímetros (8.90). Del punto 12 en dirección oeste hasta el punto 21 en longitud de ochenta metros veinte centímetros (80.20), del punto 21 al punto 20 en longitud de veintinueve metros con cincuenta y ocho centímetros (29.58) linda con predio de la Administración de Impuestos, del punto 20 al punto 19 en longitud de tres metros treinta y cinco centímetros (3.35) linda con predios de la Administración de Impuestos, del punto 19 al punto 17 en línea recta en longitud de veintitrés metros ochenta y siete centímetros (23.87) del punto 17 al punto 16 en longitud de siete metros con veinte centímetros (7.20) linda con la Administración de Impuestos. Se continúa a la izquierda del punto 16 al punto 15 en longitud de un metro (1.00) del punto 15 al punto 14 en longitud de cuatro metros cuarenta centímetros (4.40) y continúa del punto 14 al punto 13 en longitud de sesenta centímetros (0.60) linda con predios de la Administración de Impuestos. Del punto 13 al punto 12 en línea recta en longitud de tres metros (3.00) linda con predios de la Administración de Impuestos, del punto 12 al punto 11 rumbo nor-oeste en longitud de veinte metros setenta centímetros (20.70) linda con predios de la Administración de Impuestos, del punto 11 al punto 10 rumbo sur-oeste en longitud de treinta y siete metros con ochenta centímetros (37.80) linda con predios de la Administración de Impuestos. Del punto 11 al punto 10 en longitud de ocho metros con setenta y siete centímetros (8.77) linda con predios de la Administración de Impuestos y cierra el lote.

Que teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, el Director General del Instituto Nacional de Vías,

RESUELVE:

Artículo 1°. Transferir a título gratuito el derecho real de dominio y la posesión real y material, pacífica e ininterrumpida, en favor de Central de Inversiones S. A. - CISA, sobre el inmueble "Clínica del Terminal", ubicado en la Carrera 24 N°. 26 - 28 Barrio Manga ciudad de Cartagena.

Artículo 2°. *Determinación del objeto.* El inmueble objeto de esta transferencia se determina de la siguiente manera:

Inmueble identificado con el folio de matrícula inmobiliaria N°. 060-221998 según Certificado de Tradición expedido por la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Cartagena, Cédula Catastral N°. 01 -01 - 0204 - 0047 - 000.

El predio antes identificado según se señala en la Resolución de transferencia N°. 004808 del 11 de noviembre de 2010 y en la Escritura Pública N°. 636 del 10 de octubre de 2006, celebrada en la Notaría Única del Círculo de Turbaco (Bolívar), cuenta con un área de 3.839,72 m² y un área construida de 1.135,62 m², cuya cabida y linderos según Escritura Pública N°. 636 del 10 de octubre de 2006, de la Notaría Única del Círculo de Turbaco (Bolívar), corresponde a los siguientes: Del punto 10 al punto A en línea recta y en longitud de cuarenta y ocho metros con veintiocho centímetros (48.28). Del punto A al punto 12 en dirección sur-oeste en longitud de ocho metros noventa centímetros (8.90). Del punto 12 en dirección oeste hasta el punto 21 en longitud de ochenta metros veinte centímetros (80.20), del punto 21 al punto 20 en longitud de veintinueve metros con cincuenta y ocho centímetros (29.58) linda con predio de la Administración de Impuestos, del punto 20 al punto 19 en longitud de tres metros treinta y cinco centímetros (3.35) linda con predios de la Administración de Impuestos, del punto 19 al punto 17 en línea recta en longitud de veintitrés metros ochenta y siete centímetros (23.87) del punto 17 al punto 16 en longitud de siete metros con veinte centímetros (7.20) linda con la Administración de Impuestos. Se continúa a la izquierda del punto 16 al punto 15 en longitud de un metro (1.00) del punto 15 al punto 14 en longitud de cuatro metros cuarenta centímetros (4.40) y continúa del punto 14 al punto 13 en longitud de sesenta centímetros (0.60) linda con predios de la Administración de impuestos. Del punto 13 al punto 12 en línea recta en longitud de tres metros (3.00) linda con predios de la Administración de Impuestos, del punto 12 al punto 11 rumbo nor-oeste en longitud de veinte metros setenta centímetros (20.70) linda con predios de la Administración de Impuestos, del punto 11 al punto 10 rumbo sur-oeste en longitud de treinta y siete metros con ochenta centímetros (37.80) linda con predios de la Administración de Impuestos. Del punto 11 al punto 10 en longitud de ocho metros con setenta y siete centímetros (8.77) linda con predios de la Administración de Impuestos y cierra el lote.

Parágrafo 1°. No obstante la cabida, descripción y linderos señalados, la transferencia se hace como cuerpo cierto y comprenderá todos los derechos, anexidades, dependencias, reformas, adiciones y modificaciones del inmueble objeto de la presente resolución.

Artículo 3°. *Propiedad*. El inmueble objeto de esta transferencia es de plena y exclusiva propiedad de la entidad cedente, la cual no lo ha enajenado por acto anterior al presente. Así mismo, se encuentra libre de todo gravamen, embargo judicial, pleito pendiente, hipotecas y demás limitaciones legales que puedan afectar su dominio y se entrega como cuerpo cierto en el estado en que se encuentra junto con los derechos que legal y naturalmente le correspondan. Lo anterior, de acuerdo al Certificado de Tradición del 10 de febrero de 2011, correspondiente al folio de matrícula inmobiliaria N°. 060-221998 expedido por la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Cartagena.

Artículo 4°. *Tradición*. El Instituto Nacional de Vías adquirió el derecho de dominio sobre el inmueble antes descrito mediante la Resolución número 004808 del 11 de noviembre del 2010, por medio de la cual el Ministerio de Transporte transfirió a favor del Invias el derecho de dominio y la posesión real y material, pacífica e ininterrumpida de los inmuebles donde funcionaba la Sociedad Portuaria Regional de Cartagena, Departamento de Bolívar, conocido como Terminal Marítimo de Cartagena; dentro del conjunto de inmuebles entregados mediante la resolución antes citada se encuentra el inmueble conocido como “Clínica del Terminal”.

Artículo 5°. *Valor*. Por ser esta una cesión a título gratuito entre dos entidades públicas, no tiene precio estipulado.

Artículo 6°. *Entrega*. La entrega real y material del inmueble objeto de la presente transferencia, el cual se encuentra plenamente identificado en el artículo segundo, se efectuará dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de inscripción de la presente resolución en la correspondiente Oficina de Registro de Instrumentos Públicos, mediante la suscripción de la respectiva acta.

Parágrafo 3°. El Instituto Nacional de Vías, entregará a Central de Inversiones S. A. en sus oficinas dentro de los quince (15) días siguientes al registro de esta resolución en la oficina de registro de instrumentos públicos respectiva la carpeta documental correspondiente al inmueble objeto de la presente transferencia.

Artículo 7°. *Registro*. Central de Inversiones S. A. deberá inscribir la presente resolución en la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos del círculo registral de ubicación de cada inmueble y en el folio de matrícula inmobiliaria señalado para cada uno de estos, dentro de los dos (2) meses siguientes a la publicación de este acto.

Artículo 8°. *Gastos*. El registro de la transferencia de los inmuebles entre las entidades públicas y CISA estará exento de los gastos asociados a dicho acto de conformidad con el parágrafo tercero del artículo 238 de la Ley 1450 de 2011. No obstante, si por algún motivo se llegasen a generar algún tipo de gasto con ocasión a los derechos de registro que puedan llegar a ocasionarse con la inscripción de la presente Resolución, estos serán asumidos por el Invias.

Artículo 9°. *Publicación*. La presente Resolución debe ser publicada en el *Diario Oficial* por cuenta del Instituto Nacional de Vías.

Artículo 10. *Vigencia*. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación. Comuníquese, publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D.C., a 30 de diciembre de 2011.

El Director General,

Carlos Alberto Rosado Zúñiga.
(C. F.).

Instituto Geográfico “Agustín Codazzi” Sede Central

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 0082 DE 2012

(febrero 3)

por medio de la cual se implementa el Banco Nacional de Imágenes (BNI) y se establecen los lineamientos para el acceso a la información de imágenes provenientes de sensores remotos.

El Director General del Instituto Geográfico “Agustín Codazzi”, en ejercicio de las facultades conferidas por el numeral 2 del artículo 6 del Decreto número 208 del 2004, y

CONSIDERANDO:

1. Que mediante el Decreto número 3851 de 2006 se estableció la organización de un sistema de aseguramiento de la calidad, el almacenamiento y la consulta de la información básica colombiana y se crea la infraestructura Colombiana de Datos, definiendo a la Infraestructura Colombiana de Datos Espaciales (ICDE) como uno de sus componentes principales, presidida por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC).

2. Que el artículo 1° del Decreto número 3851 de 2006 definió como información Oficial Básica: “...la información de carácter estadístico, geográfico, de personas y territorial, de utilidad para la administración, resultante de procesar bases de datos conformadas a partir de registros, censos, encuestas y observaciones...”.

3. Que en el marco de la Comisión Colombiana del Espacio, creada mediante el Decreto número 2442 de 2006 como un órgano intersectorial de consulta, coordinación, orienta-

ción y planificación, que ejecuta la política nacional para el desarrollo y aplicación de las tecnologías espaciales, y coordina la elaboración de planes, programas y proyectos en este campo, se emitieron los Acuerdos: N°. 7 que consagra la ICDE, como el mecanismo de articulación de los esfuerzos de los productores y usuarios de la información geográfica básica y el N°. 8 que reglamenta la promoción del acceso y uso de imágenes de sensores remotos a través del BNI, como sistema moderno y eficiente para la adquisición, administración, catalogación, estandarización, consulta y distribución de imágenes de sensores remotos y productos derivados de estas tecnologías, como componente fundamental de los Sistemas de Observación de la Tierra.

4. Que el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, dentro de sus ejes fundamentales:

“Crecimiento Sostenible y Competitividad” y “Soportes Transversales de la Prosperidad Democrática” otorga gran importancia a la Infraestructura Colombiana de Datos Espaciales (ICDE), por ser el espacio para la formulación de políticas asociadas a información geográfica, lo que permite, a través del cumplimiento de las mismas, contar con información básica para la planeación y el ordenamiento territorial y contribuir a mejorar la gestión y transparencia del Gobierno.

5. Que conforme a la circular COINFO N° 001 de 2009, “lineamientos para la estandarización de la información geográfica y de los sistemas de información geográfica SIG”, en el caso de que una entidad estatal adquiera una imagen de satélite o de sensor aerotransportado, debe reportar la información al BNI, presentando la ficha técnica o metadato.

6. Que el Conpes 3585 de mayo de 2009, “Consolidación de la Política Nacional de Información Geográfica y la Infraestructura Colombiana de Datos Espaciales -ICDE”, en su Capítulo V, establece como lineamiento de política de información geográfica, la consolidación del BNI, “Para optimizar la inversión del Estado en la adquisición y uso de imágenes provenientes de sensores remotos satelitales y aerotransportados, se consolidará el Banco Nacional de Imágenes, bajo la administración del IGAC, el cual dispone de un sistema eficaz de catalogación, archivo y distribución de las mismas, y permite el acceso y uso controlado por las entidades estatales, así como la coordinación de nuevas adquisiciones que enriquezcan la información disponible en el Banco en beneficio de las entidades usuarias de la IG”.

7. Que según el numeral 2 del artículo 6 del Decreto número 208 de 2004, el Director General del IGAC tiene como función: “Dirigir y coordinar las políticas que deba seguir el Instituto en materia de elaboración, producción, actualización y publicación de información básica oficial en materia de cartografía, agrología, catastro y geografía, así como aquellas relacionadas con la investigación, análisis, cooperación, desarrollo tecnológico, capacitación y estándares de producción en estas materias, como apoyo al desarrollo integral y al ordenamiento territorial del país” y “Coordinar las iniciativas nacionales de las Infraestructuras de Datos Espaciales, dentro del marco de la política nacional de información oficial”.

8. Que de acuerdo con el numeral 3 del artículo 6° del Decreto número 208 de 2004, el Director del IGAC es el responsable de coordinar las iniciativas nacionales de las Infraestructuras de Datos Espaciales, dentro del marco de la política nacional de información oficial.

9. Que conforme al numeral 9 del artículo 17 del Decreto 208 de 2004 modificado por el artículo 3° del Decreto número 1551 de 2009, la Subdirección de Geografía y Cartografía tiene dentro de sus funciones: conformar, dirigir, administrar y mantener el Banco Nacional de Imágenes (BNI) en el marco de las políticas nacionales de información geográfica para la toma, adquisición, organización, distribución, acceso y uso de las imágenes fotográficas y satelitales del país.

10. Que la consolidación del Banco Nacional de Imágenes (BNI) permitirá la disponibilidad de la información derivada de sensores remotos, contribuyendo a alcanzar las estrategias definidas en el documento “Visión Colombia II Centenario - 2019, en lo concerniente a: Avanzar hacia una sociedad informada, la construcción de ciudades amables, el aseguramiento de una estrategia de desarrollo sostenible, el aprovechamiento de los recursos marítimos y el fundamentar el crecimiento en el desarrollo científico y tecnológico.

11. Que el Sistema de Información del Banco Nacional de Imágenes desde el año 2004 y con el apoyo de la Unión Europea, en el marco del proyecto de “Mejora de los Sistemas de Cartografía del Territorio Colombiano”, se consolidó como el sistema para administrar, catalogar y consultar las imágenes de sensores remotos del IGAC como de las demás entidades del Estado.

12. Que las imágenes de sensores remotos son insumo básico para la elaboración de cartografía básica y temática y que dicha información facilita la integración de los datos socioeconómicos, ambientales y de ordenamiento territorial, debido a que facilita la formulación de políticas y la toma de decisiones, a partir del conocimiento de la geografía nacional.

13. Que las entidades del Estado productoras de información geográfica usualmente adquieren imágenes de sensores remotos para el ejercicio de sus funciones y es necesario hacer uso eficiente y coordinado de los recursos financieros por parte de las entidades públicas.

14. Que el país requiere contar con un mecanismo eficiente para administrar, catalogar y consultar las imágenes de sensores remotos disponibles, que facilite el acceso y uso por parte del sector público, académico y de investigación.

RESUELVE:

Artículo 1°. Implementar el Banco Nacional de Imágenes (BNI) y establecer los lineamientos para el acceso a la información de imágenes provenientes de sensores remotos.

Artículo 2°. *Definiciones*. Para una adecuada interpretación de la presente resolución se precisan las siguientes definiciones:

Espaciomapas. Producto cartográfico cuyo fondo presenta una imagen satelital o un conjunto de ellas, rectificadas y georreferenciadas en un sistema de coordenadas a la cual se le ha realizado un mejoramiento y una interpretación que responde a las necesidades del usuario. A este fondo de imagen se le adicionan elementos del contenido del mapa topográfico e información marginal (leyenda o rótulo, cuadrícula, marco, nombre o número de hoja, toponimia, margen, referencia del derecho de autor).

Fotografía Aérea. Imagen de la superficie terrestre captada mediante el empleo de cámaras fotográficas instaladas a bordo de diversos medios aéreos.

Imagen de Radar. Imágenes sobre las cuales se pueden observar características físicas de la superficie de la tierra, tomadas por radares soportados sobre plataformas espaciales. La información que se representa sobre estas imágenes son señales emitidas y recibidas por ondas de radio generando imágenes de alta resolución. Las imágenes de radar registran datos en cualquier momento, tanto en el día como en la noche, debido a que los radares emiten señales con su propia fuente de energía y no requieren de la energía solar.

Imágenes de satélite. Representación visual de la información capturada por un sensor montado en un satélite artificial. Estos sensores recogen información reflejada por la superficie de la tierra que luego es enviada al satélite que procesa las longitudes de onda, entregando como resultado información gráfica sobre las características de la zona representada. Estas imágenes se clasifican de acuerdo a las longitudes de onda que capturen así: multispectral, pancromáticas en escala de grises a infrarrojas.

Imágenes Lidar. Representación de la superficie terrestre basadas en emisiones de laser a un objeto o superficie utilizando un haz laser pulsado. La distancia al objeto se determina midiendo el tiempo de retraso entre la emisión del pulso y su detección a través de la señal reflejada.

Mosaico de imágenes de satélite. Imagen obtenida a partir de la unión de dos o más imágenes de satélite georreferenciadas.

Mosaicos de Radar. Imagen obtenida a partir de la unión de dos o más imágenes de radar georreferenciadas u ortorrectificadas.

Ortofotografía. Fotografías aéreas libres de errores y deformaciones por procesos de corrección digital (ortorrectificación), todos los elementos de la imagen presentan la misma escala sobre la cual se pueden realizar mediciones de datos reales.

Ortofotomapas. Producto cartográfico obtenido a partir de la georreferenciación y ortorrectificación de aerofotografías escaneadas. Posee información marginal (Leyenda o rótulo, Cuadrícula, Marco, Nombre o número de hoja, Toponimia, Curvas de nivel, Margen, Referencia del Derecho de Autor).

Ortoimagen. Imagen digital que ha sido procesada para corregir desplazamientos debido a la perspectiva del sensor y al relieve. La ortorrectificación que se aplica sobre la imagen puede ser generada mediante dos métodos: estereoscópico o monoscópico (con MDT). De igual manera, al ser una imagen con un sistema de referencia determinado y corregida geoméricamente se pueden realizar mediciones a la escala sobre la misma.

Radarmapas. Producto cartográfico obtenido a partir de la georreferenciación y ortorrectificación de imágenes de radar. Posee información marginal (leyenda o rótulo, cuadrícula, marco, nombre o número de hoja, toponimia, curvas de nivel, margen, referencia del derecho de autor).

Plataforma tecnológica. Es el conjunto de software, hardware, así como la capacidad de conexión a internet, que posea una entidad para la instalación y uso de:

Aplicaciones de administración de metadatos que permitan, como mínimo, la consulta de los metadatos de las imágenes a través de procesos de harvesting a través de estándares OGC 0, del aplicativo del BNI que permite, tanto el proceso descrito, como la opción de descarga directa de la imagen a través de los canales suministrados por el Programa Gobierno en Línea.

Titular. Persona natural o jurídica que ostenta los derechos de explotación económica o los beneficios derivados de la utilización de las creaciones intelectuales originales, innovaciones, diseños industriales, signos distintivos, secretos industriales, esquemas de circuitos integrados y, en general, todos aquellos derechos susceptibles de aprovechamiento económico, industrial o comercial sobre la propiedad intelectual.

Licencia de uso. Autorización para utilizar una obra protegida por el derecho de autor, sin que ella comporte la transmisión de los derechos patrimoniales.

Licencias de uso Multi-usuario. Esquema de sub-licenciamiento de uso que permite distribuir o compartir un producto u obra con diferentes personas naturales o jurídicas (el número puede ser especificado por el titular del producto) con el objetivo de ser utilizado en la generación de productos derivados.

Sublicenciamiento de uso: Consiste en la autorización que se le otorga a una persona (jurídica o natural) para conceder la utilización de la obra (contenido o producto) en las condiciones permitidas por la licencia primaria. En consecuencia, la responsabilidad en el incumplimiento de algunas de las condiciones contempladas en la sub-licencia recae exclusivamente en el sub-licenciario, de manera directa, ante el licenciante primario (el propietario de la obra); en otras palabras, el sub-licenciario no tiene responsabilidad por las actuaciones indebidas del sub-licenciario. De manera general, puede haber sub-licenciamiento para cualquier disposición de intereses sobre la obra (contenido o producto) por parte de su propietario, es decir, puede existir sub-licenciamiento para distribuir, comercializar, adaptar, reproducir, entre otros.

Licenciante. Titular de los derechos patrimoniales de autor, quien autoriza a un tercero, denominado licenciario, para que utilice la obra, en el caso específico, el producto que contiene información geográfica.

Licenciario. Autorizado por el licenciante para el uso de la obra, en el caso específico, el producto que contiene información geográfica, en consecuencia, el licenciario se compromete a respetar las condiciones estipuladas en la respectiva licencia.

Entidades Públicas: Organismos que hacen parte de la estructura del Estado, tales como: Ministerios, Departamentos administrativos, Establecimientos públicos, sociedades de economía mixta (con más del 90% de capital del Estado), Empresas industriales y comerciales del Estado.

Entidad Privada. Se entiende para la presente resolución a todas aquellas Empresas, Instituciones, Organizaciones No Gubernamentales (nacionales e internacionales), Organizaciones Internacionales, Fundaciones, etc., que no hacen parte del Estado.

Universidades y Centros Académicos. De acuerdo con el artículo 16 de la Ley 30 de 1982, se incluyen en esta categoría, como usuarios del BNI, a todas las Instituciones Técnicas Profesionales, las Instituciones Universitarias o Escuelas Tecnológicas y las Universidades, así como los establecimientos de educación formal, atendiendo lo dispuesto en el capítulo I (educación formal) de la Ley 115 de 1994.

Custodio. Entidad que posee la responsabilidad de garantizar la custodia de un conjunto de datos, conforme con las políticas de Información Geográfica de la Infraestructura Colombiana de Datos Espaciales.

Artículo 3°. Objetivo del Banco Nacional de Imágenes. El BNI, como proyecto enmarcado dentro de las principales estrategias de la ICDE, tiene como objetivo regular y administrar la toma, adquisición, organización, distribución, acceso y uso de las imágenes de sensores remotos del país.

Parágrafo 1°. Se entiende por imágenes de sensores remotos los siguientes productos: Fotografías aéreas, digitales o digitalizadas, imágenes de radar satelital o aerotransportado, imágenes satelitales ópticas pancromáticas y/o multispectrales, imágenes LIDAR u otro sensor remoto, así como los siguientes productos derivados de las imágenes: Ortofotos, ortomágenes ópticas y de radar, mosaicos de radar, ortofotomapas, espaciomapas y radarmapas.

Parágrafo 2°. El IGAC, a través de la Subdirección de Geografía y Cartografía, realizará las funciones de administración y mantenimiento del BNI.

Artículo 4°. Conformación del BNI. El BNI estará conformado por las entidades que a través de acuerdos interinstitucionales y/o acogiendo la normatividad del BNI, deseen adoptar e implementar la plataforma tecnológica, que permita consultar, catalogar y distribuir las imágenes provenientes de sensores remotos.

Parágrafo. Los miembros de la ICDE adelantarán las gestiones necesarias para implementar o adoptar la plataforma tecnológica, con el fin de ser parte de la estructura del BNI.

Artículo 5°. Usuarios del BNI. Se consideran como usuarios a todas aquellas personas naturales o jurídicas que acceden al BNI donde pueden consultar, depositar y descargar imágenes de sensores remotos y sus respectivos metadatos, así como la visualización a través de muestras gráficas. No obstante, cuando el usuario desee adquirir información que se encuentre en el BNI, deberá cumplir los lineamientos dados por este y la licencia de uso de cada imagen.

Parágrafo 1°. Las personas naturales o jurídicas que depositen imágenes de sensores remotos, dentro de su libre autonomía, definirán el nivel de acceso a las mismas, de acuerdo con lo previsto en el artículo 6° de esta resolución y con las condiciones de uso definidas en las respectivas licencias.

Parágrafo 2°. Los usuarios nacionales e internacionales del BNI se clasifican de la siguiente manera: entidades públicas, entidades privadas, universidades y centros académicos.

Artículo 6°. Niveles de acceso. Teniendo en cuenta el tipo de usuario, se define la siguiente clasificación de nivel de acceso:

Nivel Básico. Todos los usuarios del BNI podrán acceder a la consulta de imágenes, productos derivados, metadatos y servicios de localización, consulta y despliegue de vistas previas. Adicionalmente, podrán descargar las imágenes cuando su uso no esté restringido y su licencia de uso lo permita.

Nivel Completo. Permite la descarga de las imágenes de sensores remotos, previa asignación de permisos de acceso y a las condiciones que establezca la licencia otorgada por el productor.

Artículo 7°. Funciones de los usuarios del BNI. Los usuarios del BNI que entreguen imágenes de sensores remotos para visualización, consulta, acceso y descarga, deberán:

1. Consultar la información disponible en el BNI antes de la adquisición de imágenes de sensores remotos o sus productos derivados. La entidad interesada en la adquisición de nuevas imágenes podrá solicitar asesoría al IGAC.

2. En lo posible, implementar la plataforma tecnológica definida por el BNI para consultar, catalogar y distribuir las imágenes provenientes de sensores remotos, siguiendo los lineamientos definidos por la ICDE.

3. Suministrar y/o publicar los metadatos de las imágenes de sensores remotos, siguiendo los lineamientos definidos por la ICDE. La responsabilidad de la información contenida en el metadato, así como su veracidad es de la entidad que la publica.

Parágrafo. Las personas naturales y/o jurídicas que depositen imágenes de sensores remotos, dentro de su libre autonomía, definirán el nivel de acceso a las mismas, de acuerdo con lo previsto en el presente artículo y con las condiciones de uso definidas en las respectivas licencias.

Artículo 8°. Compra de imágenes de sensores remotos. Los usuarios del BNI que compren imágenes de sensores remotos, en lo posible, lo harán con un esquema de licenciamiento multi-usuario que permita autorizar su uso a los demás usuarios que conformen el BNI. En este caso, los usuarios que compren imágenes de sensores remotos suministrarán una copia al administrador del BNI.

Parágrafo. Teniendo en cuenta que existen entidades que poseen imágenes licenciadas bajo restricciones de uso para otros usuarios, estas, en la medida de sus posibilidades, solicitarán autorización con el proveedor y/o propietario de las imágenes para que puedan ser utilizadas por los usuarios que conforman el BNI.

Artículo 9°. Donación de imágenes de sensores remotos. Las imágenes suministradas en calidad de donación al BNI, en lo posible, contarán con el esquema de licenciamiento multi-usuario que permita autorizar su uso a los usuarios que conforman el BNI.

Artículo 10. *Servicios generales del BNI*. El BNI proveerá a través de un portal especializado de Internet a todos los usuarios, como mínimo, los servicios de búsqueda y visualización de imágenes, acceso a las muestras gráficas de las imágenes y al catálogo de metadatos de imágenes disponibles en el Banco, conforme a las especificaciones de interoperabilidad del Open Geospatial Consortium (OGC) en una primera fase y posteriormente promoverá servicios de descarga de información.

Parágrafo. Los usuarios que deseen obtener un nivel de acceso completo de las imágenes de sensores remotos deberán realizar los siguientes pasos:

Consultar la disponibilidad de la imagen a través del catálogo de metadatos dispuesto en el aplicativo web del BNI; identificar la entidad titular de la misma; realizar la solicitud de acceso, descargue y uso al titular o custodio, teniendo en cuenta lo dispuesto en la licencia de uso de la imagen respectiva.

Artículo 11. *Servicios del IGAC a los usuarios del BNI*. El IGAC, además de suministrar las imágenes de sensores remotos de su propiedad, podrá ofrecer el servicio de procesamiento digital de imágenes de sensores remotos y asesoría técnica para la adquisición de nuevas imágenes.

Artículo 12. *Licencia de uso de los productos del BNI*. El suministro de las imágenes de sensores remotos y demás productos digitales ingresados al BNI se realizará mediante un Acuerdo de Licenciamiento de Uso, dicho licenciamiento será firmado por los representantes legales de las entidades licenciantes y licenciatarias o quienes hagan sus veces, de conformidad con las formalidades que exija la ley para tal propósito. Este Acuerdo de Licenciamiento, contemplará la vigencia, acciones permitidas y restricciones, términos de confidencialidad, y en general, todo lo concerniente con el modo, el tiempo y el lugar que las partes contratantes estipulen.

Artículo 13. *Seguridad de las imágenes de sensores remotos*. Quien reciba imágenes de sensores remotos tomará las acciones necesarias para garantizar que sean utilizadas exclusivamente en el cumplimiento de sus funciones misionales.

Parágrafo. Las Entidades que conforman el BNI podrán limitar el acceso y/o copia de la información que se considere de reserva o restringida de acuerdo con la normatividad vigente de las entidades que ostentan la titularidad de las mismas.

Artículo 14. *Explotación de las imágenes de sensores remotos*. El licenciataria no comercializará o intercambiará las imágenes, o algún producto o servicio derivado o resultado de la incorporación de los datos sin el permiso previo, expreso y escrito de la entidad propietaria de la imagen.

En los casos en que haya sido concedido permiso al licenciataria para llevar a cabo un procesamiento adicional de la imagen de sensor remoto, la entidad administradora del BNI deberá ser notificada y el custodio deberá recibir, libre de cualquier cargo, una copia de estos datos re-procesados, con su respectivo metadato, en forma digital aplicando los formatos de uso estándar en el tratamiento de imágenes digitales.

Artículo 15. *Créditos*. Las imágenes usadas en cualquier publicación, presentación pública, o generación de un producto derivado, deberán presentar los respectivos créditos de manera apropiada, esto es, citando la fuente de los datos originales como se estipula en los metadatos respectivos, y siendo el BNI responsable de su administración.

Artículo 16. *Garantías de la información*. El BNI no garantiza que la información anexa a la imagen o sus productos derivados estén libres de errores, sin embargo, el hallazgo y la verificación de estos, compromete a la entidad propietaria a realizar su actualización y publicación. Todo lo anterior, podrá realizarse durante la validez de la licencia.

Parágrafo. En el evento de encontrarse un error y este no pueda ser enmendado, se deberá publicar la información en el respectivo metadato del producto.

Artículo 17. La presente resolución rige a partir del día siguiente a su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 3 de febrero de 2012.

El Director General IGAC,

Iván Darío Gómez Guzmán.

(C. F.)

VARIOS

Contraloría General de la República

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 0164 DE 2012

(marzo 7)

por la cual modifica la Resolución número 0065 de 2008 y se aclara la Resolución número 6459 de 2012.

La Contraloría General de la República, en uso de sus atribuciones constitucionales y legales y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 12 de la Ley 80 de 1983, dispone que los representantes legales podrán delegar total o parcialmente la competencia para celebrar contratos.

Que mediante Resolución Reglamentaria número 0065 de 11 de abril de 2008, Título III; Capítulo I; artículo 17, el Contralor General de la República delegó en el gerente de Gestión Administrativa y Financiera, la ordenación del gasto y la celebración de contratos,

en el nivel central, a que se refiere el numeral 4 del artículo 2° de la Ley 11502 de 2007, “por la cual se introducen medidas para la eficiencia y transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con recursos públicos”, independientemente de la cuantía.

Que de conformidad con lo previsto en el parágrafo del artículo 38 de la Resolución 0065 de 2008, el Contralor General de la República delegó en el Director de Recursos Físicos la ordenación del gasto y la suscripción de los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, de mínima cuantía, es decir, la contratación que no excede el 10% de la menor cuantía de la Contraloría General de la República, en el nivel central, en sus etapas precontractual, contractual y poscontractual.

Que para una mayor eficiencia y eficacia en la adquisición de bienes y servicios que garantice el cumplimiento de la labor misional de la Contraloría General de la República, se hace necesario realizar una redistribución de actividades de la actividad contractual correspondiente al nivel central de la entidad.

Por lo anteriormente expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. Modificar el artículo 17 de la Resolución Reglamentaria, el cual quedará así:

Artículo 17. Delegación para la ordenación del gasto y contratación directa en el Nivel Central: Delegar en el Gerente de Gestión Administrativa y Financiera la ordenación del gasto y la competencia para dirigir y adelantar todas y cada una de las etapas inherentes a los procesos de contratación directa de que trata el artículo 2 de la Ley 115 de 2007, en su literal b del numeral 2 y el numeral 4, independientemente de su cuantía.

Artículo 2°. *Modificar el artículo 18 de la Resolución Reglamentaria número 0065 de 2008, el cual quedará así:*

Artículo 18. Elaboración de Contratos: Corresponderá a la Gerencia de Gestión Administrativa y Financiera, la elaboración de las minutas de los Contratos que comprometan a la Contraloría General de la República.

Parágrafo. La Dirección de Recursos Físicos de la Contraloría General de la República podrá apoyar la elaboración de las minutas de contratos correspondientes a la contratación de prestación de servicios profesionales, de apoyo a la ejecución o para la ejecución de trabajos artísticos que solo puedan encomendarse a determinadas personas.

Artículo 3°. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 7 de marzo de 2012.

La Contralora General de la República,

Sandra Morelli Rico.

(C. F.)

Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Bogotá, D. C., Zona Sur

AUTOS

AUTO DE 2012

(febrero 15)

por el cual se inicia actuación administrativa tendiente a excluir un asiento Registral.

Expediente 154 de 2011

El Registrador Principal de Instrumentos Públicos de Bogotá Zona Sur, en uso de sus facultades legales y en especial de las conferidas por el artículo 25 de la Resolución número 4174 de 1984 de la Superintendencia de Notariado y Registro y el Decreto-ley 1250 de 1970, y

CONSIDERANDO QUE:

...

En mérito de lo expuesto, este Despacho,

DISPONE:

Artículo 1°. Iniciar Actuación Administrativa tendiente a establecer la real y verdadera situación jurídica del folio de matrícula inmobiliaria 50S-893349, por contrariar lo dispuesto en el artículo 82 del Decreto 1250 de 1970 acorde con la parte considerativa del presente auto, y fórmese el expediente respectivo según lo establecido por el artículo 29 del Código Contencioso Administrativo.

Artículo 2°. Ordénese la práctica de pruebas y alléguese las informaciones que sean necesarias, para el perfeccionamiento de la presente Actuación Administrativa de acuerdo con lo establecido en los artículos 34 y 58 del Código Contencioso Administrativo.

Artículo 3°. Cítese como terceros determinados a Espitia Buitrago Rox Mary y Peña Trujillo Efraín, para que previa notificación de esta decisión, comparezca al proceso a ejercer el derecho que le asiste, dentro de los cinco días siguientes a su notificación, o por edicto y con publicación del presente auto en el *Diario Oficial* a costa de esta oficina, o en un diario de amplia circulación nacional a costa de los interesados. (Artículos 14 y 15 del Código Contencioso Administrativo).

Artículo 4°. Comunicar el contenido de este Auto a la División Operativa de la Oficina o al cajero con el fin de que toda solicitud de expedición de certificados, inscripción de documentos o cualquier otra petición sean enviadas a la división jurídica o al Registrador para evitar que esta oficina tome decisiones contrarias.

Artículo 5°. Contra el presente auto no procede ningún recurso en vía gubernativa.

Artículo 6°. La presente providencia rige a partir de la fecha de su expedición.

Notifíquese, comuníquese, publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 15 de febrero de 2012.

El Registrador Principal ORIP Bogotá Zona Sur,

René Alejandro Vargas Laverde.

(C. F.).

Oficina de Registro de Instrumentos Públicos, Seccional Tuluá

AUTOS

AUTO NÚMERO 002 DE 2012

(febrero 9)

por el cual se da apertura a una actuación administrativa-384-AA.2012-02 de los folios de matrículas inmobiliarias 384-107352, 384-32839, 384-84981 y 384-98035.

La suscrita Registradora de Instrumentos Públicos Seccional de Tuluá, en uso de sus facultades legales, y en especial de las conferidas por los artículos 5°, 35 y 82 del Decreto-ley 1250 de 1970 y del Decreto 01 de 1984.

CONSIDERANDO QUE:

...

RESUELVE:

Artículo 1°. Iniciar la correspondiente actuación administrativa tendiente a definir la real situación jurídica de los folios de matrículas inmobiliaria 384-107352, 384-32839, 384-84981 y 384-98035 conforme a la parte motiva de este auto.

Artículo 2°. Ordénase la práctica de pruebas pertinentes y alléguese las informaciones necesarias para el perfeccionamiento de la presente actuación administrativa (artículos 34 y 58 del Código Contencioso Administrativo).

Artículo 3°. Citar como terceros: Lasso Victoria José Irne, Lozano Luz Piedad, José Necsar Arbeláez Osorio, Herrera Herrera Faber, Hernández Duque Lilia Rosa, Aguirre Buitrago Angélica María, Materon Villamil Luz Yanneth, Villamil Mora María Fanny, Bastidas Cerón Dolores Stella, García García Holmes, Marín Serna Carmen Tulia, Rodríguez Salazar Jesús Alberto, Peláez Jiménez Silvio, Bastidas Cerón Dolores Stella, Germán Giraldo Potes para que hagan parte en la presente actuación administrativa dentro de los cinco días siguientes a su notificación (artículos 14 y 15 del Código Contencioso Administrativo).

Artículo 4°. Cítense a todas aquellas personas que se crean con derecho a intervenir en la actuación, para lo cual se publicará esta providencia en el *Diario Oficial* y en un diario de amplia circulación en la localidad, 12945.

Artículo 5°. Bloquéense los folios de matrículas inmobiliarias números 384-107352, 384-32839, 384-8498, objeto de la presente actuación.

Artículo 6°. Contra la presente providencia no procede recurso alguno (Artículo 49 del Código Contencioso Administrativo).

Artículo 7°. El presente acto rige a partir de la fecha de su expedición y de él se conservará copia en archivo de antecedentes del mencionado bien.

Comuníquese, notifíquese y cúmplase.

La Registradora Seccional,

Olga Lucía Millán Grajales.

(C. F.).

Oficina de Registro de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín, Zona Sur

CITACIONES

El suscrito Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur,

CITA A:

A la siguiente persona como terceros determinados: A la señora Luz Estella Zapata de Tabares, se les notifica lo siguiente y todas las personas o entidades que consideren tener igual interés para que se constituyan parte y hagan valer sus derechos en la Actuación Administrativa que se adelante con el fin de esclarecer la real situación jurídica del inmueble ubicado en la calle 40 S número 47-25 Conjunto Residencial Los Almendros, III etapa, apto 503, bloque 14, el cual se identifica con el folio de matrícula inmobiliaria 001-596111.

La persona citada y los terceros indeterminados deben comparecer en el término de cinco (5) días hábiles personalmente o a través de apoderado.

Esta citación se hace por una sola vez (Artículo 15 del Decreto 01 de 1984).

Dirección: Carrera 52 N° 42-75. Edificio José Félix de Restrepo (Sótano) Palacio de Justicia -Alpujarra Medellín.

El Registrador Principal de Instrumentos Públicos-Zona Sur,

Wilman Antonio Rojo Zapata.

(C. F.).

El suscrito Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur,

CITA A:

A la siguiente persona como tercero determinado: Al señor Luis Fernando Ruiz Arango, se les notifica lo siguiente y todas las personas o entidades que consideren tener igual interés para que se constituyan parte y hagan valer sus derechos en la Actuación Administrativa que se adelante con el fin de esclarecer la real situación jurídica del inmueble, lote de terreno situado en el municipio de Medellín, el cual se identifica con el folio de matrícula inmobiliaria 001-207326.

La persona citada y los terceros indeterminados deben comparecer en el término de cinco (5) días hábiles personalmente o a través de apoderado.

Esta citación se hace por una sola vez (Artículo 15 del Decreto 01 de 1984).

Dirección: Carrera 52 N° 42-75. Edificio José Félix de Restrepo (Sótano) Palacio de Justicia-Alpujarra Medellín.

El Registrador Principal de Instrumentos Públicos-Zona Sur,

Wilman Antonio Rojo Zapata.

(C. F.).

El suscrito Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur,

CITA A:

A las siguientes personas como terceros determinados: A los señores Jaime Blanco Barrera y Yaqueline Guevara, les notifica lo siguiente y todas las personas o entidades que consideren tener igual interés para que se constituyan parte y hagan valer sus derechos en la Actuación Administrativa que se adelante con el fin de esclarecer la real situación jurídica de los inmuebles ubicados en la calle 49 número 51-35 local 102 y calle 49 N° 51-35 mezzanines, los cuales se identifican con los folios de matrícula inmobiliaria 001-393859, 001-393860.

Las personas citadas y los terceros indeterminados deben comparecer en el término de cinco (5) días hábiles personalmente o a través de apoderado.

Esta citación se hace por una sola vez (Artículo 15 del Decreto 01 de 1984).

Dirección: Carrera 52 N° 42-75. Edificio José Félix de Restrepo (Sótano) Palacio de Justicia -Alpujarra Medellín.

El Registrador Principal de Instrumentos Públicos-Zona Sur,

Wilman Antonio Rojo Zapata.

(C. F.).

El suscrito Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur,

CITA A:

A las siguientes personas como terceros determinados: A los señores Luis Carlos Tamayo Garzón, Mónica Janeth Moncada Londoño, Luz Dary Cano, Carlos Andrés Cardona Tamayo, se les notifica lo siguiente y todas las personas o entidades que consideren tener igual interés para que se constituyan parte y hagan valer sus derechos en la Actuación Administrativa que se adelante con el fin de esclarecer la real situación jurídica de los inmuebles ubicados en la calle 5S 29D-55 Conjunto Residencial Torres de Benares bloque 2 zona de servicios comunales útil 6 y útil 10, los cuales se identifican con los folios de matrícula inmobiliaria 001-504363, y 001-504367.

Las personas citadas y los terceros indeterminados deben comparecer en el término de cinco (5) días hábiles personalmente o a través de apoderado.

Esta citación se hace por una sola vez (Artículo 15 del Decreto 01 de 1984).

Dirección: Carrera 52 N° 42-75. Edificio José Félix de Restrepo (Sótano) Palacio de Justicia -Alpujarra Medellín.

El Registrador Principal de Instrumentos Públicos-Zona Sur,

Wilman Antonio Rojo Zapata.

(C. F.).

El suscrito Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur,

CITA A:

A las siguientes personas como terceros determinados: A los señores Raúl de Jesús Ramírez Moreno y María Josefina Correa de Álvarez, se les notifica lo siguiente y todas las personas o entidades que consideren tener igual interés para que se constituyan parte y hagan valer sus derechos en la Actuación Administrativa que se adelante con el fin de esclarecer la real situación jurídica del inmueble lote de terreno el cual se identifica con el folio de matrícula inmobiliaria 001-609070.

Las personas citadas y los terceros indeterminados deben comparecer en el término de cinco (5) días hábiles personalmente o a través de apoderado.

Esta citación se hace por una sola vez (Artículo 15 del Decreto 01 de 1984).

Dirección: Carrera 52 N° 42-75. Edificio José Félix de Restrepo (Sótano) Palacio de Justicia - Alpujarra Medellín.

El Registrador Principal de Instrumentos Públicos-Zona Sur,

Wilman Antonio Rojo Zapata.
(C. F.).

El suscrito Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur,

CITA A:

A las siguientes personas como terceros determinados: A los señores Raúl Javier Vásquez Escobar, Laura Patricia Vásquez Mejía y María Cecilia Escobar Rico les notifica lo siguiente y todas las personas o entidades que consideren tener igual interés para que se constituyan parte y hagan valer sus derechos en la Actuación Administrativa que se adelante con el fin de esclarecer la real situación jurídica del inmueble ubicado en la carrera 33B nro. 36-31, el cual se identifica con el folio de matrícula inmobiliaria 001-36574.

Las personas citadas y los terceros indeterminados deben comparecer en el término de cinco (5) días hábiles personalmente o a través de apoderado.

Esta citación se hace por una sola vez (Artículo 15 del Decreto 01 de 1984).

Dirección: Carrera 52 N° 42-75. Edificio José Félix de Restrepo (Sótano) Palacio de Justicia de Justicia - Alpujarra Medellín.

El Registrador Principal de Instrumentos Públicos-Zona Sur,

Wilman Antonio Rojo Zapata.
(C. F.).

El suscrito Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur,

CITA A:

A las siguientes personas como terceros determinados: Al señor León Jairo Carvajal López y al Representante Legal de la Sociedad Sanín Salazar e Hijos S.C.A, se les notifica lo siguiente y todas las personas o entidades que consideren tener igual interés para que se constituyan parte y hagan valer sus derechos en la Actuación Administrativa que se adelante con el fin de esclarecer la real situación jurídica del inmueble ubicado en la cañada seca número 4 en el municipio de Heliconia (Antioquia), el cual se identifica con el folio de matrícula inmobiliaria 001-125643.

Las personas citadas y los terceros indeterminados deben comparecer en el término de cinco (5) días hábiles personalmente o a través de apoderado.

Esta citación se hace por una sola vez (Artículo 15 del Decreto 01 de 1984).

Dirección: Carrera 52 N° 42-75. Edificio José Félix de Restrepo (Sótano) Palacio de Justicia - Alpujarra Medellín.

El Registrador Principal de Instrumentos Públicos-Zona Sur,

Wilman Antonio Rojo Zapata.
(C. F.).

El suscrito Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur,

CITA A:

A las siguientes personas como terceros determinados: A los señores Luis Guillermo Escobar Henao y Luis Felipe Medina, les notifica lo siguiente y todas las personas o entidades que consideren tener igual interés para que se constituyan parte y hagan valer sus derechos en la Actuación Administrativa que se adelante con el fin de esclarecer la real situación jurídica del inmueble ubicado en la calle 44B nro. 84-40, el cual se identifica con el folio de matrícula inmobiliaria 001-166387.

Las personas citadas y los terceros indeterminados deben comparecer en el término de cinco (5) días hábiles personalmente o a través de apoderado.

Esta citación se hace por una sola vez (Artículo 15 del Decreto 01 de 1984).

Dirección: Carrera 52 N° 42-75. Edificio José Félix de Restrepo (Sótano) Palacio de Justicia - Alpujarra Medellín.

El Registrador Principal de Instrumentos Públicos-Zona Sur,

Wilman Antonio Rojo Zapata.
(C. F.).

Oficina de Registro de Instrumentos Públicos del Círculo de Villavicencio, Meta

EDICTOS

RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA NÚMERO 0319
DE FECHA DICIEMBRE 6 DE 2011

La Registradora de Instrumentos Públicos de Villavicencio, Meta, ha proferido la Resolución Administrativa número 0319 de diciembre 6 de 2011, por la cual se resuelve una solicitud de revocatoria directa y dispuso:

Artículo 1°. Denegar las pretensiones del accionante en Revocatoria Directa, de conformidad con la parte motiva de esta providencia.

Artículo 2°. Notificar personalmente esta resolución al señor Germán Ospina Noak, identificado con cédula de ciudadanía número 17332055 de Villavicencio.

De no ser posible la notificación personal procedase de conformidad con el artículo 45 del Código Contencioso Administrativo.

Tercero. Contra la presente decisión no proceden los recursos de la vía gubernativa, no reviven los términos legales para el ejercicio de las acciones contencioso administrativas, ni dará lugar a la aplicación del silencio administrativo.

Cuarto. Esta providencia rige a partir de la fecha de su expedición.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

Hay firma de la Registradora *Narda Juliana Torres Hernández.*

Se fija el presente edicto por el término de diez (10) días hábiles, hoy 26 de diciembre de 2011, siendo las 8:00 a. m. y se desfija el día 10 de enero de 2011.

La Coordinadora Grupo Jurídico,

Eloísa Rey Acosta.
(C. F.).

Oficina de Registro de Instrumentos Públicos, Seccional Puerto López (Meta)

La suscrita Secretaria ad hoc de la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos, Seccional de Puerto López (Meta),

Consulte
nuestros
servicios

atencion_cliente@imprensa.gov.co

HACE SABER:

Que mediante Auto de febrero 17 de 2012, se da inicio a la Actuación Administrativa número 01 expediente número 234-DP-2012-001, por medio del cual se determinó:

Artículo 1°. Iniciar actuación administrativa tendiente a establecer la real situación jurídica de los folios de matrícula inmobiliaria 234-101 y 234-3759 inscritos en este círculo registral.

Artículo 2°. Ordénese citar a los señores Yesid Rojas, Roberto Arango Garcés como terceros indeterminados según los artículos 37 y 38, de no ser posible realizar la respectiva citación personal se debe realizar dando cumplimiento al artículo 69 de la Ley 1437 del 2011, Código Contencioso Administrativo.

Artículo 3°. Citar a todas aquellas personas que se crean con derechos para intervenir en la actuación, para lo cual se publicará esta providencia en el *Diario Oficial* y en un diario de amplia circulación.

Artículo 4°. Comunicar la presente actuación al señor Manuel Humberto Quintero Bermúdez para dar respuesta definitiva a su petición.

Artículo 5°. Ordénese la práctica de las pruebas pertinentes y emitir los oficios al IGAC Villavicencio para solicitar la información que se requiere.

Artículo 6°. Contra el presente auto no procede recurso alguno.

Artículo 7°. El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición.

Dada en Puerto López, a los 17 días del mes de febrero de 2012.

Fdo. Dirney Yolima Velásquez Álvarez, Registrador Seccional de Instrumentos Públicos.

Puerto López, marzo 1° de 2012, en la fecha siendo las 7:30 a. m., se fija el presente edicto por el término de diez (10) días hábiles.

La Secretaria ad hoc,

Sandra Milena Hernández Rivera.
(C. F.)

General Car Rental Ltda.

NIT. 900.114.941-0

Se encuentra la liquidación del señor Molina López Wilson, identificado con cédula de ciudadanía número 79455265, en las instalaciones de General Car Ltda., con NIT 900.114.941-0, ubicada en la calle 64 N°. 27-24 en la ciudad de Bogotá, a la fecha solamente la ha solicitado la señora Quintero Zapata Nidia, quien se identifica como su esposa. Fecha del primer aviso 20 de febrero de 2012.

General Car Rental Ltda.

Segundo Aviso.

Imprenta Nacional de Colombia. Recibo 21200453- 29-II-2012. Valor \$32.200.



Diario Oficial

Cupón de Suscripción

Nombre o razón social: _____
 Apellidos: _____
 C.C. o NIT. No.: _____
 Dirección envío: _____
 Teléfono: _____ Fecha: _____
 Ciudad: _____
 Departamento: _____

Los pagos podrán efectuarse así: Davivienda cuenta de ahorros número 001969999539; Banco Agrario cuenta número 3192000339-4, a favor de la **Imprenta Nacional de Colombia**, en el formato indicado para tal fin que se encuentra disponible en los bancos mencionados.

Tarjeta de Crédito:

Visa

Suscripción nueva Renovación

Sí No Sí No

Valor suscripción anual: \$180.100.00 - Bogotá, D. C.
 \$180.100.00 - Otras ciudades, más los portes de correo

Suscripción electrónica nacional: \$180.100.00

Suscripción electrónica internacional: \$263.600.00

Suscripción Anual

En caso de consignación, favor remitirla vía fax al 4578034 adjuntando este cupón. Para mayor información, dirigirse a la carrera 66 N° 24-09 (Av. Esperanza con Av. 68), Imprenta Nacional de Colombia- Grupo de Promoción y Divulgación, o comunicarse con nuestra línea de Servicio al Cliente: 4578044.

CONTENIDO

	Págs.
MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO	
Decreto número 0491 de 2012, por el cual se modifica parcialmente el Decreto 261 del 28 de enero de 2010, mediante el cual se creó la Comisión Intersectorial de Seguimiento al Sistema Penal Acusatorio Cispa.....	1
Decreto número 0510 de 2012, por el cual se establece la planta de personal de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado y se dictan otras disposiciones.....	2
Decreto número 0512 de 2012, por el cual se modifica la planta de empleos del Ministerio de Justicia y del Derecho y se dictan otras disposiciones.....	2
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	
Resolución número 000459 de 2012, por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.....	3
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	
Registro de Inscripción del Acta de Constitución de una Organización Sindical.....	17
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO	
Resolución número 042 de 2012, por la cual se prorroga la aplicación de derechos provisionales impuestos por la Resolución número 532 de 2011.....	17
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL	
Resolución número 2250 de 2012, por la cual se establece la conformación y funcionamiento del Comité de Archivo del Ministerio de Educación Nacional.....	18
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA	
Decreto número 0508 de 2012, por el cual se establece el sistema de nomenclatura, clasificación y remuneración de los empleos públicos de las Agencias Estatales de Naturaleza Especial, de las Agencias Nacionales de Defensa Jurídica del Estado y de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente–, organismos del sector descentralizado de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional y se dictan otras disposiciones.....	18
Decreto número 0509 de 2012, por el cual se establecen las funciones y requisitos generales para los diferentes empleos públicos de las Agencias Estatales de Naturaleza Especial y de las Agencias Nacionales de Defensa Jurídica del Estado y de Contratación Pública – Colombia Compra Eficiente–, organismos del sector descentralizado de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional y se dictan otras disposiciones.....	19
Decreto número 0511 de 2012, por el cual se establecen unas equivalencias de empleos.....	21
SUPERINTENDENCIAS	
Superintendencia Nacional de Salud	
Resolución número 000420 de 2012, por medio de la cual se autoriza una modificación geográfica a la capacidad de afiliación autorizada a Sánitas S. A. Entidad Promotora de Salud, con NIT 800.251.440-6.....	21
ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS	
Instituto Nacional de Vías	
Resolución número 07410 de 2011, por la cual se transfiere a título gratuito el inmueble conocido como “Clínica el Terminal” en favor de Central de Inversiones S. A., CISA.....	29
Instituto Geográfico “Agustín Codazzi” Sede Central	
Resolución número 0082 de 2012, por medio de la cual se implementa el Banco Nacional de Imágenes (BNI) y se establecen los lineamientos para el acceso a la información de imágenes provenientes de sensores remotos.....	31
VARIOS	
Contraloría General de la República	
Resolución número 0164 de 2012, por la cual modifica la Resolución número 0065 de 2008 y se aclara la Resolución número 6459 de 2012.....	33
Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Bogotá, D. C., Zona Sur	
Auto de 2012, por el cual se inicia actuación administrativa tendiente a excluir un asiento Registral.....	33
Oficina de Registro de Instrumentos Públicos, Seccional Tulúa	
Auto número 002 de 2012, por el cual se da apertura a una actuación administrativa-384-AA.2012-02 de los folios de matrículas inmobiliarias 384-107352, 384-32839, 384-84981 y 384-98035.....	34
Oficina de Registro de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín, Zona Sur	
El Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur, cita a la siguiente persona como terceros determinados: A Luz Estella Zapata de Tabares.....	34
El Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur, cita a la siguiente persona como tercero determinado: A Luis Fernando Ruiz Arango.....	34
El Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur, cita a las siguientes personas como terceros determinados: A Jaime Blanco Barrera y Yaqueline Guevara.....	34
El Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur, cita a las siguientes personas como terceros determinados: A Luis Carlos Tamayo Garzón, Mónica Janeth Moncada Londoño, Luz Dary Cano y Carlos Andrés Cardona Tamayo.....	34
El Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur, cita a las siguientes personas como terceros determinados: A Raúl de Jesús Ramírez Moreno y María Josefina Correa de Álvarez.....	35
El Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur, cita a las siguientes personas como terceros determinados: A Raúl Javier Vásquez Escobar, Laura Patricia Vásquez Mejía y María Cecilia Escobar Rico.....	35
El Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur, cita a las siguientes personas como terceros determinados: A León Jairo Carvajal López y al Representante Legal de la Sociedad Sanín Salazar e Hijos S.C.A.....	35
El Registrador Principal de Instrumentos Públicos del Círculo de Medellín Zona Sur, cita a las siguientes personas como terceros determinados: A Luis Guillermo Escobar Henao y Luis Felipe Medina.....	35
Oficina de Registro de Instrumentos Públicos del Círculo de Villavicencio, Meta	
La Registradora de Instrumentos Públicos de Villavicencio, Meta, ha proferido la Resolución Administrativa número 0319 de diciembre 6 de 2011, por la cual se resuelve una solicitud de revocatoria directa.....	35
Oficina de Registro de Instrumentos Públicos, Seccional Puerto López (Meta)	
La Secretaria ad hoc de la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos, Seccional de Puerto López (Meta), hace saber que mediante Auto de febrero 17 de 2012, se da inicio a la Actuación Administrativa número 01 expediente número 234-DP-2012-001.....	35
General Car Rental Ltda.	
Se encuentra la liquidación de Molina López Wilson en las instalaciones de General Car Ltda.....	36