

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO 0000497 DE 2021****(19 ABR 2021)**

Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades, en especial las conferidas en el numeral 13 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, y en desarrollo de lo previsto en el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del libro 2, del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que, el Capítulo 3, Título 2, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, reguló la autorización de funcionamiento y las condiciones de habilitación y permanencia de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, definiendo el Sistema Único de Habilitación como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica, científica, técnico-administrativa, de suficiencia patrimonial y financiera indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, así como requisito mínimo obligatorio para acceder a la acreditación, el cual busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios.

Que los artículos 2.5.2.3.3.2 y 2.5.2.3.3.3 del citado Decreto 780 de 2016, disponen que las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud deberán contar con un Sistema de Gestión de Riesgos, centrado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, y, de otro lado, operarán en el ámbito territorial donde hayan sido autorizadas; en ese sentido, este acto administrativo desarrollará tales preceptos, el primero de ellos que deberá materializarse a través de procesos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros destinados a garantizar los derechos de la población afiliada en el marco del Sistema General de Seguridad en Salud y el segundo, la operación territorial del aseguramiento requerirá el desarrollo de criterios y estándares que permitan la concertación intersectorial de indicadores de oportunidad y acceso por cada uno de los territorios donde se encuentren autorizadas para su funcionamiento.

Que este Ministerio, a través de la Resolución 2515 de 2018, reglamentó las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, con el fin de que dichas entidades constituyan, fortalezcan y consoliden su estructura, adecuando su organización y desempeño a las condiciones de habilitación y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento.

Que, las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud deberán cumplir de forma permanente las condiciones de habilitación, a partir del 1 de enero de 2022, como lo establece el artículo 2.5.2.3.3.6 del Decreto 780 de 2016, de acuerdo con la progresividad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

423

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Que, de manera conjunta con la Superintendencia Nacional de Salud, se realizaron jornadas de trabajo en las que se identificó la necesidad de ajustar algunas de las exigencias previstas en la mencionada resolución y su anexo técnico, con el fin de establecer un enfoque de proceso y mejora continua a las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud.

Que, en este proceso se reordenaron los grupos de criterios y estándares de autorización, habilitación y permanencia; la redefinición de estándares de oportunidad y acceso de operación territorial, los cuales darán línea para la posterior concertación con las Entidades Territoriales de los indicadores que se utilicen para su medición.

Que conforme a lo expuesto, se hace necesario modificar los criterios y progresividad del cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia a través de las cuales se demuestra la observancia de la capacidad técnico-administrativa, científica, y tecnológica de las entidades responsables del aseguramiento en salud; así como el manual que desarrolla los criterios y estándares de autorización, habilitación y permanencia, y demás disposiciones sobre el Sistema Gestión de Riesgo y la operación territorial lo cual le permita ejercer a dichas entidades sus funciones de aseguramiento, con una orientación hacia resultados en salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto y alcance. La presente resolución tiene por objeto reglamentar los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud y de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, desarrollar disposiciones del Sistema de Gestión de Riesgos y la operación territorial, como ejes fundamentales y transversales en el desarrollo de los estándares dispuestos y adoptar el Manual de Criterios y Estándares para la autorización, habilitación y permanencia de estas entidades.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente resolución aplica a las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud y administrar los recursos destinados a garantizar los derechos de la población afiliada en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y a las Entidades Promotoras de Salud – EPS en los términos del artículo 2.5.2.3.1.2 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, a las Entidades Adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, en los procesos de evaluación y seguimiento, y a la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. Las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud que se encuentren con medida impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud deben cumplir las condiciones de habilitación en los términos y plazos establecidos en el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del libro 2, del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. El plazo para el cumplimiento de las condiciones de habilitación para estas entidades nunca podrá ser superior al definido para las entidades que no se encuentren incurso en medidas.

Artículo 3. Criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia: Las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud deberán demostrar su capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica, a través del cumplimiento permanente de los criterios y estándares definidos en el Manual que hace parte integral de la presente resolución, los cuales se encuentran organizados en los siguientes grupos:

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Gobierno organizacional
Sistema de gestión de riesgos
Afiliación, novedades y libre elección en el SGSSS
Reconocimiento de prestaciones económicas
Atención al usuario
Sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas
Fortalecimiento de la cultura de la seguridad social
Garantía de la prestación de los servicios de salud
Gestión de la salud pública
Contratación y pago de tecnologías en salud
Gestión del talento humano
Tecnologías de información.

Artículo 4. *Sistema de Gestión de Riesgos centrado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud.* El Sistema de Gestión de Riesgos centrado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, debe permitir a las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, la identificación, evaluación, medición, seguimiento y monitoreo de los riesgos que pueden afectar la salud de la población afiliada y la operación de la entidad. La implementación del Sistema de Gestión de Riesgos corresponde:

- 4.1 Fortalecer el proceso de gestión integral del riesgo en salud de la entidad, con el fin de garantizar el acceso equitativo, oportuno, continuo y eficiente a los servicios de salud de la población afiliada, integrando las perspectivas diferenciales de atención, para el mejoramiento de la experiencia de los usuarios con la atención y la obtención de mejores resultados en salud, con la mejor utilización de los recursos disponibles.
- 4.2 Fortalecer la capacidad de la entidad para abordar los riesgos y oportunidades asociados con su contexto, funciones y objetivos, generando condiciones de estabilidad operativa y financiera a través de la definición de políticas, procesos y procedimientos de gestión, que incluyan metodologías de identificación, evaluación, medición, seguimiento y monitoreo de diferentes categorías de riesgos.
- 4.3 Promover una cultura institucional de autoevaluación, mejora continua, innovación y desarrollo de capacidades, orientadas al fortalecimiento de la gestión del aseguramiento en salud por parte de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud.
- 4.4 Estimular una cultura organizacional de servicio centrada en el usuario, con transparencia, autorregulación, calidad, uso adecuado de la información y mejoramiento continuo en todos los procesos propios de la entidad.

Parágrafo. Las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, deberán diseñar e implementar un modelo de atención en salud para la población afiliada, soportada en los procesos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros que den cuenta del cumplimiento de los criterios y estándares establecidos en el manual técnico que hace parte integral de la presente resolución, entendiendo que los lineamientos para la Gestión de Riesgos en Salud corresponden al cumplimiento de todos los grupos de criterios y estándares dispuestos.

Artículo 5. *Operación territorial del aseguramiento (OT).* Las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud deben organizar un modelo de atención y prestación de servicios de salud en las entidades territoriales donde se encuentren autorizadas, el cual debe atender y reconocer las prioridades de salud en el ámbito territorial específico, garantizar el acceso, la oportunidad, la calidad, la eficiencia, la suficiencia y la continuidad de los servicios de salud.

NB

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Estas entidades dispondrán para los afiliados, el recurso humano y los procesos administrativos de soporte y comunicación apropiados al contexto socio – cultural integrando los enfoques diferenciales y poblacionales, de forma que facilite y agilice las solicitudes de demanda y autorización de servicios y tecnologías; la comunicación entre la entidad y los afiliados, el reporte y solución de las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias recibidas, logrando la trazabilidad de cada proceso.

Los criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia en la operación territorial del aseguramiento se encuentran definidos y se verificarán de conformidad con lo dispuesto en el manual que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 6. *Progresividad para el cumplimiento de las condiciones de habilitación.* El cumplimiento progresivo de los criterios y estándares de habilitación será establecido en el anexo técnico "Manual de criterios y estándares para la autorización y habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud", el cual hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 7. *Procedimientos de verificación y evaluación.* La Superintendencia Nacional de Salud, establecerá e implementará un cronograma de verificación y evaluación de las condiciones de habilitación y permanencia, a partir de abril de 2021, de acuerdo con la progresividad establecida en el manual de verificación que se determine previamente.

Artículo 8. *Condiciones financieras y de solvencia.* El seguimiento y verificación a las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud, se realizará dando cumplimiento a la Sección 1 del Capítulo 2 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud.

Artículo 9. *Monitoreo a las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud.* La Superintendencia Nacional de Salud consolidará la información obtenida sobre la autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y elaborará un repositorio que identifique:

- 9.1. las entidades con autorización nueva o actualizada y la vigencia de esta,
- 9.2. las condiciones y alcance de las autorizaciones concedidas,
- 9.3. las entidades en medida administrativa especial autorizadas y la vigencia de la autorización,
- 9.4. las entidades autorizadas que cumplen las condiciones de habilitación.

Dicha información deberá estar disponible para conocimiento de las entidades de control y de este Ministerio, de conformidad en el artículo 2.5.2.3.3.6 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud.

Artículo 10. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga la Resolución 2515 de 2018.

Dada en Bogotá, D.C.,

19 ABR 2021

FERNANDO RUIZ GOMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó:

Viceministra de Protección Social

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

Directora Jurídica

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

ANEXO TÉCNICO

Manual de criterios y estándares para la autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud

I - Gobierno organizacional

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
1. Estatutos y organización de la entidad.	1.1. Demostrar la existencia y representación del asegurador como persona jurídica mediante la inscripción del objeto social, las reformas y los nombramientos de administradores y representantes legales.	1.1. Actualizar la evidencia de la existencia y representación del asegurador como persona jurídica y su representación legal, así como el cumplimiento de los trámites requeridos en procesos de venta de acciones o cuotas o capitalización, e identificar el origen de los recursos en dichos procesos, de acuerdo con la normatividad vigente.	Garantizar el cumplimiento de los criterios y estándares de habilitación; de los estatutos y organización de la entidad, Código de Conducta y de Gobierno Organizacional y de Rendición de Cuentas.	30 de junio de 2021
	1.2. Contar con un procedimiento interno para evaluar los candidatos a miembros del máximo órgano social, órgano de administración y órgano de control, a través de la evaluación de un conjunto de criterios que deben cumplir los perfiles funcionales y personales (idoneidad y experiencia), así como la verificación de posibles incompatibilidades e inhabilidades.	1.2. Cumplir con los requisitos para su funcionamiento de acuerdo con la naturaleza jurídica de la sociedad.		30 de junio de 2021
	1.3. Establecer una estructura orgánica y funcional donde se observe los perfiles y cargos de acuerdo con las funciones relacionadas con el aseguramiento en salud; esto debe estar respaldado por un organigrama y la aprobación del órgano competente.	1.3. Demostrar el funcionamiento del máximo órgano social y el órgano de administración de acuerdo con los estatutos de la entidad y a los reglamentos internos de cada órgano		30 de junio de 2021
		1.4. Ejecutar operaciones que garanticen la no		30 de junio de 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
		desviación de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.		
		1.5. Demostrar el funcionamiento de la junta directiva y del representante legal, en relación con la orientación estratégica de la entidad, gestión de riesgos (salud, económicos y reputacionales, entre otros) e implementación del Sistema de Control Interno y de Gestión a la Calidad.		30 de junio de 2021
		1.6. Evidenciar el cumplimiento de los compromisos, metas e indicadores establecidos en los Comités: Comité de Riesgos, Comité de Contraloría Interna, Comité de Gobierno Organizacional, Comité de Conducta, o los que hagan sus veces, evaluados a través de tableros de control y mediante la evidencia específica del cumplimiento.		30 de junio de 2021
		1.7. Argumentar y evidenciar el cumplimiento de los compromisos establecidos para subsanar los hallazgos de la revisoría fiscal y el auditor, inmersos en su dictamen de la revisoría fiscal y los informes de auditoría.		30 de junio de 2021
2. Código de Conducta y de Gobierno Organizacional	2.1 Documentar un Código de Conducta y de Gobierno Organizacional, atendiendo los lineamientos del órgano competente orientados a una atención en salud efectiva y humanizada, trato equitativo en igualdad de condiciones para	2.1. Implementar mejores prácticas organizacionales y del código de conducta y de buen gobierno organizacional y diseño y promoción de políticas antilavado-anticorrupción en la entidad. Demostrar el seguimiento a través de un tablero de control y análisis que debe evaluarse en los		30 de junio de 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
	todos los usuarios, promoción de políticas anticorrupción en la entidad, incluyendo la conformación de los comités, la estructura orgánica y funcional de la entidad y la distribución de funciones acorde con sus obligaciones.	Comités de Gobierno Corporativo según corresponda.		
	2.2. Definir una Política General de Revelación de Información y Transparencia de la entidad aprobada por la Junta Directiva, áreas responsables y herramientas destinadas para su cumplimiento.	2.2 Evidenciar los contenidos actualizados y la efectividad de las herramientas para el desarrollo de la Política General de Revelación de Información y Transparencia de la entidad; donde los usuarios, entes de control, órganos de gobierno organizacional accedan con facilidad a la información relevante.		30 de junio de 2021
3. Rendición de cuentas.	3.1 Documentar la Política de Rendición de Cuentas, su metodología y plan de acción.	3.1. Demostrar la implementación de la política y de metodologías de rendición de cuentas, a través de los medios y herramientas (videos, sitios web, aplicativos) mostrando la información dispuesta, la participación de las asociaciones de usuarios o los representantes de la población afiliada, entidades de control, órganos de gobierno organizacional y otros usuarios.		30 de junio de 2021
	3.2 Documentar una política que especifique los criterios con los cuales evalúa a los prestadores contratados y la forma como los aplica	3.2. Disponer de manera permanente con información actualizada en su página web, relacionada con la rendición de cuentas anual a la ciudadanía por 3 años.		30 de junio de 2021
	3.3 Documentar una política de pagos que especifique los criterios con los cuales administra la	3.3 Demostrar la implementación de la política de pagos y compras de acuerdo con lo establecido por		30 de junio de 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
	liquidez y los plazos de pagos a los proveedores	la entidad (procedimientos, pagos y plazos).		
	3.4 Documentar una política de compras que incluya los criterios y procedimientos, así como las áreas responsables para la adquisición de bienes y servicios necesarios para la operación y sus respectivas atribuciones			

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

II - Sistema de Gestión de Riesgos

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
1. Sistema de Gestión de Riesgos de la entidad.	1.1. Disponer del diseño del Sistema de Gestión de Riesgos que identifique, valore, ejecute acciones, evalúe, controle y mitigue los riesgos relacionados con el cumplimiento de las funciones del aseguramiento, con énfasis en los riesgos de salud. Debe incluir: a) Estructura orgánica para la administración del Sistema Integral de Gestión de Riesgos en la entidad (riesgo operativo, riesgo SARLAFT, riesgo de mercado, riesgo de liquidez, riesgo reputacional, riesgo de salud, riesgos de fallas en el mercado de salud, riesgo actuarial, riesgo de crédito, riesgo de grupo). b) Documento de funciones o manual de funciones/cargos con el detalle de funciones y responsabilidades de la estructura orgánica definida para cada tipo de riesgo o de la unidad integral. c) Documento que contenga las inhabilidades, impedimentos y sanciones aplicables a los cargos que ejecutan la administración del Sistema de Riesgos en la entidad. d) Documento de competencias que contenga los perfiles de las personas que pueden ejecutar la administración del Sistema de Riesgos en la entidad.	1.1 Mostrar los resultados del ciclo de gestión de riesgos a nivel territorial (departamento, distritos y municipios) y consolidado, con periodicidad semestral y evaluación anual en análisis comparativo. El análisis debe incluir como mínimo la evaluación de los riesgos operativo, SARLAFT, de mercado, de liquidez, reputacional, salud, fallas en el mercado de salud, actuarial, de crédito y de grupo. Debe incluir: a) Identificación y evaluación periódica de los riesgos inherentes, residuales y netos globales; b) Establecimiento de las causas, efectos potenciales y la interacción; c) Valoración de la frecuencia y severidad, la probabilidad de ocurrencia e impacto; d) Resultados de las estrategias de mitigación aplicadas, a través de mediciones concretas (en herramienta metodológica y tablero de control); e) Implementación de procedimientos de retroalimentación y mejoras.	Evidenciar la implementación y evaluación del modelo de gestión de riesgos, que incluya el análisis de metas normativas o establecidas en los comités de gestión con su correspondiente evaluación y acciones de mejora de los resultados obtenidos.	30 de junio de 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
	1.2 Procesos y procedimientos de cada uno de los sistemas de riesgos que se deben implementar en la entidad (riesgo operativo, riesgo SARLAFT, riesgo de mercado, riesgo de liquidez, riesgo reputacional, riesgo de salud, riesgos de fallas en el mercado de salud, riesgo actuarial, riesgo de crédito, riesgo de grupo).	1.2. Exponer y evidenciar la herramienta tecnológica, metodología, fichas de indicadores, definición de mediciones y rangos de categorización y tablero de control, dispuestos por el asegurador para desarrollar el ciclo de Gestión de Riesgos.		30 de junio de 2021
		1.3. Garantizar el funcionamiento del sistema de gestión de riesgo de forma continua en coherencia con el cumplimiento de las funciones del aseguramiento.		30 de junio de 2021
2. Gestión integral del riesgo en salud (OT).	2.1. Documentar un modelo de salud, que incluya los procedimientos para disponer de: a) Caracterización de la población que se pretende asegurar, por perfil etario, grupo de riesgo, incidencia de morbilidad, condiciones territoriales, entre otros aspectos. b) Estimación de la demanda de servicios y tecnologías de salud que requiere la población por grupo de riesgo, a nivel territorial. c) Estimación de la oferta de servicios disponible en la red de prestadores de servicios de salud, que se tendrá a disposición, para cumplir con la demanda de servicios; a nivel territorial. d) Estrategias para definir acuerdos de voluntades, modelos de contratación y pagos en las relaciones asegurador-prestador. e) Estrategias de articulación y coordinación de	2.1. Demostrar los resultados de la implementación y evaluación del modelo de salud a nivel territorial (departamentos, distritos y municipios) y consolidado; evidenciado la trazabilidad, gestión y resultados en el sistema de Información o herramienta tecnológica disponible.	Evidencia de la implementación y evaluación del modelo de salud, que incluya el análisis de metas normativas y/o establecidas en los comités de gestión con su correspondiente evaluación y acciones de mejora de los resultados obtenidos.	30 de junio 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
	respuestas integrales con otros agentes alrededor de prioridades en salud de los territorios. f) Los mecanismos para el monitoreo de procesos y evaluación de los resultados. g) La descripción del sistema de información para soportar la gestión del riesgo en salud. h) Las estrategias, métodos y procedimientos para actualizar la planeación y análisis del riesgo en salud de la población.			
	2.2. Plan de implementación del modelo de gestión de riesgos en salud, que garantice que, en los 12 meses posteriores a la recepción de la autorización de funcionamiento de la entidad, se encuentre operando	2.2. Evidenciar el cumplimiento de las metas normativas o establecidas en los comités de gestión, en cuanto a la prestación de servicios, vigilancia epidemiológica, calidad, atención al usuario, satisfacción del usuario, relación asegurador - prestador, siniestralidad, nota técnica, afiliación y traslados, entre otros. El análisis se deberá realizar de forma semestral y anual, comparativo.		30 de junio 2021
		2.3. Evidenciar la implementación del Modelo de Salud, su evaluación y los resultados obtenidos a través de un modelo o metodología de análisis que determine como mínimo: a) Categorías de diagnóstico, de riesgo en salud o de atención requerida, para cada afiliado con el objetivo de clasificar la población por cohortes o grupos homogéneos,		30 de junio 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
		brindando información de base para definir prioridades y protocolos de atención, incluyendo a la población potencialmente sana. b) Cálculo de la demanda real de los servicios según los grupos de clasificación del riesgo en salud de los afiliados; discriminando las acciones de promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, demanda inducida, búsqueda activa, tratamiento de la enfermedad, rehabilitación y paliación. c) Modelo de organización de la demanda real a nivel de contrato o modalidad de acuerdo de servicios, incluyendo CUPS y CUM, según la oferta real disponible para la prestación de los servicios y la entrega de productos médicos (medicamentos y dispositivos médicos); adicionando la información financiera de los contratos para cada periodo. d) Modelo para identificar, organizar, monitorear y evaluar la prestación efectiva de los servicios y/o entrega de productos médicos (medicamentos y dispositivos médicos), en las etapas de promoción		

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
		y prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación. Se articula con información de los prestadores y gestores farmacéuticos, reserva técnica, de facturación o cuentas médicas y de contratación. e) Modelo para mantener actualizada una nota técnica que concluya sobre la gestión del riesgo en salud y financiero; evalúe el ingreso operacional vs el costo médico en diversos tipos de agrupadores, alimente un tablero de control con indicadores de uso, frecuencias, intensidad, costos per cápita, costos por procedimiento, costos por grupo de diagnóstico, etc. La metodología o modelo deberá tener en cuenta un análisis a nivel de afiliado, grupo diagnóstico, territorial (departamentos, distritos y municipios) y consolidado; con información mensual y acumulada, comparativa; cálculo de indicadores de gestión y resultado, semaforización de un tablero de control.		

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

III - Afiliación, novedades y libre elección en el SGSSS

Criterios	Estándares			Progresividad Habilidadación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
1. Afiliación y reporte de novedades (OT)	1.1. Procesos y procedimientos de afiliación, reporte de novedades y seguimiento de los aportes	1.1. Demostrar en la base de afiliación la resolución oportuna de las novedades; el seguimiento a los aportes y la mora, los procesos de compensación, liquidación mensual de afiliados y otros procesos relacionados.		30 de junio de 2021
2. Estrategias para evitar la selección de riesgo	2.1. Disponer de estrategias para evitar la incorporación selectiva de afiliados con los riesgos en salud más bajos o que limiten la permanencia de los afiliados con los riesgos de salud más altos.	2.1. Implementar estrategias para evitar la selección de riesgos de los afiliados en los procesos de afiliación, traslado, movilidad, retiro y otras novedades en el SGSSS, incluyendo las novedades realizadas en el SAT y el acceso de los afiliados a este sistema	Garantizar el principio de libre elección para la afiliación, traslado, movilidad y retiro de los afiliados independiente de su nivel de riesgo, evitando la selección de riesgos de los afiliados.	30 de junio de 2021
3. Garantía de la libre elección de los afiliados.	3.1. Documentar las estrategias y los mecanismos para comunicar a los afiliados la garantía de la libre elección de afiliación entre aseguradores y la elección de los prestadores de servicios de salud.	3.1. Garantizar el derecho a la libre elección en los términos previstos en la ley, a través de la implementación de mecanismos para permitir a los afiliados ejercer la libre elección de prestador primario y su correspondiente asignación; así como la libre elección para efectuar su afiliación a la EPS o traslado a otro asegurador; a través de canales web, aplicativos y otros, con ruta de fácil acceso y contenidos actualizados		30 de junio de 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

IV – Reconocimiento de prestaciones económicas

Criterios	Estándares		Permanencia	Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación		
1. Reconocimiento de prestaciones económicas (OT)	1.1. Procesos y procedimientos de reconocimiento de prestaciones económicas que incluyan la estrategia de capacitación y comunicación a los funcionarios de la entidad y a los afiliados.	1.1. Trazabilidad del proceso de reconocimiento y pago oportuno de las prestaciones económicas; dicha información deberá estar disponible para consulta por parte de los aportantes.	Garantizar el reconocimiento y pago oportuno de las incapacidades por enfermedad general y de las licencias de paternidad y maternidad acorde con los requisitos establecidos en la normatividad vigente.	30 de junio 2021
		1.2. Demostrar el reconocimiento y pago oportuno de las incapacidades por enfermedad general y de las licencias de paternidad y maternidad.		30 de junio 2021
		1.3. Implementar procesos de auditoría y control de incapacidades.		30 de junio 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

V - Atención al usuario

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
1. Atención al usuario a través de diferentes canales de comunicación. (OT)	1.1. Describir los canales de atención al usuario y las herramientas para su aplicación, identificando el flujo de los canales de atención al usuario y su interacción, en cumplimiento de las normas vigentes.	1.1. Demostrar la efectividad de los canales de atención al usuario, a través de la resolución oportuna y pertinente de los requerimientos, evaluación de las herramientas disponibles (línea gratuita nacional 7/24, página Web con información de red y canales de atención, oficinas de atención presenciales y/o virtuales, aplicativos y/o medios electrónicos) que permitan facilitar y minimizar a los usuarios los diferentes trámites. Evidenciar los resultados, indicadores y tableros de control para la evaluación y su mejoramiento, incluyendo la satisfacción del usuario con los canales de atención. Análisis a nivel territorial (departamentos, distritos y municipios) y consolidado.	Evidenciar la disponibilidad permanente de canales de atención al usuario acorde con los requisitos mínimos establecidos en los estándares de habilitación.	30 de junio de 2021
2. Red de oficinas y puntos de atención al usuario (OT)	2.1. Documentar la red de oficinas y puntos de atención al usuario, en la cual se precisen las modalidades de atención, la ubicación geográfica de las oficinas de atención y la capacidad de atención a instalar.	2.1. Disponer de canales de atención (Oficinas de atención al usuario físicas, no presenciales, virtuales, canales virtuales u otros) que garanticen la comunicación permanente y oportuna para el usuario y la entidad.		30 de junio de 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

VI - Sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas

Criterios	Estándares		Permanencia	Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación		
1. Sistema estandarizado de gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (OT).	1.1. Procesos y procedimientos para la recepción, análisis, trámite y solución de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, que ingresen por los diferentes canales de atención, de conformidad con lo dispuesto por la normatividad vigente y con las características particulares para el asegurador y su población.	1.1. Evidenciar la solución oportuna y efectiva de las solicitudes de PQRD efectuadas por los usuarios, identificando y priorizando el riesgo de la solicitud, las poblaciones especiales y situaciones particulares; discriminando las solicitudes de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y aquellos no incluidos en el PBS (NO PBS) según los términos establecidos en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.	Garantizar el funcionamiento efectivo del sistema estandarizado de gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias.	30 de junio 2021
	1.2. Descripción del sistema de evaluación periódica y mejora continua según sus resultados.	1.2. Demostrar el cumplimiento de los procedimientos para la recepción, análisis, trámite y solución efectiva, así como la implementación de un modelo o metodología que evidencie la trazabilidad de las solicitudes y los responsables; esta debe incluir el cálculo de indicadores de gestión, de resultados y tableros de control por territorio (departamentos, distritos y municipios) y consolidado.		30 de junio de 2021
		1.3. Disponer de un sistema de información para la recepción y gestión de las PQRD de acuerdo con los lineamientos y definiciones establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud.		30 de junio de 2021
		1.4. Realizar el seguimiento a la gestión de las PQRD, donde se registre como mínimo: a) Fecha de radicación b) Canal de recepción c) Motivo de la PQRD		30 de junio de 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares		Permanencia	Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación		
		d) Antecedentes (si es reiterada) e) Sentido de la respuesta f) Responsable de la respuesta g) Fecha de la respuesta h) Evaluación de la oportunidad en la respuesta i) Fecha de comunicación de la decisión al usuario j) Medio por el que se realizó la comunicación de la respuesta al usuario k) Clasificación de la PQRD en "con Riesgo de Vida" o "Sin Riesgo de Vida"		
2. Sistema estandarizado de la gestión de requerimientos judiciales: tutelas, incidentes de desacato y sanciones. (OT)	2.1. Procesos y procedimientos de la entidad para el registro, seguimiento, análisis y resolución de requerimientos judiciales, de acuerdo con la normatividad vigente y definiciones propias del asegurador.	2.1. Evidenciar la solución oportuna y efectiva de los requerimientos judiciales efectuados por los usuarios, identificando el suministro y/o la prestación efectiva, así como el cumplimiento de los procesos y procedimientos establecidos para la recepción, análisis, trámite y solución efectiva; mostrar la solución por nivel de riesgo. Así como la implementación de un modelo y metodologías que muestren la trazabilidad de las solicitudes y los responsables de la solución efectiva; estas deben incluir indicadores de gestión, de resultados y tableros de control por territorial (departamentos, distritos y municipios) y consolidado.	Garantizar el funcionamiento efectivo del Sistema estandarizado de la gestión de requerimientos judiciales: tutelas, incidentes de desacato y sanciones.	30 de junio de 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares		Permanencia	Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación		
	2.2. Descripción del sistema de evaluación periódica y mejora continua según sus resultados.	2.2. Funcionamiento del sistema de gestión de tutelas que permita su trazabilidad, para ello es necesario que registre como mínimo: a) Fecha de radicación b) Motivo de la tutela c) Fecha del fallo de primera instancia d) Sentido del fallo de primera instancia e) Fecha del fallo de segunda instancia f) Sentido del fallo de segunda instancia g) Fecha de cumplimiento del fallo h) Existencia de Incidentes de desacato. i) Clasificación de la tutela acorde a si es por tecnologías en salud cubiertas o no por el Plan de Beneficios en salud (PBS). j) Clasificación de la tutela acorde a si involucra prestaciones continuas o no. k) Clasificación de la tutela acorde a si involucra una atención en una cohorte o grupo de riesgo		30 de junio 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

VII - Fortalecimiento de la cultura de la seguridad social

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
1. Mecanismos de participación ciudadana y rendición de cuentas	1.1. Definir la estrategia para incentivar la participación ciudadana, la articulación con las asociaciones de usuarios; establecer los procesos y procedimientos de participación ciudadana y rendición de cuentas.	1.1. Mostrar los resultados de la implementación de estrategias, para incentivar la participación ciudadana, resolver los requerimientos recibidos a través de dichos mecanismos e implementar mecanismos de rendición de cuentas.	Evidenciar el resultado de las estrategias implementadas para fortalecer la participación ciudadana y el impulso de la cultura de la seguridad social en salud.	30 de junio de 2021
		1.2. Desplegar acciones dirigidas a promover la conformación de alianzas de usuarios y participación ciudadana.		30 de junio de 2021
		1.3. Ejecutar el procedimiento de convocatorias a los usuarios para el ejercicio de los mecanismos de la participación ciudadana.		30 de junio de 2021
		1.4. Ejecutar el procedimiento que permita tanto a las asociaciones de usuarios, como al usuario en general, acceder a la información que requiera para el ejercicio del control social.		30 de junio de 2021
2. Impulso a la cultura de la seguridad social en salud	2.1. Estrategias de capacitación al usuario en cultura de la seguridad social en salud	2.1. Implementar la capacitación al usuario en cultura de la seguridad social en salud.		30 de junio 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

VIII - Garantía de la prestación de los servicios de salud

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
1. Prestación efectiva de servicios y tecnologías en salud (OT).	1.1. Procesos y procedimientos para la recepción, trámite, autorización, prestación /o suministro efectivo de los ordenamientos médicos de servicios y tecnologías en salud que requieran los afiliados, en los que se contemple continuidad en la atención y reducción de barreras de acceso.	1.1. Demostrar la prestación efectiva (ejecución de procedimientos, entrega de productos médicos, medicamentos y dispositivos médicos) de la demanda real de los afiliados; en forma oportuna, pertinente y de calidad.	Cumplir los estándares en prestación efectiva de servicios de salud relacionados con los indicadores de oportunidad y calidad, indicadores de entrega en medicamentos e insumos, referencia y contrareferencia; observados en los resultados del tablero de control o las herramientas de seguimiento y control a la prestación efectiva.	31 de diciembre de 2021
	1.2. Descripción del sistema de evaluación periódica y de aprobación de planes de mejora para los procesos de autorización y prestación efectiva de servicios de salud.	1.2. Disponer de un modelo y/o metodología para identificar, organizar, cuantificar, valorar, monitorear y evaluar la prestación efectiva de la demanda real en salud de los usuarios; para esto deben contar con una herramienta que les permita disponer de la información de los prestadores de servicios y gestores farmacéuticos, a nivel territorial (departamentos, distritos y municipios) y consolidado. Deben contar con indicadores de gestión y/o de resultado, disponer de un tablero de control semaforizado por rangos de evaluación, para la gestión del asegurador y de cada prestador de servicios y gestores farmacéuticos		31 de diciembre de 2021
	1.3. Establecer mecanismos para garantizar los derechos diferenciales en materia de copagos y cuotas moderadoras de grupos de población exceptuada del pago y la aplicación de los montos máximos permitidos por usuario.	1.3. Implementar el sistema de evaluación periódica (trimestral, semestral y anual) de la autorización y prestación efectiva de servicios para mejorar su efectividad y oportunidad.		31 de diciembre de 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
		1.4. Demostrar el cobro eficiente y pertinente de cuotas moderadoras, a través de la supervisión de los acuerdos de servicios, garantizando los derechos diferenciales para grupos de población exceptuada del pago, evaluando no superar el monto acumulado máximo permitido por usuario; mostrar los resultados de la implementación de herramientas que informen a los usuarios y prestadores la no ejecución de cobros y/o copagos, monitorear periódicamente (trimestral, semestral y anual) las bases de datos de cuotas moderadoras y copagos que entreguen los prestadores y gestores farmacéuticos dentro de la ejecución de los contratos.		31 de diciembre de 2021
2. Red de Prestadores de Servicios de Salud (OT).	2.1. Descripción de la red de prestadores de servicios de salud, según el modelo de salud, la demanda de necesidades de atención en salud de la población afiliada y la oferta de los servicios de salud disponible.	2.1. Conformar, organizar y operar las redes integrales de prestadores de servicios de salud que proporcione el acceso a los servicios de salud que requiera la población afiliada en los departamentos o distritos donde están autorizados para operar, en los términos establecidos por este Ministerio. Dicha conformación debe tener en cuenta la oferta de servicios de los territorios donde está autorizado a operar.	Disponer de una red de prestadores de servicios de salud que proporcione el acceso a los servicios de salud que requiera la población afiliada	30 de junio de 2021
		2.2 Evidenciar la efectividad de la red de prestación de servicios (resultados en la atención con oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad optimizando el uso de recursos) en la operación y conformación de la red por cada territorio (departamento, distrito y municipio) y a nivel		30 de junio 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
		nacional; a través del análisis periódico (semestral y anual comparativo) y consolidado de las prestaciones efectivas por cada prestador o gestor farmacéutico comparando con la información de: a) Programación y cobertura de las intervenciones individuales de valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud b) Remisión y/o autorización de ordenamientos médicos, c) Ejecución de los modelos de contratación (prestaciones efectivas, facturación y pago). d) Resultado en indicadores de calidad, vigilancia epidemiológica, entre otros.		
		2.3 Mostrar el ajuste en la red de prestación de servicios de salud, de acuerdo a la demanda real respecto a la oferta real de los prestadores y gestores farmacéuticos, con base en el análisis de la efectividad de la red de prestación y teniendo en cuenta la PQRDs y Tutelas por la no garantía de acceso resolutivo, equitativo, oportuno, continuo, eficiente y diferenciado de los servicios y tecnologías de salud a cargo de los prestadores de servicios y las acciones del asegurador para mantener la eficiencia de su red integral.		30 de junio 2021
3. Referencia y contrarreferencia. (OT)	3.1. Procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia de los usuarios afiliados, con responsabilidades y mecanismos de coordinación en cabeza de la entidad responsable de la	3.1. Implementar los procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia.		30 de junio 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
	operación del aseguramiento en salud, que garanticen accesibilidad, oportunidad y continuidad de la atención.			
		3.2. Garantizar la trazabilidad de los procesos de referencia y contrarreferencia para los usuarios, con prioridad en cohortes de afiliados según criterio de riesgo; evitando la pérdida de la continuidad y completitud en la atención requerida por los usuarios.		30 de junio 2021
		3.3. Disponer canales de atención 7/24 que permitan la comunicación oportuna entre el asegurador y los prestadores. Así como la información al afiliado frente al estado del proceso.		30 de junio 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

IX – Gestión de la salud pública

Criterios	Estándares		Permanencia	Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación		
1. Planeación integral para la salud (OT).	1.1 Definir las estrategias y actividades de planeación integral en salud en coherencia con las entidades territoriales donde va a operar el aseguramiento.	1.1. Caracterización de la población afiliada por departamento, distrito y municipio.	Garantizar la prestación efectiva y el cumplimiento de las metas trazadas a nivel territorial (departamento, distrito y municipio) respecto a las atenciones en salud de tipo individual que incluya la valoración integral, la detección temprana, protección específica y la educación.	31 de diciembre de 2021
2. Ejecución de las intervenciones individuales de promoción y mantenimiento de la salud		2.1. Evidenciar el cumplimiento, para cada territorio (departamento, distrito y municipio), de la prestación efectiva y las metas trazadas respecto a las atenciones en salud de tipo individual que incluya la valoración integral, la detección temprana, protección específica y la educación.		31 de diciembre de 2021
3. Vigilancia en Salud pública (OT).	3.1 Definir una metodología de auditoria del proceso de vigilancia en salud pública en su red de prestación de servicios.	3.1 Evidencia de los resultados del moniterio y seguimiento a la red de prestación de servicios, respecto a la Vigilancia en Salud y eventos de interés en salud pública a nivel territorial, como Unidades de Análisis, COVES, entre otros.		31 de diciembre de 2021
	3.2. Definir los procedimientos para garantizar el cumplimiento de las funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, acorde con lo establecido en la normatividad vigente.	3.2. Cumplir los compromisos derivados de la participación en espacios de análisis respecto a la vigilancia en salud y eventos de interés en salud pública a nivel territorial como Unidades de Análisis, COVES, entre otros.		

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

X - Contratación y pago de tecnologías en salud

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
1. Política de contratación y pagos	1.1 Determinar la política de contratación para los proveedores de tecnologías en salud y otros; está debe incluir las estrategias para la contratación de servicios que incentiven la gestión del riesgo en salud por parte de los prestadores y prioricen la generación de resultados; deberá incluir el manejo de conflicto de intereses.	1.1 Demostrar, la implementación del manual de contratación establecido por el asegurador, especificando cada modalidad de contratación, en las etapas precontractual, contractual, de ejecución y liquidación tanto para los proveedores de tecnologías de salud como demás servicios que requiera la entidad para su funcionamiento. Se deberá demostrar la contratación de la demanda real de servicios respecto a la oferta disponible de cada prestador y/o proveedor de tecnologías en salud en coherencia con las modalidades de contratación. Se debe tener en cuenta la información derivada de la nota técnica en la contratación; previa firma de cualquier contrato.	Garantizar la no realización de operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición de mercado, competencia desleal o cualquier situación de hecho o de derecho que desequilibre el funcionamiento financiero, comercial o de materialización del riesgo al interior del sector.	30 de junio de 2021
	1.2 Determinar la política de pagos para los proveedores de tecnologías en salud y otros; esta deberá estar acorde con las estrategias para la contratación de tecnologías en salud que incentiven la gestión del riesgo en salud por parte de los prestadores y prioricen la generación de resultados.	1.2. Garantizar, en todo momento, la ejecución los contratos en cuanto a la prestación efectiva de los servicios y tecnologías de salud; de igual forma para los demás servicios que requiera la entidad para su funcionamiento.		30 de junio de 2021
		1.3 Contar con un modelo o metodología para el monitoreo permanente y evaluación de la ejecución de los acuerdos de		30 de junio 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
		voluntades, incluyendo información del contrato respecto a las tarifas, presupuestos, metas e indicadores de gestión y resultado, información de ejecución (facturación, glosas, pagos, cuentas por pagar, resultados de los indicadores). Deberá incluir un tablero de control por territorio (departamento, distritos y municipios), por prestador de servicios de salud y gestores farmacéuticos. Este deberá ser consolidado y presentado de manera periódica en el comité de riesgos.		
		1.4 Demostrar la trazabilidad en los pagos, de conformidad con los acuerdos de voluntades y la normativa vigente, efectuados a prestadores y proveedores de tecnologías de salud de acuerdo con la prestación y entrega efectiva de servicios y tecnologías en salud.	Garantizar el pago oportuno a los prestadores de servicios de salud según lo contratado, acorde con las obligaciones causadas por concepto de prestación de servicios, tecnologías en salud y medicamentos.	31 de diciembre 2021
		1.5. Cumplir oportunamente con el pago acordado de los recursos a los prestadores de servicios de salud y gestores farmacéuticos por las obligaciones causadas por concepto de servicios y tecnologías en salud		31 de diciembre 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
2. Organización y estructura de auditoría (OT)	2.1. Procesos de auditoría de calidad, concurrente, de cuentas médicas y otros, articulados con el proceso contractual, contable para reconocer la cuenta por pagar y aplicar una metodología de pagos. Incluir las herramientas o el sistema de información que permitan articular los diferentes procesos.	2.1. Evidenciar el resultado de la auditoría concurrente y de cuentas médicas a través de un modelo o metodología que muestre la trazabilidad desde el momento de radicación de la facturación por los diferentes medios electrónicos, digitales o físicos, los procedimientos de validación de tarifas y parámetros contratados, el estado de la auditoría, las glosas y la conciliación, el reconocimiento de las cuentas por pagar y los pagos efectuados.		30 de junio de 2021
		2.2 Demostrar la existencia de un sistema de monitoreo y evaluación de la calidad en la red de prestadores y gestores farmacéuticos; este deberá visualizarse a nivel de territorial (departamentos, distritos y municipios) y consolidado.		30 de junio 2021
		2.3. Implementar procedimientos que permitan establecer la atención efectiva de los usuarios, el cumplimiento de los contratos en el ámbito de prestación de servicios, financiero, de calidad y de satisfacción al usuario.		31 de diciembre 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

XI- Gestión del talento humano

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
1. Gestión del talento humano	Procesos de talento humano, con énfasis en el desarrollo de competencias, especificando las fases de: a. Selección de personal, b. Inducción, formación continua y evaluación periódica del talento humano. c. Política y estrategias de talento humano. d. Evaluación del desempeño. En cumplimiento de las disposiciones vigentes sobre la materia emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. (Rethus)	Evidenciar la implementación de la política de talento humano y los procesos de selección, capacitación y evaluación del desempeño que garanticen el conocimiento, competencias, experiencia y optimo desempeño del personal que hace parte de la entidad; en cumplimiento de las disposiciones vigentes sobre la materia emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. (Rethus)	Acreditar la vinculación permanente de talento humano acorde con el perfil requerido para el desempeño de funciones de áreas específicas del aseguramiento en salud, gestión del riesgo en salud, gestión a la calidad, atención de usuarios y gestión tecnológica.	30 de junio de 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

XII – Tecnologías de información

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
1. Plan estratégico de tecnologías de información.	1.1. Documentar el plan estratégico de tecnologías de información para el desarrollo de sistemas de información en la entidad incluyendo la relación de los sistemas de información a adquirir y su plazo de implementación, los estándares de comunicación entre sedes, la estructura organizacional para la gestión de las tecnologías de información y las estrategias de tecnologías móviles para atención de los usuarios.	1.1. Evidenciar el óptimo funcionamiento del sistema de información, mostrando el desarrollo de los módulos o herramientas que permitan recopilar, analizar, interoperar y disponer de la información de los diferentes procesos del asegurador, la automatización de los procedimientos internos, la conexión remota entre sedes, los mecanismos de seguimiento, control y mejora de los servicios de tecnología, evaluación del grado de satisfacción de los usuarios.	Deben contar con un área responsable y una estrategia de planeación, desarrollo, gestión y evaluación de los sistemas de información de la entidad.	31 de diciembre 2021
		1.2. Existencia de un área responsable y contar con una estrategia de planeación, desarrollo, gestión y evaluación de los sistemas de información de la entidad, que dé como resultados la mejora continua de los mismos.		31 de diciembre de 2021
2. Sistemas de información (OT).	2.1. Manuales del usuario y herramientas de entrenamiento en el uso de los sistemas de información.	2.1 Demostrar el funcionamiento, la interoperabilidad y las salidas continuas de información para los siguientes sistemas: a) Afiliación, novedades y reconocimiento de prestaciones económicas, que permita su depuración y el correcto y oportuno registro, para disponer de la información nominal	Cumplir con la calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia de la información solicitada por el Ministerio de salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, acorde con la normatividad	31 de diciembre 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
		actualizada para la operación del aseguramiento. Además de la sincronización de la información con el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). b) Peticiones, quejas, reclamos y denuncias, que permita su adecuada gestión. c) Gestión de requerimientos judiciales, que permita la trazabilidad en la gestión de los requerimientos. d) Gestión de riesgos en salud, que permita la verificación periódica del estado de salud, la trazabilidad y gestión individual de riesgos en salud, con énfasis en las actividades de valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud. e) Gestión de la red integral de prestación de servicios de salud y gestores farmacéuticos, permitiendo evidenciar el accionar de las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud. f) Gestión de los procesos de referencia y contrarreferencia, con los elementos de trazabilidad que den cuenta de la oportunidad, acceso y continuidad en la prestación de los servicios de salud al afiliado	vigente en cada materia.	

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
		g) Gestión de riesgos económicos y operativos de la entidad. h) Gestión financiera y contable; generación de los estados financieros de la entidad, que brinden información financiera comprensible, transparente, comparable, pertinente, confiable y útil. i) Consolidación sobre contratación, facturación, auditoría y pago a proveedores de tecnologías en salud. La radicación de las facturas por parte de los prestadores y proveedores de tecnologías en salud, que garantice su trazabilidad y la información sobre su trámite en la Web de la entidad. j) Disponibilidad de la información para los procesos de gestión de los recursos con ADRES, que como mínimo incluya: recaudo de cotizaciones, compensación, liquidación mensual de afiliados, prestaciones económicas, giro directo, recobros por tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud y los demás que defina la Superintendencia Nacional de Salud. k) Recaudo agregado anual de los costos compartidos por los usuarios (copagos y cuotas		

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
		moderadoras) a partir de lo reportado por las IPS de la red contratada.		
3. Seguridad, privacidad y trazabilidad de la información de la entidad (OT).	3.1. Política de seguridad, privacidad y confidencialidad de la información, adecuada al Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información para Gobierno en Línea y la normatividad vigente sobre protección de datos personales y de manejo de información en el sector salud.	3.1 Evidenciar la implementación periódica y ordenada de controles y mecanismos para alcanzar los niveles requeridos de seguridad, privacidad y trazabilidad de los Sistemas de Información y la información como tal.		30 de junio de 2021
4. Contingencia, continuidad y respaldo de los sistemas de información de la entidad.	4.1. Plan de contingencia, continuidad y sistemas de respaldo que le permitan a la entidad, garantizar la integridad y disponibilidad de la información y continuar su operación ante un daño total o parcial de sus sistemas, destrucción de infraestructura, pérdida de información o robo de sus equipos de cómputo, así como regresar a su normal funcionamiento.	4.1 Demostrar la funcionalidad del plan de contingencia, continuidad y sistemas de respaldo. Implementación de procesos y procedimientos de soporte, y mantenimiento preventivo y correctivo de los servicios de tecnologías de la información, acorde con las necesidades de su operación. Mecanismos para realizar el mantenimiento evolutivo, gestión de cambios y corrección de fallos en sus sistemas de información y Entrenamiento al talento humano de la organización en el manejo del plan de contingencia.		31 de diciembre 2021
	4.2 Diseño de los módulos del sistema de información que contiene la información de los ordenamientos médicos, la remisión y/o autorización al Prestador o Proveedor según la	4.2. Funcionamiento efectivo del Sistema de Información que permita el manejo de los datos y operatividad acerca de la prestación de los servicios de salud, en forma pertinente y ágil,		31 de diciembre 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
	modalidad de contrato, los valores o costo, la información de la atención o del suministro efectivo, el tablero de control y/o las herramientas de seguimiento y control a la prestación efectiva.	suministrando con alto grado de confiabilidad la información relevante acerca de la prestación de los servicios de salud, que incluya: a) Información oportuna y en línea de los ordenamientos médicos de los diferentes prestadores, b) Disponibilidad de mecanismos de remisión y/o autorización electrónica de servicios, para prestadores de servicios y usuarios, según las modalidades de contratación. c) Información oportuna y en línea de las atenciones recibidas por los usuarios, en prestadores y gestores farmacéuticos, en todas las modalidades de contratación. d) Interoperabilidad con los canales de comunicación dispuestos para el usuario que permitan la remisión y/o autorización de las tecnologías en salud, por medios electrónicos. e) Análisis de efectividad y oportunidad en la remisión y/o autorización de procedimientos, productos médicos (medicamentos y dispositivos médicos). f) Análisis de efectividad y oportunidad en la prestación efectiva		

Continuación de la resolución "Por la cual se reglamentan los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud".

Criterios	Estándares			Progresividad habilitación
	Autorización	Habilitación	Permanencia	
		de los servicios de salud y entrega de productos médicos (medicamentos y dispositivos médicos) ordenados o programados para los usuarios. g) Análisis de nota técnica en las remisiones y/o autorizaciones, en la prestación efectiva de los servicios de salud y entrega de productos médicos (medicamentos y dispositivos médicos) ordenados o programados para los usuarios.		
		4.3. Demostrar el uso efectivo de aplicativos o herramientas tecnológicas que le permitan a los afiliados y usuarios disponer de la información del prestador primario asignado, red de servicios en cada ámbito de prestación, programación de acciones de promoción y manteniendo de la salud, remisiones, ordenamientos médicos y autorización de las ordenes médicas recibidas, cobro de cuotas moderadoras y copagos, atenciones en salud recibidas por procedimiento y producto médico (medicamentos y dispositivos médicos).		31 de diciembre 2021