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

CIRCULAR EXTERNA 202215100000049-5 DE 2022

01-07-2022

PARA: EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, ENTIDADES ADAPTADAS AL SISTEMA Y EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD INDÍGENAS. ASÍ COMO 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.

DE: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

ASUNTO: POR LA CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA LA CIRCULAR ÚNICA EN LO RELACIONADO CON LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, HABILITACIÓN Y PERMANENCIA DE LAS EPS, MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN, EL TRATO DIGNO A LOS USUARIOS Y LOS CANALES DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE DEBEN DISPONER, ENTRE OTRAS, LAS EAPB.

FECHA: 01-07-2022


I. ANTECEDENTES

El artículo 48 de la Constitución Política establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará por entidades públicas o privadas bajo la dirección, coordinación y control del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad y que se garantiza a todos los habitantes como un derecho irrenunciable.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud, consagrándolo como un derecho autónomo e irrenunciable en sus dimensiones individual y colectiva, que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad y que de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. Así mismo, la precitada Ley establece como obligación del Estado ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano o las entidades especializadas que se determinen para el efecto.

El artículo 154 de la Ley 100 de 1993 prevé la intervención del Estado en el servicio público de seguridad social en salud con el fin de desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la seguridad social en salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud.

De conformidad con los artículos 180 y 230 de la Ley 100 de 1993, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud autorizar como Entidades Promotoras de Salud - EPS a las entidades de naturaleza pública, privada o mixta que cumplan los requisitos establecidos para el efecto, y ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control de las mismas, cualquiera sea su naturaleza jurídica, así como revocar o suspender el certificado de autorización otorgado, a petición de la entidad vigilada o mediante providencia debidamente motivada, entre otros, por incumplimiento de los requisitos establecidos para el otorgamiento de la autorización.

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

202215100000049-5

El Decreto 780 de 2016, define en el artículo 2.5.1.3.1.1. el Sistema Único de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, 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, las cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios siendo de obligatorio cumplimiento por parte de, entre otros sujetos, las entidades que tienen a cargo el aseguramiento en salud en los términos definidos en la Resolución 497 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con lo previsto en el artículo 2.5.2.3.3.6 del Decreto 780 de 2016, sustituido por el artículo 1 del Decreto 682 de 2018 y modificado por los artículos 2 del Decreto 1683 de 2019 y 1 del Decreto 1711 de 2020, las entidades responsables de la operación del aseguramiento tienen como plazo máximo para el cumplimiento de las condiciones de habilitación un (1) año, contado a partir de la expedición o actualización del certificado de autorización de funcionamiento de la entidad. Correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, una vez vencido dicho plazo, realizar el seguimiento de las condiciones de habilitación y permanencia de la entidad, pudiendo impartir, para el efecto, los procedimientos, instrucciones y herramientas necesarias para hacer efectiva la visita de verificación.


En el marco de la competencia instructiva atribuida a esta Superintendencia, fue emitida la Circular Externa 007 de 2017, modificada por la Circular Externa 004 de 2018, mediante la cual se impartieron recomendaciones para la implementación y la ejecución de mejores prácticas organizacionales (código de conducta y de buen gobierno empresarial) para las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado, Empresas de Medicina Prepagada y Servicio de Ambulancia Prepagada, vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud.

La citada circular pretende incentivar una política de autorregulación, autocontrol y autogestión, lograr el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud, fortalecer los criterios de idoneidad y reputación para la Alta Gerencia, información pública oportuna y de calidad en pro de lograr una mayor eficiencia, transparencia y optimización del uso de los recursos del SGSSS, un mayor compromiso y responsabilidad frente a la gestión de riesgos que se vea reflejado en mejores resultados en la atención del paciente y la protección del derecho de los usuarios.

Por su parte, La Circular Externa 008 de 2018, impartió instrucciones en lo relacionado con la autorización de funcionamiento a entidades que deseen operar el aseguramiento en salud, modificación de la capacidad de afiliación y modificó el Título VII "protección al usuario y participación ciudadana" de la Circular Externa 047 de 2007 - Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social profirió la Resolución 497 de 2021, actualizando 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, por lo que se hace necesario modificar las disposiciones contenidas en la Circular Externa 047 de 2007 - Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud para que estas resulten acordes con el marco jurídico vigente.

Así las cosas, en desarrollo de lo previsto en el numeral 2 del artículo 7 del Decreto 1080 de 2021, que establece como función del Superintendente Nacional de Salud: *"Emitir instrucciones a los sujetos vigilados sobre el*

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

202215100000049-5

cumplimiento de las disposiciones normativas que regulan su actividad, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación” se emiten las siguientes instrucciones:

II. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Circular Externa está dirigida a las Entidades Promotoras de Salud - EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado incluyendo las EPS Indígenas, Entidades Adaptadas al Sistema - EAS y 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.

III. MODIFICACIONES

PRIMERA: Modifíquese los subnumerales 1.1 a 1.9 del numeral 1 del capítulo primero del título II de la Circular Única. El nuevo texto es el siguiente:


1.1. Autorización de funcionamiento Entidades Promotoras de Salud - EPS - no indígenas.

1.1.1. Autorización de funcionamiento nueva entidad

Las nuevas entidades que deseen obtener la autorización de funcionamiento como EPS no indígena deberán radicar ante la Superintendencia Nacional de Salud la solicitud de autorización de funcionamiento mediante documento firmado por el representante legal. Esta solicitud debe ser realizada a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites, anexando la siguiente información:


I - Gobierno Organizacional

1. *Constancia de publicación de un aviso en un diario de amplia circulación nacional, en el que se manifieste la intención de operar el aseguramiento en salud indicando el régimen y los territorios donde pretende operar.*
2. *Certificado de existencia y representación legal. Adicionalmente, para las Cajas de Compensación Familiar y las entidades de economía solidaria, el certificado deberá contener la autorización expresa para operar el aseguramiento en salud expedido por la respectiva Superintendencia o quien corresponda.*
3. *Estatutos de creación de la entidad acorde con la naturaleza jurídica adoptada, los cuales deben incluir por lo menos lo siguiente:*
 - i. *Objeto social como entidad responsable del aseguramiento.*
 - ii. *Objeto social exclusivo para operar el aseguramiento en salud, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 respecto a las Cajas de compensación Familiar y las entidades de creación legal.*
 - iii. *Funciones indelegables del aseguramiento en salud.*

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

202215100000049-5

- iv. *Función de promoción de la afiliación al SGSSS de los habitantes de Colombia*
 - v. *Función de administración de los recursos del sector.*
4. *Declaración juramentada de los socios, accionistas, asociados, directores, miembros de junta directiva, representantes legales y revisores fiscales de no encontrarse en causal de inhabilidades e incompatibilidades en el formato **Declaración juramentada (SUFT12)**.*
 5. *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.*
 6. *Documento con la 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.*
 7. *Mapa de procesos de la entidad.*
 8. *Listado maestro de documentos, el cual relaciona los procesos y procedimientos. Adjunto a este documento, se deberá presentar manuales, instructivos y documentos codificados; este debe incluir también los correspondientes a los sistemas de información que soportan la operación de la entidad en todos sus ámbitos.*
 9. *Matriz de roles y responsabilidades, la cual debe incluir el responsable de los procesos y sus respectivas funciones.*
 10. *Documento con el código de conducta y de gobierno organizacional de la entidad, en los términos establecidos en la normatividad vigente. Este documento debe tener en cuenta los lineamientos de la Circular Externa 004 de 2018, la cual modifica la Circular 007 de 2017, o las normas que la modifiquen o sustituyan. Se debe explicar claramente el detalle de la conformación de los comités, la estructura orgánica y funcional de la entidad y la distribución de funciones de acuerdo con sus obligaciones.*
 11. *Política general de revelación de información y transparencia de la entidad, en los términos establecidos por la normatividad vigente. La Política de Revelación debe estar aprobada por la Junta Directiva u órgano que haga sus veces, áreas responsables y herramientas destinadas para su cumplimiento entendidas estas como desarrollos tecnológicos, procesos, procedimientos, instructivos, entre otros.*
 12. *Política de Rendición de Cuentas, su metodología y plan de acción.*
 13. *Política que especifique los criterios con los cuales evalúa a los prestadores contratados y la forma como los aplica.*
 14. *Política de pagos donde se especifique los criterios con los cuales administra la liquidez y los plazos de pagos a los proveedores.*

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

202215100000049-5


15. *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.*

II- Sistema de Gestión de Riesgos

1. *Descripción 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, el cual debe incluir:*
 - a) *Documento que contenga la estructura orgánica para la administración del Sistema Integral de Gestión de Riesgos en la entidad (riesgo operativo, riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, 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.*

2. *Procesos y procedimientos de cada uno de los subsistemas del Sistema Integral de Gestión de Riesgos de 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).*

3. *Modelo de salud donde se estipulen:*
 - a) *Objetivos, metas, indicadores y cronograma de implementación.*
 - b) *Caracterización de la población que se pretende asegurar, por perfil etario, grupo de riesgo, incidencia de morbimortalidad, condiciones territoriales, entre otros aspectos. Lo anterior, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social MSPS.*
 - c) *Estimación de la demanda de servicios y tecnologías de salud que requiere la población por grupo de riesgo, a nivel territorial de acuerdo con el archivo **SA001 - Demanda estimada en formato Excel.***
 - d) *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. Este punto corresponde a un análisis de suficiencia de red que le permitirá a la entidad organizar la red de servicios de salud requerida para soportar la demanda de servicios de la población que pretende afiliar. Para ello, podrá utilizar la metodología de estimación que considere más adecuada.*
 - e) *Estrategias para definir acuerdos de voluntades, modelos de contratación y pagos en las relaciones asegurador-prestador.*

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

202215100000049-5

- f) *Estrategias de articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes alrededor de prioridades en salud de los territorios, que incluya lo siguiente:*
- I. *Descripción de las estrategias de acceso al componente primario y la implementación de programas de Protección Específica y Detección Temprana incluyendo acciones de educación en salud al usuario.*
 - II. *Descripción de las acciones concretas que desarrollará la entidad para garantizar el acceso de los afiliados a los servicios contenidos en el componente primario incluyendo acciones de demanda inducida, búsqueda activa y eliminación de barreras de acceso.*
- g) *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. Se deben establecer claramente las estrategias y actividades de planeación integral en salud en coherencia con las entidades territoriales donde va a operar el aseguramiento.*

4. *El 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.*

III- Afiliación, novedades y libre elección en el SGSSS


1. *Procesos y procedimientos de afiliación, reporte de novedades y seguimiento de los aportes.*
2. *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.*
3. *Estrategias y 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.*
4. *Población que se pretende afiliar por municipio donde consideran operar el aseguramiento en salud, siguiendo la estructura del **archivo SA002 - Proyección Distribución de Afiliados por municipio en formato Excel**, dispuesto en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.*

IV- Reconocimiento de prestaciones económicas

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.*

V- Atención al usuario

1. *Documento que describa 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. El documento debe indicar los canales de atención presencial y no presencial (multicanales) donde se informe cuáles de estos tienen atención 24/7.*

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

202215100000049-5

2. Documento que describa la red de oficinas y puntos de atención al usuario, en el cual se precisen las modalidades de atención, la ubicación geográfica de las oficinas de atención y la capacidad de atención proyectada, siguiendo la estructura del archivo **GA001 - Proyección Oficinas y Puntos de Atención al Usuario**, en formato Excel, dispuesto en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

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


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 la población que pretende asegurar.
2. Documento con la descripción del plan de evaluación periódica y mejora continua del sistema de gestión de peticiones, quejas reclamos, sugerencias y denuncias, según sus resultados.
3. Procesos y procedimientos para el registro, seguimiento, análisis y resolución de requerimientos judiciales efectuados por los usuarios, identificando el suministro o prestación efectivas de los servicios, de acuerdo con la normatividad vigente y definiciones propias del asegurador.
4. Documento con la descripción del plan de evaluación periódica y mejora continua según sus resultados.

VII- Fortalecimiento de la cultura de la seguridad social

1. Estrategia para incentivar la participación ciudadana, la articulación con las asociaciones de usuarios, al igual que los procesos y procedimientos de participación ciudadana y rendición de cuentas.
2. Estrategias de capacitación al usuario en cultura de la seguridad social en salud.

VIII- Garantía de la prestación de los servicios de salud

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.
2. Documento que contenga la 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.
3. Documento que describa los mecanismos para garantizar los derechos diferenciales en materia de copagos y cuotas moderadoras de los diferentes grupos de población exceptuada del pago y la aplicación de los montos máximos permitidos por usuario.
4. Archivo que relacione la red de prestadores de servicios de salud, según el modelo de salud establecido por la entidad, la demanda

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

202215100000049-5

*de necesidades de atención en salud de la población que se pretende afiliar y la oferta de los servicios de salud disponible. La información debe reportarse siguiendo la estructura definida en los archivos **SA003 - Proyección Red de Proveedores de Servicios de Salud y SA004 - Proyección Servicios a Contratar**, en formato Excel.*

5. *Cartas de intención de los proveedores de servicios de salud relacionados o incluidos en la descripción de la red de que trata el punto anterior.*
6. *Procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia con responsabilidades y mecanismos de coordinación con el cual la entidad garantizará la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la atención para los futuros afiliados.*

IX- Gestión de la salud pública


1. *Estrategias y actividades de planeación integral en salud en coherencia con las entidades territoriales donde va a operar el aseguramiento.*
2. *Documento con la metodología de auditoría del proceso de vigilancia en salud pública en su red de prestación de servicios.*
3. *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.*

X- Contratación y pago de tecnología en salud

1. *Política de contratación para los proveedores de tecnologías en salud y otros, que incluya las estrategias para la contratación de servicios que incentiven la gestión del riesgo en salud propia de los prestadores de acuerdo con los servicios de salud contratados, buscando buenos resultados en salud; la política deberá incluir el manejo de conflicto de intereses. La gestión del riesgo en salud por parte del prestador no le traslada a este la responsabilidad que tiene la entidad aseguradora.*
2. *Política de pagos para los proveedores de tecnologías en salud y otros; que incluya las estrategias para la contratación de tecnologías en salud que incentiven la gestión del riesgo en salud propia de los prestadores de acuerdo con los servicios de salud contratados, buscando buenos resultados en salud; la política deberá incluir el manejo de conflicto de interés. La gestión del riesgo en salud por parte del prestador no le traslada a este la responsabilidad que tiene la entidad aseguradora.*
3. *Procesos de auditoría de calidad, concurrente, de cuentas médicas y otras, articulados con el proceso contractual y contable para el reconocimiento y pago de las obligaciones aplicando una metodología de pago. Estos deben relacionar las herramientas o el sistema de información que permiten su articulación.*

XI- Gestión del talento humano

1. *Procesos de talento humano, con énfasis en el desarrollo de competencias, especificando las fases de:*
 - a) *Selección de personal.*

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

202215100000049-5


- b) *Inducción, formación continua y evaluación periódica del talento humano.*
- c) *Política y estrategias de talento humano.*
- d) *Evaluación del desempeño.*

XII- Tecnologías de información

1. *Plan estratégico de tecnologías de información para el desarrollo de sistemas de información de la entidad, que incluya la relación de los sistemas de información, el término para su 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.*
2. *Manuales del usuario, herramientas de entrenamiento en el uso de los sistemas de información y canales de divulgación.*
3. *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.*
4. *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 hurto de sus equipos de cómputo, así como regresar a su normal funcionamiento.*
5. *Diseño de los módulos del sistema de información que contenga la información de los ordenamientos médicos, la remisión y/o autorización al Prestador o Proveedor según la 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.*

XIII- Condiciones financieras y de solvencia y factibilidad financiera

1. *Estados Financieros de constitución de la sociedad siguiendo la estructura del archivo FA001 - Catalogo Información Financiera en formato Excel.*
2. *Proyecciones del Estado de Situación Financiera, del Estado de Resultados y del Estado de Flujos de Efectivo de manera trimestral para el primer año y anual para los siguientes cuatro (4) años, siguiendo la estructura del archivo FA001 - Catalogo Información Financiera y del FA002 - Posición de Liquidez, en formato Excel debidamente formulado.*
3. *Documento en PDF con la descripción de las principales fuentes, supuestos, indicadores y variables utilizadas para la realización de las proyecciones financieras, incluidas las condiciones financieras y de solvencia, así como la explicación de las variables significativas que afecten los indicadores del proyecto (Valor Presente Neto -VPN, la Tasa Interna de Retorno -TIR, el punto de equilibrio, entre otros) y los saldos de los estados financieros, junto con la descripción de las estrategias para garantizar el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia.*

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

202215100000049-5

4. *Proyección anual de las condiciones financieras y de solvencia (capital mínimo, patrimonio adecuado e inversión de las reservas técnicas), de acuerdo con la normativa vigente, para los primeros cinco (5) años en formato Excel debidamente formulado. Para el caso del capital mínimo y patrimonio adecuado se debe seguir la estructura del archivo FA003 - Condiciones Financieras en formato Excel.*
5. *Documentación e implementación de la metodología de cálculo de reservas técnicas. La nota técnica deberá presentarse según lo estipulado en el capítulo VII del Título II de la Circular Única.*
6. *Certificación por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces y del representante legal del cumplimiento de los requisitos financieros exigidos para el capital mínimo.*
7. *Acreditación por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces del origen de los recursos invertidos.*
8. *Relación de la composición patrimonial o aportantes de la entidad, independientemente de su figura jurídica, que incluya todos los socios, accionistas, fundadores, cooperados, o el equivalente de la figura jurídica bajo la que se constituya la entidad, siguiendo la estructura del archivo GA003 - Composición Patrimonial (Capital, Aportes o Equivalente) en formato Excel. Se exceptúa de este requisito a las cajas de compensación familiar que estén interesadas en operar el aseguramiento obligatorio en salud.*

Para el cumplimiento de los requisitos relacionados en la presente Circular, los documentos deberán remitirse en formato PDF que permita su lectura, - modalidad OCR -, o aquel que garantice la revisión y disposición de la información por parte de los funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud.


La presentación de información en los archivos con estructuras definidas por esta Superintendencia debe mantener la misma.

1.1.2. *Procedimiento para la Autorización de Funcionamiento*

Una vez radicada la solicitud, la Superintendencia Nacional de Salud verificará la completitud de los requisitos descritos en el numeral 1.1.1. de la presente circular, y de encontrar información incompleta requerirá a la entidad solicitante para que la complete, otorgando un plazo máximo de un (1) mes. No obstante, lo anterior, la entidad solicitante puede enviar su respuesta antes del vencimiento del citado plazo. Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento en el plazo otorgado, salvo que antes de vencer dicho plazo solicite prórroga hasta por un término igual.

Una vez allegada la totalidad de soportes de la solicitud, la Superintendencia Nacional de Salud iniciará el análisis de la información radicada para soportar el cumplimiento de los estándares definidos por la Resolución 497 de 2021, o la que la modifique, sustituya o elimine, y de requerir aclaraciones a la información radicada, requerirá por una única vez a la entidad solicitante otorgando un plazo máximo de un (1) mes. Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento en el plazo otorgado, salvo que antes de vencer dicho plazo solicite prórroga hasta por un término igual.

Verificado el cumplimiento de los estándares definidos en el anexo técnico de la Resolución 497 de 2021, o la que la modifique, sustituya o

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

202215100000049-5

elimine, y de no haber objeción a la solicitud de autorización de funcionamiento por parte de terceros, la Superintendencia Nacional de Salud resolverá la solicitud de autorización de funcionamiento, dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de radicación de la totalidad de la documentación.

De resultar favorable el estudio realizado, se expedirá un certificado de viabilidad técnica y financiera de la nueva entidad, que le permita adelantar los acuerdos de voluntades con los prestadores de servicios de salud, el cual incluirá:

- i) El código para efectos de identificación.*
- ii) El ámbito territorial autorizado para la operación del aseguramiento en salud.*
- iii) Los regímenes de afiliación previstos para operar.*


Otorgado el certificado de viabilidad técnica y financiera, la entidad interesada en operar como EPS, dentro de los tres (3) meses siguientes a la ejecutoria del acto administrativo que lo otorgue acreditará el cumplimiento real y efectivo de las condiciones y estándares con los cuales le fue concedido el certificado, informando la fecha a partir de la cual puede evidenciarse dicho cumplimiento, para programar la visita de verificación. En todo caso, la visita de verificación debe ser realizada por la Superintendencia antes del vencimiento del plazo de los (3) meses. De cumplirse el plazo sin que la entidad demuestre el cumplimiento real y efectivo de las condiciones y estándares con los cuales le fue concedido el certificado de viabilidad técnica y financiera, deberá iniciar una nueva solicitud.

Si una vez realizada la visita de verificación, la Superintendencia Nacional de Salud comprueba el cumplimiento real y efectivo de las condiciones y estándares con los cuales le fue concedido el certificado de viabilidad técnica y financiera, expedirá el certificado de autorización de funcionamiento con una vigencia inicial de un (1) año en el que se indicará el momento a partir del cual la nueva entidad puede iniciar la operación del aseguramiento en salud.

Previo al vencimiento de la vigencia de la autorización de funcionamiento inicialmente otorgada, la Superintendencia Nacional de Salud realizará visita de seguimiento de las condiciones de habilitación y permanencia de acuerdo con los estándares definidos en el anexo técnico de Resolución 497 de 2021, o la que la modifique, sustituya o elimine. Si la evaluación es satisfactoria, la autorización de funcionamiento será renovada por periodos de cinco (5) años.

Si la evaluación realizada es insatisfactoria, la entidad deberá adoptar un plan de mejoramiento en los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. En este caso se expedirá un certificado provisional con vigencia de un (1) año, término dentro del cual, la Superintendencia Nacional de Salud realizará visitas para el seguimiento del plan.

En caso de que la entidad no presente el plan de mejoramiento, o éste no sea aprobado, o su seguimiento sea insatisfactorio, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas que considere pertinentes, entre las que se incluye la revocatoria de la autorización.


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

202215100000049-5

1.1.3. Solicitud de autorización para la operación de un nuevo régimen por parte de las EPS con autorización de operación actualizada

Las entidades que operan como EPS y deseen operar los dos regímenes en el ámbito territorial donde están autorizadas, deben realizar la solicitud a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites, anexando la siguiente información:

- a) Documento que describa el plan de ampliación de la capacidad instalada, tecnológica y de recurso humano requerido para operar el nuevo régimen.
- b) Relación de los departamentos, distritos y municipios del ámbito territorial donde está autorizada y en los cuales solicita la autorización para operar el nuevo régimen, de acuerdo con la estructura del archivo **SA005 -- Modificación Capacidad de afiliación en formato Excel.**
- c) Relación de las entidades que conformarán la red de prestadores de servicios de salud, así como los servicios a contratar, teniendo en cuenta el modelo de salud establecido por la entidad, la caracterización poblacional, el análisis de las necesidades en salud de la población que se propone afiliar en cada territorio para cada régimen, y la capacidad instalada de los prestadores de servicios de salud en los municipios donde solicita autorización para operar. La información debe reportarse siguiendo la estructura definida en los archivos tipo **ST010 - Red de proveedores de servicios de salud y ST011 - Servicios contratados**, en formato Excel.
- d) Cartas de intención con los proveedores que evidencie la capacidad para ampliar y reorganizar la red de prestadores de servicios de salud a través de la infraestructura existente en el territorio donde opera.
- e) Reporte de resultados en salud de los últimos tres (3) años, que contenga como mínimo los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, establecidos en la Resolución 256 de 2016 o las que la sustituyan, modifiquen o eliminen.
- f) Proyecciones del Estado de Situación Financiera, del Estado de Resultados y del Estado de Flujos de Efectivo de manera trimestral para el primer año y anual para los siguientes cuatro (4) años, siguiendo la estructura del archivo tipo FT001 - Catalogo Información Financiera y del FT0018 - Posición de Liquidez en formato Excel debidamente formulados.
- g) Proyección anual de las condiciones financieras y de solvencia (capital mínimo, patrimonio adecuado e inversión de las reservas técnicas) de acuerdo con la normativa vigente, para los primeros cinco (5) años, en formato Excel debidamente formulados. Para el caso del capital mínimo y patrimonio adecuado se debe seguir la estructura de los archivos tipo FT006 - Bancos y Carteras Colectivas, FT007 - Control de Inversiones Inscritas en el Mercado de Valores de Colombia y Archivo Tipo FT011 - Condiciones Financieras.
- h) Certificado firmado por el revisor fiscal y el representante legal que acredite el capital adicional para el cumplimiento de las condiciones de habilitación financiera de las EPS.
- i) Documento que acredite que ha incorporado la administración y operación de los dos regímenes de aseguramiento, de conformidad con su naturaleza jurídica.
- j) Documentación de los procesos propios de la entidad mediante los cuales se garantizará a los afiliados del Régimen Contributivo el reconocimiento de las prestaciones económicas de conformidad con la normativa vigente.
- k) Constancia de la publicación de un aviso sobre la intención de obtener la autorización de funcionamiento en el régimen solicitado,

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

202215100000049-5

en un diario de amplia circulación nacional, el cual debe contener, el nombre de la entidad, el monto del capital adicional y el territorio de la operación de la entidad.

- l) Documento con los principales indicadores del nuevo régimen como línea de negocio, tales como: el flujo de caja proyectado, el Valor Presente Neto -VPN, la Tasa Interna de Retorno -TIR, el punto de equilibrio, entre otros, necesarios para el análisis de viabilidad financiera. El documento debe incluir nota explicativa de las principales variables que afectan los indicadores del proyecto, tales como, la tasa de descuento seleccionada, el número de periodos proyectados, entre otros.*

Las entidades que se encuentran autorizadas en alguno de los dos regímenes y soliciten autorización de funcionamiento para el otro, deben cumplir con las condiciones de habilitación y permanencia en el régimen en el que operan al momento de la solicitud, no pueden tener medidas administrativas especiales impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud en desarrollo de lo dispuesto en el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, y en caso de haber sido objeto de estas últimas, debe haber transcurrido por lo menos doce (12) meses desde su levantamiento.

1.2. Habilitación y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud - EPS - no indígenas

1.2.1. Verificación de las condiciones de habilitación y permanencia

Vencido el plazo otorgado a las Entidades Promotoras de Salud para el cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia, la Superintendencia Nacional de Salud programará las visitas de seguimiento para verificar su cumplimiento. En caso de identificar incumplimientos a dichas condiciones, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará previo proceso administrativo sancionatorio, las sanciones a que haya lugar.


En todo caso, el seguimiento de las condiciones de habilitación y permanencia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud podrá ser adelantado en cualquier momento, sin perjuicio de los plazos establecidos por la normativa vigente.

*Igualmente, previo al vencimiento de la vigencia de la autorización de funcionamiento, la Superintendencia Nacional de Salud realizará el seguimiento al cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia si la evaluación es satisfactoria, renovará la autorización de funcionamiento por un periodo de 5 años. **En este sentido, la entidad debe tener a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud la documentación que esta requiera para la verificación de las condiciones de habilitación y permanencia.***

1.3. Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI

1.3.1. Habilitación para la operación

Las entidades que deseen obtener la habilitación para la operación como EPS indígena - EPSI, deberán radicar ante la Superintendencia Nacional de Salud, la solicitud de habilitación de funcionamiento, mediante documento firmado por el representante legal a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites, anexando lo siguiente:

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

202215100000049-5

1.3.1.1 Componente Jurídico


- a) Documento de inscripción de la asociación o autoridad indígena creadora de la EPSI en el Registro de constitución y novedades de asociaciones de autoridades tradicionales y/o cabildos indígenas, expedido por el Ministerio del Interior o quien haga sus veces.
- b) Certificado en el que conste la existencia y representación legal de la entidad y en el que se le identifique como Entidad Promotora de Salud Indígena; adicionando a la razón social la sigla "EPS Indígena". Para tales efectos, el Ministerio del Interior expedirá el certificado de registro en el que indique el nombre completo de la entidad, su representante legal, ubicación geográfica, domicilio principal, fecha de constitución y órganos de Dirección y Administración.
- c) Estatutos de creación de la entidad acorde con la naturaleza jurídica adoptada, que incluyan por lo menos lo siguiente:
 - i. Objeto social como entidad responsable del aseguramiento.
 - ii. Funciones indelegables del aseguramiento en salud.
- d) Declaración juramentada de los socios, accionistas, asociados, directores, miembros de junta directiva, representantes legales y revisores fiscales de no encontrarse incursos en inhabilidad o incompatibilidad consagrada en el Decreto-ley 973 de 1994, el Decreto 1804 de 1999 y demás normas aplicables.

Para demostrar el cumplimiento de las condiciones de habilitación, que incluyen la capacidad técnico-administrativa, financiera, tecnológica y científica, la entidad debe documentar los siguientes requisitos:

1.3.1.2 Capacidad técnico-administrativa.

1.3.1.2.1 Estructura Organizacional

- a) Organigrama de la entidad
- b) Mapa de procesos
- c) Listado maestro de documentos, el cual relaciona los procesos y procedimientos con sus respectivos manuales, instructivos y documentos codificados; este debe incluir también los correspondientes a los sistemas de información que soportan la operación de la entidad en todos sus ámbitos.
- d) Matriz de roles y responsabilidades, la cual debe incluir el responsable de los procesos y sus respectivas funciones
- e) Manual de Procesos y procedimientos, dentro de los cuales deberá incluir como mínimo:
 - i. Procesos de apoyo organizativo, sociocultural y de fortalecimiento de la medicina tradicional u otros componentes del SISPI.
 - ii. Procesos de afiliación y administración de base de datos.
 - iii. Procesos de conformación de la red de prestadores.
 - iv. Procesos de garantía del plan de beneficios.
 - v. Procesos de atención al afiliado y evaluación de servicios.
 - vi. Procesos de gestión financiera, contable y de cartera.
 - vii. Procesos de gestión del riesgo.
 - viii. Procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados.
 - ix. Adecuación sociocultural y fortalecimiento de la medicina tradicional, saberes ancestrales u otros componentes del SISPI.
 - x. Atención al ciudadano y solución de reclamaciones y sugerencias de los afiliados dentro de los mecanismos definidos por las autoridades tradicionales Indígenas.

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

202215100000049-5

- xi. Gestión del riesgo.*
- xii. Evaluación de la calidad del aseguramiento y del sistema de garantía de calidad en la prestación de servicios de salud.*
- xiii. Autorización y pago de servicios de salud a la red de prestadores.*

- f) Solicitudes de las comunidades indígenas interesadas en afiliarse colectivamente en las EPS indígenas.*
- g) Guía para la concertación de las estrategias y acciones en salud con las autoridades indígenas de los pueblos donde la EPS indígena opera.*
- h) Actas de asambleas comunitarias donde se expliquen los planes de beneficios, deberes y derechos de la población afiliada, de acuerdo con las particularidades de cada EPS indígena.*

Cualquier novedad ocurrida en los procesos anteriormente mencionados, se debe reportar de forma veraz y oportuna ante la Superintendencia Nacional de Salud, so pena de las sanciones a que haya lugar por tal incumplimiento. Igualmente deberá reportarla a las autoridades y organizaciones indígenas donde opera.

1.3.1.2.2 Sistema de Información


a) Documento que contenga el diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos de los afiliados.

b) El documento deberá describir cómo se desarrollan los siguientes procedimientos:

- i. Verificación Multi Afiliados*
- ii. Verificación de los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación*
- iii. Verificación de la prestación y autorización de servicios*
- iv. Verificación de la gestión del riesgo en salud*
- v. El sistema de calidad con indicadores en la prestación de servicios de salud*
- vi. Registro de las actividades de protección específica detección temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.*
- vii. Información financiera, contable y de cartera*
- viii. Determinación de las condiciones geográficas, etarias, de género y de salud de la población afiliada, las frecuencias de uso y el cálculo del riesgo de enfermedad*

Aunado a lo anterior, dicho documento deberá describir los siguientes aspectos:

- a) El Software que se pretende utilizar una vez iniciada la operación*
- b) La plataforma tecnológica a nivel de las estaciones de la sede principal y las sucursales que se requieran, así como la descripción de su capacidad a nivel de disco duro, memoria, conexiones de red, planta de servidores, almacenamiento, centros principales y alternos en donde se mantendrá plataforma tecnológica.*
- c) Descripción de los sistemas de información: administrativos, financieros y contables, atención en salud, caracterización de la población afiliada, red de prestadores de servicios de salud y sistema para manejo de gestión de riesgos estratégicos, operativos, de salud y de seguridad*

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

202215100000049-5

- d) *Las bases de datos en donde se almacenará la información obtenida a través de los sistemas de información descritos en el punto anterior, relacionando su tipología.*
- e) *Documento con el esquema de gobierno de tecnologías de información, los estándares de integración nominal e interoperabilidad por subsistemas (mínimo debe incluir los subsistemas administrativo, contable y de atención en salud), y los estándares de reporte para entrega de información a entidades de control y otras entidades.*

1.3.1.2.3 Mecanismos de reembolso

Documento que acredite la existencia de mecanismos de reembolso a los afiliados, cuando estos hayan asumido costos de atención, en los términos de la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifique o sustituya.

1.3.1.2.4 Sistemas de comunicación

- a) *Documento que describa el sistema de atención al usuario, en el que se definan claramente los procedimientos, mecanismos, medios, instrumentos y canales de atención, incluyendo las oficinas de atención al usuario, para que esa atención cumpla con los principios de objetividad y buen trato.*
- b) *Este documento debe contener la estrategia para que los afiliados no indígenas conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos, o su exoneración cuando corresponda. Lo descrito deberá demostrarse anualmente, mediante la presentación de los mecanismos de divulgación amplios y suficientes utilizados para dar a conocer tal información.*
- c) *Descripción de la estrategia de promoción y fortalecimiento de participación ciudadana acorde con la normativa vigente.*

1.3.1.2.5 Carta de derechos y deberes


Documento que corresponda a la carta de derechos y deberes, que incluya la red de prestación de servicios proyectada y la descripción de las estrategias de divulgación de esta información con los afiliados. Se debe tener en cuenta los requisitos de acuerdo con la normativa vigente expedida para tal fin.

1.3.1.3. Capacidad Financiera

Las EPS indígenas deberán tener en cuenta el margen de solvencia conforme a los artículos 2.5.2.4.1.1, 2.5.2.4.1.2. y 2.5.2.4.1.3 del Decreto 780 de 2016, y las disposiciones que para el efecto determine la Superintendencia Nacional de Salud, así como un patrimonio mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad, de acuerdo con el Régimen de Contabilidad Pública y según lo establecido en las disposiciones vigentes, especialmente lo ordenado en la Ley 691 del 2001.

La entidad deberá demostrar la factibilidad financiera, para lo cual debe presentar lo siguiente:

- a) *Estados Financieros de constitución de la sociedad siguiendo la estructura del **Archivo Tipo FA001 - Catalogo Información Financiera en formato Excel.***
- b) *Proyecciones del Estado de Situación Financiera, del Estado de Resultados y del Estado de Flujos de Efectivo de manera trimestral para el primer año y anual para los siguientes cuatro (4) años, siguiendo la estructura del **Archivo Tipo FA001 - Catalogo Información Financiera, en formato Excel debidamente formulados.***

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

202215100000049-5


- c) *Proyección de las condiciones financieras y de solvencia establecidas en la normativa vigente para los primeros cinco (5) años, en formato Excel debidamente formulados. Para evaluar el margen de solvencia se deberá seguir la estructura del **Archivo Tipo FA002 - Posición de Liquidez**.*
- d) *Documento en PDF con la descripción de las principales fuentes, supuestos, indicadores y variables utilizadas para la realización de las proyecciones financieras, incluidas las condiciones financieras y de solvencia, así como la explicación de las variables significativas que afecten los indicadores del proyecto y los saldos de los estados financieros, junto con la descripción de las estrategias para garantizar el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia.*
- e) *Documentación e implementación de la metodología de cálculo de reservas técnicas, incluyendo la base de datos y los resultados obtenidos.*
- f) *Certificado emitido por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces, sobre el origen de los recursos.*
- g) *Certificado emitido por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces de la cuenta contable y financiera a nombre de la EPS Indígena, la cual debe ser constituida independiente del resto de las rentas y bienes de la Asociación de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas. En ningún caso los recursos de la EPS-S EPS Indígena podrán confundirse o utilizarse para objetivos distintos a los previstos por el régimen de Seguridad Social en Salud.*

1.3.1.4. Capacidad tecnológica y científica.

1.3.1.4.1 Planeación de la prestación de los servicios de salud

La entidad deberá presentar un modelo de salud con enfoque diferencial, que articule la atención de la medicina occidental, la medicina alternativa y la medicina tradicional Indígena, teniendo en cuenta los mandatos de las comunidades a sus directivas, y que incluya la documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en el que se estipulen:

- a) *Objetivos, metas, indicadores y cronograma de implementación.*
- b) *Caracterización de la población que se pretende asegurar, por perfil etario, grupo de riesgo, incidencia de morbimortalidad, condiciones territoriales, entre otros aspectos. Lo anterior, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social MSPS.*
- c) *Población que se pretende afiliar por municipio donde consideran operar el aseguramiento en salud, siguiendo la estructura del **archivo SA002 - Proyección Distribución de Afiliados por municipio en formato Excel**, dispuesto en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.*
- d) *Estimación de la demanda de servicios y tecnologías de salud que requiere la población por grupo de riesgo, a nivel territorial de acuerdo con el **archivo SA001 - Demanda estimada en formato Excel**.*
- e) *Estimación de la oferta de servicios disponible en la red de prestadores de servicios de salud que se tendrá para cumplir con la demanda de servicios a nivel territorial. Este punto corresponde a un análisis de suficiencia de red que le permitirá a la entidad organizar la red de servicios de salud requerida para soportar la demanda de servicios de la población que pretende afiliar. Para ello, podrá utilizar la metodología de estimación que considere más adecuada.*
- f) *Estrategias para definir acuerdos de voluntades, modelos de contratación y pagos en las relaciones asegurador-prestador.*
- g) *Estrategias de articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes alrededor de prioridades en salud de los territorios, que incluya lo siguiente:*

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

202215100000049-5

- h) Descripción de las estrategias de acceso al componente primario y la implementación de programas de Protección Específica y Detección Temprana incluyendo acciones de educación en salud al usuario.*
- i) Descripción de las acciones concretas que desarrollará la entidad para garantizar el acceso de los afiliados a los servicios contenidos en el componente primario, incluyendo acciones de demanda inducida, búsqueda activa y eliminación de barreras de acceso.*
- j) Los mecanismos para el monitoreo de procesos y evaluación de los resultados.*
- k) La descripción del sistema de información para soportar la gestión del riesgo en salud.*
- l) Las estrategias, métodos y procedimientos para actualizar la planeación y análisis del riesgo en salud de la población. Se deben establecer claramente las estrategias y actividades de planeación integral en salud en coherencia con las entidades territoriales donde va a operar el aseguramiento.*
- m) Sistema de Administración de Riesgos que le permita a la entidad identificar, medir, controlar y monitorear todos los riesgos a los que está expuesta en su operación. Este sistema debe incluir la gestión del riesgo en salud, financiero y operativo.*
- n) Plan de implementación del Sistema de Administración de Riesgos, que garantice su operación, en los 12 meses posteriores a la habilitación de la entidad.*

1.3.1.4.2 Mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los prestadores


La EPS Indígena debe demostrar ante la Superintendencia Nacional de Salud como mínimo el diseño, documentación y aprobación de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los prestadores, que garanticen el equilibrio contractual, la calidad y el acceso a los servicios, de acuerdo con la normativa vigente:

- a) Política y procedimientos para contratación de los prestadores de servicios proveedores de tecnologías en salud y otros, -que incluya las estrategias que incentiven la gestión del riesgo en salud por parte de los prestadores de acuerdo con los servicios de salud contratados, y el manejo de conflicto de intereses. La gestión del riesgo en salud por parte del prestador no significa que se le traslade la responsabilidad de la gestión-del riesgo.*
- b) Política y procedimiento para pagos a prestadores de servicios, proveedores de tecnologías en salud y otros, que incentiven la gestión del riesgo en salud propia de los prestadores de acuerdo con los servicios de salud contratados, prioricen la generación de resultados, e incluya el manejo de conflicto de interés. La gestión del riesgo en salud por parte del prestador no significa que se le traslade la responsabilidad de la gestión-del riesgo.*
- c) Procesos de auditoría de calidad, concurrente, de cuentas médicas y otras, articuladas con los procesos contractuales y contable para el reconocimiento y pago de las obligaciones. Estos deben relacionar las herramientas o el sistema de información que permiten su articulación.*

1.3.1.4.3 Referencia y contrarreferencia

La EPS Indígena debe contar con procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia con responsabilidades y mecanismos de coordinación, con los cuales garantiza la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la atención para los futuros afiliados.

1.3.1.4.4 Red prestadora

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

202215100000049-5

La EPS Indígena debe acreditar la contratación de una red de prestación de servicios en los diferentes niveles de complejidad habilitada, verificando su integralidad y la continuidad de la atención y la garantía de la portabilidad nacional a toda la población afiliada de conformidad con las normas vigentes. En los procesos de contratación se dará prioridad o preferencia a las IPS Indígenas y su tratamiento será conforme a los artículos 2.3.1.5 y 2.5.1.1.2 del Decreto 780 de 2016, o la norma que lo modifique o sustituya.

Para lo anterior, la entidad deberá aportar:

- a) Archivo que relacione la red de prestadores de servicios de salud en los diferentes niveles de atención, según el modelo de salud establecido por la entidad. La información debe reportarse siguiendo la estructura definida en los **archivos SA003 - Proyección Red de Proveedores de Servicios de Salud y SA004 - Proyección Servicios a Contratar en formato Excel.***
- b) Cartas de intención de los proveedores de servicios de salud relacionados o incluidos en la descripción de la red de qué-trata el punto anterior.*

1.3.1.4.5 Atención de las enfermedades de alto costo

Acreditar la atención de las enfermedades de alto costo, a través de la contratación del reaseguro directa o colectivamente, en los términos previstos en el artículo 19 de la Ley 1122 de 2007 y las normas reglamentarias.

1.3.1.4.6 Comité Técnico Científico

- a) Documento que acredite la conformación de un Comité Técnico Científico, el cual funcionará en la sede principal de cada EPS indígena*
- b) Procesos y procedimientos relacionados con el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC; MIPRES en los términos establecidos en la resolución 2438 de 2018 y Resolución 5871 de 2018 o las normas que las modifiquen.*


1.3.1.4.7 Nota Técnica

- a) Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del Plan de Beneficios*
- b) Documentación e implementación de la metodología de cálculo de reservas técnicas. Incluyendo la base de datos y los resultados obtenidos de la implementación de la metodología.*

1.3.2. Verificación condiciones de operación y permanencia

La Superintendencia Nacional de Salud programará las visitas correspondientes para el seguimiento a las condiciones de operación y permanencia de las EPS indígenas habilitadas en los términos del artículo 2.5.2.4.2.14 del Decreto 780 de 2016.

En caso de identificar deficiencias o irregularidades en el cumplimiento a dichas condiciones, la Superintendencia podrá condicionar la permanencia de la habilitación de las EPS Indígenas, al cumplimiento de Planes de Mejoramiento o de Desempeño o de Actividades. Al cabo del vencimiento del término de ejecución de los Planes de Mejoramiento o de Desempeño o de Actividades, sin que se evidencie el cumplimiento de los requisitos, se podrá proceder a la revocatoria total o parcial de la habilitación, según sea el caso, de acuerdo con las facultades y reglamentación vigente sobre la materia.

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

202215100000049-5

1.4. Revocatoria de la autorización de funcionamiento

Esta superintendencia revocará, de forma parcial o total, la autorización de funcionamiento de las entidades cuando se verifique la existencia de alguna de las causales contempladas en la normativa vigente, garantizando el debido proceso. En el caso de las EPS indígenas la revocatoria se hará sobre la habilitación de la entidad, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.5.2.4.2.15 del Decreto 780 de 2016 o las normas que las modifiquen o sustituyan.

Las entidades indígenas a las que le fuere revocada totalmente la autorización de funcionamiento en el marco de lo dispuesto por el ordenamiento legal o por incumplir cualquiera de las condiciones previstas en el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Decreto único 780 de 2016 y la Resolución 497 de 2021 o las normas que las modifiquen o sustituyan, no podrán administrar recursos ni ofrecer el Plan de Beneficios en Salud y deberán abstenerse de ofrecer estos servicios, sin perjuicio de las sanciones en materia administrativa, fiscal, civil y penal a que hubiere lugar. Las entidades a las cuales les haya sido revocada su autorización de funcionamiento no podrán solicitar nuevas autorizaciones en un lapso de tres (3) años posteriores a la fecha de traslado efectivo de la totalidad de la población afiliada.

1.5. Retiro Voluntario y Capacidad de Afiliación


Las EPS podrán solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud el retiro total o retiro parcial de la autorización, siempre y cuando hayan operado el aseguramiento en salud de forma continua por un (1) año en el ámbito territorial autorizado del cual deseen retirarse e informen su intención ante esta Superintendencia, a las entidades territoriales respectivas y a sus afiliados con al menos cuatro (4) meses de antelación.

1.5.1. Retiro Voluntario Parcial

Para los casos de retiro voluntario parcial la respectiva solicitud debe ser radicada a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites, la misma debe ser firmada por el representante legal de la entidad, y deberá ser acompañada con los siguientes documentos, precisando los motivos de dicha decisión:

- a. Estatutos de la entidad*
- b. La relación por departamento y municipio del número total de afiliados a retirar, de acuerdo con la estructura del **archivo SA005 -- Modificación Capacidad de afiliación en formato Excel.***
- c. Documento donde se explique la motivación y causas de la solicitud de disminución de la capacidad de afiliados.*
- d. Soportes de haber informado su intención a las entidades territoriales respectivas y a sus afiliados, con al menos cuatro (4) meses de antelación.*
- e. Cronograma de conciliación de cuentas para pagos de Proveedores de Servicios de Salud, que garantice el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por la prestación de servicios de salud.*

En aras de garantizar la continuidad y adecuada prestación del servicio, así como el derecho a la libre elección de los afiliados, esta superintendencia podrá negar el retiro voluntario o condicionar a una transición con plazos diferentes a los establecidos en el artículo 2.5.2.3.5.5 del Decreto 780 de 2016.

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

202215100000049-5

La EPS que se haya retirado voluntariamente de un departamento, distrito o municipio, no podrá solicitar una nueva autorización de funcionamiento en el mismo lugar en un plazo menor a doce (12) meses siguientes a la fecha de traslado efectivo de la totalidad de la población afiliada, salvo en las circunstancias de interés especial que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

1.5.2. Retiro Voluntario Total

Para los casos de retiro voluntario total, la respectiva solicitud debe ser firmada por el representante legal de la entidad, en ella deben exponerse claramente los motivos de la decisión y debe ser acompañada de la documentación relacionada a continuación:

- a) Estatutos de la entidad*
- b) Se deberá anexar acta, en la que se evidencie la discusión y aprobación del retiro voluntario del SGSSS, por parte del máximo órgano de administración de la entidad*
- c) Soportes de haber informado su intención a las entidades territoriales respectivas y a sus afiliados, con al menos cuatro (4) meses de antelación.*
- d) Cronograma de conciliación de cuentas para pagos por Proveedores de Servicios de Salud, que garantice el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por la prestación de servicios de salud.*

La solicitud de retiro total deberá ser radicada a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites.


1.5.3. Capacidad de Afiliación

Es el número estimado de afiliados que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), están en capacidad de atender en condiciones de calidad y oportunidad conforme a su red integral 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 Plan de Beneficios en el ámbito geográfico autorizado.

Toda EPS, debe contar con una infraestructura técnica, financiera y administrativa, y con la red integral de prestadores de servicios de salud que se adecúe 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 integral de prestadores de servicios de salud. Corresponde a esta Superintendencia, de conformidad con la normativa vigente, ejercer tanto el control previo como el control posterior a las modificaciones de afiliación realizadas por las EPS, de acuerdo con el régimen de autorización aplicado¹, expuesto más adelante.

En ningún caso, las EPS podrán negar la inscripción de las personas argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación, para lo cual deberán aplicar la autorización general cuando la entidad ha superado su capacidad autorizada.

¹ Véase el artículo 2.1.13.8 del Decreto 780 de 2016

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

202215100000049-5

1.5.3.1. Clases de Modificaciones a la Capacidad de Afiliación

Para efectos de lo previsto en la presente Circular, las modificaciones a la capacidad de afiliación autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud se clasifican en las siguientes clases:

- a) *Geográfica: Se presenta una modificación geográfica a la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS pretenda adelantar sus actividades de afiliación y prestación de servicios, en municipios no autorizados previamente, o desee retirar su capacidad de afiliación autorizada en municipios previamente autorizados en los que no esté operando; es decir, sin que implique realizar asignación de afiliados.*
- b) *Poblacional: Se presenta una modificación poblacional a la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS pretenda ampliar o disminuir su capacidad de afiliación en uno o más municipios autorizados previamente, modificando la capacidad total autorizada sin que implique realizar asignación de afiliados.*
- c) *Redistribución: Se presenta una redistribución de la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS, sin aumentar o disminuir la capacidad total autorizada, modifica la capacidad de afiliación en los municipios autorizados previamente, sin que implique realizar asignación de afiliados.*
- d) *Mixta: Se presenta una modificación mixta a la capacidad de afiliación autorizada, cuando en forma simultánea, una solicitud de modificación se enmarque en dos o más tipos de modificación de las antes descritas.*

1.5.3.2. Regímenes de Autorización

Las modificaciones a la capacidad de afiliación geográfica, poblacional, mixta, de redistribución o retiro parcial estarán sujetas a dos regímenes de autorización, así:


1.5.3.2.1. Régimen de autorización general

Están sujetas al régimen de autorización general las modificaciones a la capacidad de afiliación, referentes al aumento poblacional o de cobertura geográfica en otros municipios o departamentos o de redistribución en municipios autorizados siempre y cuando la EPS no se encuentre en causal de disolución o liquidación, o de revocatoria o suspensión del certificado de autorización o de habilitación.

1.5.3.2.2. Régimen de autorización previa

Está sujeta al régimen de autorización previa toda disminución de la capacidad de afiliación de carácter poblacional o de cobertura geográfica y retiro parcial. También aplicará este régimen cuando la EPS no cumpla los criterios para acceder al régimen de autorización general, cuando la entidad se encuentre sometida a algún plan de desempeño o de instrucciones emitidas por algún organismo de inspección, vigilancia y control o cuando así lo disponga la Superintendencia Nacional de Salud.

1.5.3.3. Requisitos para modificar la capacidad de afiliación

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

202215100000049-5


1.5.3.3.1. Requisitos para la aplicación del régimen de autorización general

La EPS deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites, durante los primeros quince días de cada mes, las modificaciones a la capacidad de afiliación realizadas en el mes inmediatamente anterior, a través de documento firmado por el Representante Legal de la EPS en el que se identifique la clase de modificación a la capacidad de afiliación realizada según la clasificación establecida en esta Circular, anexando solo para los municipios afectados con la modificación, lo siguiente:

- a) Relación por departamento y municipio del número total de afiliados incluyendo los que han incrementado, de acuerdo con la estructura del **archivo SA005 -- Modificación Capacidad de afiliación en formato Excel**.
- b) Relación actualizada de las entidades que conforman la red de proveedores de servicios de salud, a través de los **Archivos Tipo ST010 - Red de proveedores de servicios de salud y ST011 - Servicios contratados**, en formato Excel.
- c) Documento de descripción de la estructura organizacional, acorde con la modificación realizada, conforme al siguiente orden:
 - i. Relación de sedes regionales, departamentales o municipales y la descripción de la relación funcional entre las nuevas sedes y la sede central.
 - ii. Extensión del sistema de información requerido a las nuevas sedes. Sistema de atención a usuarios (orientación, citas, quejas, etc.) por municipios objeto de modificación; de acuerdo con el **archivo GA002 - Modificación Oficinas de Atención al Usuario**, en formato Excel. En caso de que no se haya realizado una ampliación en la estructura organizacional, este documento debe justificar dicha decisión.

Las EPS que cumplan con las condiciones para aplicar al Régimen de autorización general, deberán notificar a esta Superintendencia la modificación efectuada en el plazo establecido en la normativa. En el caso de que la entidad no remita la totalidad de documentos que respondan a los requisitos establecidos, no se efectuará modificación en la base de Capacidad Autorizada, ni se hará cargue de la misma en la plataforma del Sistema de Afiliación Transaccional SAT del Ministerio de Salud y Protección Social.

Toda Entidad Promotora de Salud que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016, modificado por el Decreto 709 de 2021, o la norma que lo modifique o sustituya, sea receptora de afiliados en los procesos de asignación por retiro voluntario, revocatoria de la autorización de funcionamiento o intervención forzosa administrativa para liquidar, en municipios donde no contaba con autorización de funcionamiento previa al proceso de asignación o su capacidad de afiliación autorizada se vea superada, deberá registrar en esta Superintendencia la modificación realizada a más tardar en los primeros 15 días hábiles del mes siguiente al mes en que se realiza el proceso de asignación, remitiendo los requisitos listados en este numeral. La Entidad Promotora de Salud receptora de afiliados en municipios donde no contaba con autorización para operar, se entiende autorizada para operar en el régimen para el cual se encuentra autorizado su funcionamiento como EPS.


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

202215100000049-5

1.5.3.3.2. Requisitos para la aplicación del régimen de autorización previo

Radicalar ante la Superintendencia Nacional de Salud documento firmado por el Representante Legal de la EPS, solicitando la clase de modificación a la capacidad de afiliación realizada de acuerdo con la clasificación establecida en el numeral 1.5.3.1 de esta Circular, a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites, anexando lo siguiente:

- a) *Certificado de existencia y representación legal*
- b) *Relación por departamento y municipio del número total de afiliados que proyecta tener, de acuerdo con la estructura del **archivo SA005 - Modificación Capacidad de Afiliación en formato Excel.***
- c) *Relación de entidades que conforman o conformarán la red de proveedores de servicios de salud, a través de los **Archivos Tipo ST010 - Red de proveedores de servicios de salud, insumos y medicamentos y ST011 - Servicios contratados,** en formato Excel, adjuntando copia de los contratos o cartas de intención para los territorios donde pretende iniciar operación.*
- d) *Descripción de la ampliación en la estructura organizacional, acorde a la nueva capacidad esperada conforme al siguiente orden:*
 - I. *Relación de sedes regionales, departamentales, distritales o municipales y la descripción de la relación funcional entre las nuevas sedes y la sede central.*
 - II. *Documento actualizado que describa 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, incluyendo los canales de atención no presencial (multicanales).*
 - III. *Extensión del sistema de información requerido a las nuevas sedes. Sistema de atención a usuarios (orientación, citas, quejas, etc.) por municipios objeto de modificación, de acuerdo con el **archivo GA002 - Modificación Oficinas de Atención al Usuario en formato Excel.** En caso de que no se haya realizado una ampliación en la estructura organizacional, este documento debe justificar dicha decisión.*
 - IV. *Proyecciones del Estado de Situación Financiera, del Estado de Resultados y del Estado de Flujos de Efectivo de manera trimestral para el primer año y anual para los siguientes cuatro (4) años, siguiendo la estructura del Archivo Tipo FT001 - Catalogo Información Financiera y el FT018 - Posición de liquidez, en formato Excel.*
 - V. *Proyección anual de las condiciones financieras y de solvencia (capital mínimo, patrimonio adecuado e inversión de las reservas técnicas) de acuerdo con la normatividad vigente, para los primeros cinco (5) años, en formato Excel debidamente formulados. Para el caso del capital mínimo y patrimonio adecuado se debe seguir la estructura de los archivos tipo FT006 - Bancos y Carteras Colectivas, FT007 - Control de Inversiones Inscritas en el Mercado de Valores de Colombia y Archivo Tipo FT011 - Condiciones Financieras.*
- e) *Documento con las estrategias a adoptar para el cumplimiento de las condiciones financieras establecidas en el Decreto 780 de 2016 y sus modificatorios.*

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

202215100000049-5

f) Documento que describa los riesgos identificados asociados al trámite solicitado, en el que se defina como la entidad efectuará la evaluación, medición, estrategias para el tratamiento, control y seguimiento de estos riesgos.

1.5.3.3.2.1. Disminución de la capacidad autorizada tipo poblacional sin asignación de afiliados

Si la EPS solicita **únicamente** disminución de la capacidad autorizada tipo poblacional sin asignación de afiliados, el representante legal deberá presentar solicitud a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites, anexando lo siguiente:

- a) Certificado de existencia y representación legal
- b) Relación por departamento y municipio del número total de afiliados que proyecta tener, de acuerdo con la estructura del **archivo SA005 - Modificación Capacidad de Afiliación en formato Excel.**
- c) Documento en el cual explique la razón por la que requiere la disminución de la capacidad autorizada sin asignación de afiliados.

1.6. Sistema de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRS) y tutelas.

Las entidades responsables del aseguramiento en salud deberán garantizar la implementación de un sistema estandarizado de recepción, análisis y resolución de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes, denuncias y tutelas que permita el acceso permanente a las mismas por parte de las entidades que ejercen inspección, vigilancia y control en el sistema, de conformidad con lo estipulado en el Capítulo Primero del Título VII de la Circular Única y en la normativa vigente.

1.7. Aspectos adicionales de pautas publicitarias para las Entidades Promotoras de Salud


Las Entidades Promotoras de Salud en sus pautas publicitarias deberán tener en cuenta lo previsto en el capítulo segundo del Título I de la Circular Única, así como, los siguientes aspectos:

1.7.1. Se considera indispensable que las características jurídicas, económicas o financieras de los productos que se pretendan promover sean ciertas y comprobables, y que en ningún momento estén en desacuerdo con la realidad financiera, jurídica y técnica de la entidad y de las personas prestadoras del servicio. En tal sentido, se entienden prohibidas prácticas como las siguientes:

1.7.1.1. Utilizar expresiones o información que tienda a desviar o desvirtuar el principio de libre escogencia, induciendo a confusión o a error a los usuarios.

1.7.1.2. Ponderar la red de prestadores de servicios adscrita bajo elementos o bondades carentes de sustento económico, jurídico o profesional.

1.7.1.3. Enunciar profesionales o entidades adscritas que no hagan parte de la red de prestadores de servicios de la entidad.

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

202215100000049-5

1.7.1.4. *Inducir a error a los usuarios sobre la extensión o cobertura de los planes de salud, exclusiones, preexistencias, servicios complementarios, medicamentos, etc.*

1.7.1.5. *Ponderar un producto de manera tal que sus bondades o características carezcan de sustento en la realidad.*

1.7.1.6. *Apropiarse o publicitar como tuyas, políticas, productos o servicios que han sido nombrados o reglamentados por el Gobierno Nacional, sin citar en la publicidad respectiva su origen o fuente legal correspondiente.*

1.7.1.7. *Presentar o apoyar la solidez de los servicios o productos en aspectos ajenos al verdadero sustento técnico, jurídico o económico de la publicidad, como suceder con afirmaciones tales como "filial del grupo tal", "contamos con el respaldo de los mayores accionistas", entre otras, sin especificar en qué consiste el respaldo o beneficio adicional a recibir por parte de los usuarios.*

1.7.1.8. *Utilizar afirmaciones que permitan deducir como definitivas situaciones que en la realidad responden a fenómenos coyunturales, transitorios o variables en relación con el mercadeo.*

1.7.1.9. *Utilizar o insinuar ponderaciones abstractas o superlativos abstractos que por la propia naturaleza de su contenido no reflejan una situación exacta, como sucedería con expresiones tales como "somos los primeros" sin decir en qué o en la relación con qué o con quiénes.*


1.7.2. *Si los textos comprenden el empleo de superlativos, términos que indiquen permanencia, o cifras o datos específicos, ellos deberán corresponder fielmente a hechos objetivos, reales, comprobables y verificables a la fecha en que se difunda la pauta publicitaria, los cuales podrán ser constatados directamente y en cualquier momento por la Superintendencia Nacional de Salud.*

Tratándose de cifras que por su carácter sean variables, su utilización publicitaria, deberá hacerse identificando claramente el período al cual corresponden y la fuente de donde han sido tomados. Cuando se recurra a indicadores de desempeño financiero, para evidenciar una situación determinada, su uso no debe dar lugar a equívocos, para lo cual se adoptarán las medidas que sean del caso.

Tratándose de cifras que por su carácter son esencialmente variables, su utilización publicitaria no podrá ser superior a la del ejercicio inmediatamente siguiente al corte que sirve de sustento.

1.7.3. *Las afirmaciones y representaciones visuales o auditivas deben ofrecer claridad, fidelidad y precisión respecto al tipo de servicio que se promueve; en este orden de ideas, deberán tenerse en cuenta los alcances o limitaciones a que legal y económicamente se encuentre sujeto el servicio respectivo.*

1.7.4. *Los mensajes publicitarios no pueden ser contrarios a la buena fe comercial, ni conllevar a competencia desleal.*

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

202215100000049-5

1.7.5. *En la difusión de programas publicitarios deberá tenerse en cuenta lo dispuesto en anotarse la circunstancia de hallarse la entidad, dependencia o programa vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud.*

1.8. Plan de Capacitación de Promotores

Es función de la Superintendencia Nacional de Salud velar porque los agentes e intermediarios de los programas de salud, adelanten sus operaciones dentro de los presupuestos de transparencia frente a los usuarios, garantizando su adecuada relación, seguridad y atención con las Entidades Promotoras de Salud.

En consecuencia, y de conformidad con lo establecido en el artículo 2.5.2.1.2.3 del Decreto 780 de 2016, a continuación, se definen los parámetros mínimos que se deben tener en cuenta en los programas de capacitación, sin perjuicio del cumplimiento de las normas vigentes y lo que sobre el particular, definan las Entidades Promotoras de Salud.

1.8.1. Contenidos mínimos de capacitación

Los programas de capacitación dirigidos a los solicitantes o promotores registrados en las Entidades Promotoras de Salud deben estructurarse como mínimo de acuerdo con temas de:

- a) Formación básica (relaciones públicas, características del vendedor); inducción a los planes de salud de acuerdo con lo estipulado en las normas vigentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (aspectos legales como normas reglamentarias de la salud PBS, PAC, entre otros).*
- b) Aspectos técnicos como glosario de términos, trámite administrativo de ingreso, trámite de quejas, objeto del contrato, tipos de contratos, formas de pago de los planes, tarifas, coberturas, períodos de carencia, preexistencias, exclusiones y pagos compartidos entre otros).*

1.8.2. *El programa de capacitación deberá estar coordinado por una de las áreas de la Entidad Promotora de Salud*

1.8.3. *Corresponde al representante legal de la Entidad Promotora de Salud expedir las certificaciones por concepto de capacitación, las cuales deben estipular el nombre completo e identificación de la persona, la constancia de asistencia y la aprobación del respectivo programa.*


1.8.4. *Las Entidades Promotoras de Salud llevarán el registro de promotores y lo mantendrán a disposición de la Superintendencia para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control respectivas."*

SEGUNDA: *Adiciónese al numeral 2 del capítulo primero del título VII de la Circular Única "Trato Digno a los usuarios", el siguiente literal:*

"e) Garantizar que la población con discapacidad tenga pleno conocimiento del procedimiento para la certificación de discapacidad, dispuesto en la Resolución 113 de 2020 o la normatividad vigente."

TERCERA: *Modifíquese el literal b del numeral 3.2 del capítulo primero del título VII de la Circular Única, cuyo texto será el siguiente:*

- b. **Canal Web:** Las EAPB e IPS deberán contar y tener a disposición una página web institucional que ofrezca a los usuarios la*

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

202215100000049-5


posibilidad de presentar sus peticiones, quejas y reclamos y hacer el correspondiente seguimiento de los mismos en tiempo real, así como la posibilidad de reportar y solicitar novedades al estado de su afiliación (traslado, portabilidad, movilidad, entre otros).

Instrucciones específicas para las EAPB

Con relación al canal telefónico, las EAPB deben contar con un número local o celular en los lugares donde tengan afiliados y con una línea gratuita nacional 018000.

En cuanto a la página web, deberá mantener publicada y debidamente actualizada por lo menos la siguiente información:

- *Procedimientos para la afiliación al sistema y el reporte de novedades.*
- *Carta de derechos y deberes de los afiliados y del paciente.*
- *Cobertura de operación: Zonas de operación - indicando departamentos, distritos y municipios.*
- *Directorio de oficinas de atención al usuario, con sus respectivos horarios y datos de contacto.*
- *Información sobre los diferentes canales de atención, con indicación de los horarios de atención.*
- *Relación de la red integral de prestadores de servicios de salud detallando su rol. Incluyendo la red habilitada de servicios para la atención de urgencias en el municipio, distrito y/o departamento de residencia del afiliado.*
- *Contenido del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.*
- *Formulario de afiliación.*
- *Los mecanismos establecidos para el acceso a procedimientos, insumos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios.*
- *Información de cómo realizar novedades por parte de los usuarios*
- *Las instancias en todos los niveles a las que puede acudir el usuario cuando considere incumplido el plan de beneficios.*
- *Información sobre las cuotas moderadoras y copagos que incluya lo siguiente:*
 - *Ofrecer el concepto de las cuotas moderadoras y de los copagos.*
 - *Precisar a qué usuarios se les aplica.*
 - *Indicar los servicios a los cuales se les aplica la cuota moderadora o el copago, mencionando sus respectivas excepciones.*
 - *Indicar el monto en pesos, de las cuotas moderadoras y copagos, en los diferentes rangos de ingreso salarial, con su respectivo porcentaje del salario mínimo vigente.*
 - *Indicar la frecuencia de aplicación de las cuotas moderadoras y de los copagos.*
 - *Indicar los procedimientos de recaudo que la entidad utilizará.*
 - *Indicar los topes de los copagos por evento y el total de eventos por año.*
- *Los procedimientos disponibles para solicitar, autorizar y garantizar la atención en salud en el marco de lo establecido por la Ley 1751 de 2015, o las normas que la modifiquen o sustituyan.*
- *Las actividades de protección específica y detección temprana que le son aplicables de acuerdo con la edad del afiliado,*

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

202215100000049-5

opción específica en línea telefónica y entrega de información en los puntos de atención.

- *La definición de grupos de riesgo, junto con la oferta y contenido de programas para la gestión de estos.*
- *Carta de desempeño.*
- *Información sobre el Funcionamiento del Sistema de Afiliación Transaccional*
- *Información sobre el procedimiento de Negación de Servicios de Salud*
- *Los procesos, espacios y mecanismos de participación en salud dispuestos por la EPS para sus afiliados.*
- *Las alianzas o asociaciones de usuarios y los procesos, espacios y mecanismos de participación en salud dispuestos por la EPS para sus afiliados, al igual que la información sobre las convocatorias para elección de representantes de las alianzas o asociaciones.*
- *Información sobre los procesos del sistema de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias.*
- *La publicación de la red de prestadores de servicios de salud deberá incluir la información de acceso y canales de atención de las instituciones integrantes de dicha red.*
- *El procedimiento de certificación de discapacidad dispuesto en la Resolución 113 de 2020 o la normatividad vigente correspondiente y publicado en todos los canales presenciales y no presenciales de atención, con aplicación de los criterios diferenciales que permitan el acceso a la información de las personas con discapacidad.*

IV. SANCIONES

De conformidad con lo establecido en los artículos 130 y 131 de la Ley 1438 de 2011, modificados por los artículos 2 y 3 de la Ley 1949 de 2019, la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en la presente Circular Externa, dará lugar a la imposición de sanciones, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, previo agotamiento del debido proceso administrativo, esto, sin perjuicio de las demás responsabilidades disciplinarias, fiscales, penales o civiles que puedan derivarse y las sanciones que puedan imponer otras autoridades judiciales y/o administrativas.


V. DEROGATORIA Y VIGENCIA

La presente Circular Externa rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial, adiciona y modifica en lo pertinente la Circular Externa 047 de 2007, modificada entre otras por la Circular Externa 008 de 2018.

Dada en Bogotá D.C., a los 01 días del mes 07 de 2022.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

Firmado electrónicamente por:
Paola Andrea Castellanos Guerra

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

202215100000049-5

PAOLA ANDREA CASTELLANOS GUERRA
Asesora del Despacho encargada de las funciones de
Superintendente Nacional de Salud.

Proyectó: Kevin Alberto Chaverra Bechara - Profesional Especializado Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión

Revisó: Leidy Milena Sanchez Usaquen - Profesional Especializado Delegada para entidades de Aseguramiento

Jose Edison Garcia Alvarez - Profesional Especializado Delegada para entidades de Aseguramiento

Daniel Andrés Pinzón Fonseca - Director Técnico de Innovación y Desarrollo

Giselle Vesga Reyes - Subdirectora de Metodologías e Instrumentos de Supervisión.

Luis Carlos Ovalle Acosta - Subdirector de Tecnologías de la Información

Elsa Patricia Lozano Guarnizo - Directora de Inspección y Vigilancia de la Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud

Aprobó: Henri Philippe Capmartin Salinas - Delegado para Entidades de Aseguramiento en Salud