

TITULO V ENTIDADES TERRITORIALES

CAPITULO PRIMERO DISPOSICIONES GENERALES PARA LAS ENTIDADES TERRITORIALES

Las Entidades Territoriales deberán desarrollar dentro de sus funciones de rectoría y gobernanza en salud acciones conjuntas, articuladas e integradas entre todos los actores presentes en sus territorios, es decir, deben fortalecer las capacidades de liderazgo para lograr efectividad de los planes, programas y/o proyectos implementados en su jurisdicción.

Las Entidades Territoriales están obligadas a dar cumplimiento a las órdenes impartidas por los fallos y sentencias de las diferentes instancias de la Rama Jurisdiccional, organismos internacionales e igualmente a las resoluciones defensoriales en cuanto a la garantía de la atención en salud de la población.

Las Entidades Territoriales deberán garantizar la disponibilidad, suficiencia y pertinencia del talento humano con capacidades necesarias para la implementación de políticas, planes y proyectos.

Las Entidades Territoriales deben tener en cuenta las instrucciones impartidas para todas las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud en el Título I de disposiciones generales.

5.1.1. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Adicional a lo establecido en el título I disposiciones generales, el presente capítulo contiene los lineamientos específicos que deben tener como mínimo los Subsistemas de Administración de Riesgos para cada uno de los riesgos prioritarios (salud y operacional), sin perjuicio de los demás riesgos identificados por la entidad.

Para la gestión del Riesgo en Salud aplican todos los lineamientos generales presentados en el título I Disposiciones generales, armonizados con los lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y las prioridades territoriales y poblacionales. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de gestión de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo en Salud que implementen las entidades, debe contener como mínimo los siguientes lineamientos específicos:

5.1.1.1. GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

Siendo fundamental la inclusión del ciclo de gestión del riesgo en salud en el marco institucional, con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud de la población de su jurisdicción. Dando claridad en que lo dispuesto en el presente numeral se entiende sin perjuicio de los requisitos establecidos que deben acreditar las entidades por normas superiores de las autoridades competentes que regulen la materia.

5.1.1.1.1. Identificación del Riesgo en Salud

La identificación de riesgos en salud puede realizarse mediante la metodología de preferencia de la entidad, y debe comprender, como mínimo, lo siguiente:

- a. Caracterización de la población de su jurisdicción que permita establecer el perfil de salud - enfermedad e identificar los riesgos y los determinantes de la salud que los generan (Análisis de Situación de Salud - ASIS) según los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- b. Análisis e identificación de los grupos de riesgo en salud en su jurisdicción con base en la caracterización de las EAPB que operan en dicho territorio.
- c. Caracterización del riesgo propio derivado de la gestión preventiva, a partir de las acciones sobre los riesgos y los determinantes de la salud que los generan, identificados a partir del Plan Territorial del Salud (PTS) y Plan de Acción de salud (PAS).
- d. Caracterización de los riesgos asociados a la estructuración y funcionamiento de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud de las EAPB habilitadas y que operan en su jurisdicción según lo dispuesto en la normatividad vigente. Se deberá incluir los riesgos existentes en el proceso o sistema de referencia y contrarreferencia.
- e. Adicionalmente, las entidades deberán realizar valoraciones complementarias que permitan establecer factores de riesgo y causalidades específicas a su población.
- f. Análisis de la correspondencia entre el Plan Territorial en Salud aprobado, los riesgos evidenciados y las prioridades establecidas desde la implementación de la metodología PASE a la equidad en su elaboración.

Esto toma gran relevancia en tanto la identificación de los riesgos en salud establece los insumos necesarios para el establecimiento del Plan Territorial en Salud y a su vez, los Planes de Acción en Salud, y la falta de coherencia y falta de capacidad de adaptación ante los cambios que puede derivar en la materialización de los riesgos y agudización de los problemas en salud que afecta a población.

La identificación del riesgo en salud se debe realizar utilizando la información disponible en las diferentes fuentes oficiales de información, incluyendo la información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), de las entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social, la información propia de la entidad y las demás pertinentes para el análisis.

Por otro lado, es fundamental que las entidades velen por la disponibilidad y confiabilidad de la información acerca de la exposición al riesgo y de la gestión de estos; para tal fin es importante que cuenten con un sistema de información que permita cumplir este objetivo.

5.1.1.1.2. Medición y Evaluación del Riesgo en Salud

Posterior a la identificación de los riesgos en salud se debe realizar la medición y evaluación de estos. Para lo cual, las entidades deberán establecer una metodología para determinar el nivel de riesgo, que debe contemplar:

- a. Establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados, la severidad y el impacto sobre la salud de la población.

- b. Incluir una matriz de priorización de riesgos en salud acorde con los criterios de valoración definidos por la entidad y armonizados con los lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y con las prioridades territoriales y poblacionales.
- c. Definir los límites de tolerancia para cada riesgo o factor de riesgo identificado de forma tal que se establezcan metas de control o mitigación para el sistema de gestión; pero priorizando los recursos sobre aquellos riesgos de mayor importancia según el ejercicio anterior.
- d. Priorizar aquellos riesgos de mayor importancia, sin que eso implique ignorar, dejar de vigilar y no tratar de evitar, otros riesgos que se consideran de menor importancia y que pueden estar presentes en el territorio.

Se recomienda que la metodología implementada por la entidad contemple el desarrollo del análisis de brechas¹ para los indicadores de salud, teniendo como referencia las metas territoriales o nacionales. Para los casos en los que no existan referentes normativos o metas públicas nacionales, se podrán adoptar referencias internacionales o realizar análisis de distribución, u otras metodologías establecidas y alineadas con el direccionamiento estratégico de la entidad, para así determinar sus metas como territorio.

Asimismo, la metodología deberá incluir mecanismos de procesamiento, manejo y análisis de información, como herramientas específicas para estimar el riesgo inherente y el riesgo neto una vez aplicados los tratamientos o controles.

Aquellas entidades que no tengan una medición de riesgo inherente inicial en el momento de la expedición de la presente circular deberán iniciar con dicha medición. Por otro lado, aquellas que cuentan con una medición inicial, deberán desarrollar la estimación del riesgo neto después de aplicados los controles y las medidas de mitigación correspondientes al riesgo inherente.

5.1.1.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo en Salud

Los métodos de tratamiento y control con los que la entidad deberá contar deben estar soportados en una metodología que le permita de forma sistemática e integral, establezca acciones coordinadas, articuladas y costo efectivas, encaminadas al tratamiento y control de los riesgos en salud, y reflejarse en los PTS y PAS.

Se consideran como elementos mínimos para la selección e implementación de tratamiento y control los siguientes:

- a. Diseño o ajustes, implementación, evaluación y seguimiento de programas, planes o procedimientos que establezcan el tratamiento de los riesgos en salud identificados, y debe contener indicadores de gestión y resultado (nivel de riesgo alcanzado). Esto con el fin de monitorear el logro de las metas, acorde con la escala establecida por la entidad, y los límites de aceptación y tolerancia para los riesgos en salud identificados,

¹ El análisis de brechas es una herramienta de análisis para comparar el estado y desempeño real de una organización o entidad, estado o situación en un momento dado, respecto a uno o más puntos de referencia seleccionados de orden local, regional, nacional y/o internacional.

- además permite apoyar el replanteamiento de estrategias de intervención en caso de ser necesario para garantizar el cumplimiento de las metas planteadas
- b. Realizar el monitoreo y evaluación de los indicadores en salud correspondiente a aquellos factores de riesgo que se hayan identificado como prioritarios. Estos deben ser sujetos de tratamientos y controles, y tener una medición de impacto y de la efectividad de las actividades implementadas
 - c. Definir planes de mitigación o control de los riesgos que se encuentran en niveles mayores al nivel de tolerancia definido por la entidad; estos deben generar acciones de capacitación, comunicación y revisión periódica de implementación y resultados.
 - d. Implementar un programa desarrollo de capacidades, que incluya jornadas de capacitación a su personal, haciendo énfasis en el procedimiento de evaluación, seguimiento, normas técnicas, lineamientos y orientaciones según las metas en salud priorizadas.

Es importante tener en cuenta que todo riesgo que exceda los límites aceptados debe ser objeto de actividades de mitigación y control a fin de regresar al nivel de riesgo tolerado, conforme la estrategia adoptada.

Por otro lado, los riesgos que no exceden el límite deben ser vigilados; las cifras que sean muy inferiores a lo que se podría considerar una frecuencia estadística usual para un evento en particular, deben ser objeto de investigación de la entidad para demostrar que no existe subregistro o ausencia de notificación por parte del personal al que corresponde tal responsabilidad.

5.1.1.2. GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL

El Riesgo Operacional corresponde a la probabilidad que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales, como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legal y biomédicos, en la infraestructura, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, o por fraude, corrupción y opacidad, entre otros.

Es importante resaltar que, la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos de las entidades, y que pueden materializarse como resultado de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshonestidad, prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las características propias de cada entidad.

Es así como los Riesgos Operacionales en la entidad pueden generar pérdidas de tres tipos:

- i. Pérdidas en los resultados en salud de la población, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.
- ii. Pérdidas en los resultados operativos esperados, incluyendo la satisfacción de la población de su área de influencia, que deben ser tratados en el resultado de la gestión de los riesgos operacionales.
- iii. Pérdidas financieras en la entidad, que corresponden a la contabilización de los eventos de riesgo y los riesgos que se materializaron, tratados en la evaluación de los riesgos financieros.

Adicionalmente, las entidades deben adoptar diferentes políticas y medidas encaminadas en implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética de integridad, transparencia y la lucha contra la corrupción y opacidad. Los objetivos de estas políticas, medidas y acciones son prevenir, detectar, y, cuando sea del caso, denunciar la corrupción y la opacidad que, en cualquiera de sus formas, eventualmente se pueda presentar, por parte o en contra de una entidad. Esto debe estar articulado de acuerdo con los lineamientos estipulados por la Función Pública y por esta Superintendencia.

La implementación y seguimiento a estos riesgos van estrechamente ligados a las políticas, principios y valores institucionales establecidos en el Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de Buen Gobierno), de ahí la importancia de su implementación y mejoramiento continuo. Una adecuada gestión de riesgos y prácticas de Gobierno Organizacional, son indispensables para mitigar el nivel de riesgo inherente al que están expuestas las entidades. Como resultado de la mitigación de los riesgos a través de la adecuada gestión y gobiernos corporativos, se obtiene el riesgo neto de la entidad, para cada categoría de riesgo.

5.1.1.2.1. Identificación del Riesgo Operacional

El Subsistema debe permitir a las entidades definir e identificar la exposición al riesgo operacional, por lo cual, en esta etapa se elabora un perfil de los procesos de las actividades de la entidad con las siguientes acciones:

- a. Levantamiento y documentación de la totalidad de los procesos de la entidad. Como mínimo, entre otros definidos por la entidad, se deben tener en cuenta los siguientes procesos relevantes para el cumplimiento de las funciones de la Entidad, independientemente de los mecanismos contractuales para la efectivo desarrollo y ejecución:
 1. Planeación Integral en Salud
 2. Coordinación intersectorial y Participación social
 3. Gestión administrativa y financiera
 4. Gestión del talento humano
 5. Gestión del aseguramiento
 6. Gestión de la provisión de servicios de salud
 7. Gestión de las intervenciones colectivas
 8. Vigilancia en salud pública
- b. Identificación de los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los procesos.
- c. Identificación de procesos jurídicos en los que se encuentre la entidad.
- d. Determinación de potenciales pérdidas financieras en la entidad causadas por los eventos de riesgo operacional identificados.

La etapa de identificación debe realizarse previamente a la implementación de nuevos procesos o a la modificación de cualquier proceso, así como en los casos de fusión, adquisición, cesión de activos, pasivos y contratos, entre otros.

Para la identificación, cada entidad debe tener su propio y único registro de eventos de riesgo operacional, con la información relacionada con los eventos de riesgo operacional

presentados a nivel local. A continuación, se presenta la información relevante mínima que debe tener un registro de eventos de riesgo operativo:

1. **Referencia:** Código interno que relacione el evento en forma secuencial.
2. **Área o Dependencia:** área de la entidad en la cual se detecta el evento.
3. **Proceso:** Identificación del proceso donde se produjo el evento de riesgo o se vio afectado.
4. **Fecha de descubrimiento:** Fecha en que se detecta el evento (Día, mes, año, hora).
5. **Fecha de inicio:** Fecha en la que el evento tiene su inicio (Día, mes, año, hora).
6. **Fecha de finalización:** Fecha en que finaliza el evento (Día, mes, año, hora).
7. **Descripción del evento:** Descripción detallada del evento (Canal de servicio o atención al cliente (cuando aplica), Zona geográfica).
8. **Producto-Servicio afectado:** Identificación del producto o servicio al que el evento afecta.
9. **Clase de evento:** Especifique la clase de evento, según la clasificación adoptada (Fraude interno, fraude externo, relaciones laborales, clientes, daños a activos físicos, fallas tecnológicas, ejecución y administración de procesos, entre otros).
10. **Tipo de pérdida:** Identificación de la pérdida que origina el evento:
 - Genera pérdida y afecta el estado de resultados de la entidad
 - Genera pérdida y no afecta el estado de resultados de la entidad
 - No genera pérdidas).
11. **Divisa:** Moneda en la que se materializa el evento (COP, USD, entre otras).
12. **Cuantía:** Monto de dinero a la que asciende la pérdida. Este valor debe ser presentado en moneda legal, es decir en pesos colombianos (COP). Si el evento se presenta en otra moneda diferente a la legal, se utiliza para el cambio la TRM del día en que se contabilizó la pérdida por el evento.
13. **Cuantía total recuperada:** Monto de dinero recuperado por acción directa de la entidad. Incluye cuantías recuperadas por seguros.
14. **Cuantía recuperada por seguros:** Corresponde al monto de dinero recuperado por el cubrimiento a través de un seguro.
15. **Cuentas del Plan de Cuentas afectadas:** Identifica las cuentas del “Plan de Cuentas” afectadas.
16. **Fecha de contabilización:** Fecha en que se registra contablemente la pérdida por el evento (Día, mes, año, hora).
17. **Datos del registro:** Aquí se detalla quien diligenció el formato, la dependencia y fecha del registro, así como nombre, firma y cargo de quien lo reporte.

Además de los campos descritos en este numeral, se pueden incorporar dentro del registro de eventos materializados de riesgo operacional otros adicionales que las Entidades consideren relevantes para su gestión del riesgo operacional.

Asimismo, cabe mencionar que, dentro de todos los procesos de la entidad, se debe identificar que dentro del riesgo operacional se puede encontrar inmerso el riesgo de fraude, corrupción y opacidad, el cual puede impedir el funcionamiento efectivo de las instituciones, afectando el flujo normal y efectivo de los recursos, a través de acciones y actitudes contrarias a los valores y principios éticos que deben caracterizar a las personas en su conjunto, sean naturales o jurídicas y de carácter público o privado.

5.1.1.2.2. Medición y Evaluación del Riesgo Operacional

El Subsistema de Administración del Riesgo Operacional debe permitir a la entidad medir y cuantificar las posibles pérdidas esperadas derivadas de la exposición a este riesgo en particular.

En esta etapa, el Subsistema de Administración de Riesgo Operacional debe medir la probabilidad de ocurrencia de un evento de riesgo operacional y su impacto en caso de materializarse. En caso de no contar con datos numéricos históricos se deberá realizar una aproximación cualitativa, y elaborar un plan de ajuste que posibilite la medición cuantitativa del riesgo posteriormente. Para esta etapa del ciclo, las entidades deben tener como mínimo lo siguiente:

- a. Diseñar e implementar la metodología de medición acorde con los eventos de riesgo operacional identificados procurando una medición de la probabilidad de ocurrencia y del impacto, para así determinar el perfil de riesgo de la entidad.
- b. Tener en cuenta dentro de la evaluación, los planes de contingencia y el Plan de Continuidad del Negocio, todos los recursos (físicos, humanos, técnicos y financieros) necesarios para que cada entidad enfrente la exposición al riesgo operacional bajo cualquier eventualidad, de acuerdo con su tamaño y nivel de operaciones.

5.1.1.2.3. Tratamiento y Control del Riesgo Operacional

El Subsistema de Administración del Riesgo Operacional debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo operacional inherente al que se ve expuesta en el desarrollo de sus operaciones con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o impacto en caso de que se materialicen.

Esta etapa debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

- a. Diseñar e implementar controles para cada proceso de manera que se pueda mitigar el riesgo inherente, ya sea mediante su probabilidad, impacto o ambos.
- b. Incluir los controles diseñados dentro de las políticas y procedimientos de la entidad.
- c. En cuanto a los riesgos que afecten la operación en condiciones normales de la entidad, ésta debe implementar un Plan de Continuidad de los servicios y productos ofrecidos en el alcance de sus competencias aprobado por los planes correspondiente.

5.1.1.2.3.1. Plan de Continuidad del Negocio

Las entidades deben definir, implementar, probar y mantener un proceso para administrar y asegurar la continuidad del negocio en situaciones de emergencia o desastre, incluyendo elementos como la prevención y la atención de emergencias, administración de la crisis, planes de contingencia y capacidad de retorno a la operación normal. Estas medidas deben contar con los siguientes elementos:

- a. Identificación de eventos que pueden afectar la operación.
- b. Actividades por realizar cuando se presentan las fallas.

- c. Alternativas de operación.
- d. Proceso de retorno a la actividad normal.

Las entidades deben implementar el Plan de Continuidad del Negocio de acuerdo con el documento técnico que expida la Función Pública.

5.1.2. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Las Entidades Territoriales son responsables de ejercer las funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública.

5.1.2.1. ASEGURAMIENTO

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental, Distrital y Municipal deberán vigilar que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB - cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios, a través del seguimiento a los procesos de afiliación, reporte de novedades, reconocimiento de las prestaciones económicas y la garantía del acceso a los servicios de salud, incluyendo la entrega de productos médicos (dispositivos médicos y medicamentos) cumpliendo con los estándares de calidad, contratación y pago a la red de prestación de servicios de salud. Para tal fin, las Entidades Territoriales deben realizar auditoría al aseguramiento, la prestación de los servicios de salud y el deber de información a cargo de las EAPB

Es así como, que en cumplimiento de los principios de eficacia, economía y celeridad que deben orientar las actuaciones administrativas, definidos en los numerales 11, 12 y 13 del C.P.A.C.A., la Superintendencia Nacional de Salud como cabeza del sistema de inspección, vigilancia y control, a través de la Guía de Auditoría y el Informe de Auditoría (GAUDI), focaliza los estándares y criterios relevantes para evaluar en el ámbito territorial las funciones asignadas a las Entidades Promotoras de Salud, documentos que se mantendrá publicada en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud y serán actualizados por la entidad conforme a los cambios normativos y necesidades del sector salud, señalándose a qué versión corresponde.

5.1.2.1.1. ETAPAS DE LA AUDITORÍA

La realización de la auditoría debe llevarse a cabo respetando como mínimo, las siguientes etapas:

5.1.2.1.1.1. Planeación

Para el éxito del ejercicio de auditoría, el equipo designado deberá:

- a. Establecer una Guía de Auditoría.
- b. Conocer previamente la Guía de Auditoría y la estructura del Informe de Auditoría.

- c. Identificar las características generales de la entidad a valorar, como lo son: representante legal y gerente o director regional; dirección y datos de contacto; regímenes y capacidad de afiliación según el ámbito territorial autorizados por la Superintendencia Nacional de Salud, así como las medidas administrativas especiales en curso cuando aplique; población afiliada y caracterización poblacional; Redes de Prestadores de Servicios de Salud y; peticiones, quejas y reclamos presentados ante la Entidad Territorial contra la EAPB.

Con base en los requisitos establecidos para esta etapa, la autoridad territorial competente, mediante acto administrativo de trámite ordenará la realización de la auditoría, estableciendo, como mínimo en su parte resolutive, los objetivos y alcances, fechas y lugares de ejecución, la identificación del equipo auditor y del coordinador de la auditoría.

Las Entidades Territoriales garantizarán todos los recursos necesarios para la ejecución de las auditorías.

La Entidad Territorial en esta etapa, comunicará por el medio más expedito y eficaz legalmente permitido, a la EAPB, la realización de la auditoría, dentro de los cinco días (5) calendarios anteriores a la fecha en que va a llevarse a cabo la misma, indicando la fecha y los requerimientos de información de que debe disponer el auditado para la adecuada ejecución de la auditoría.

5.1.2.1.1.2. Ejecución

Esta etapa iniciará con una reunión de apertura, que contará con la participación de las personas designadas por la Dirección de la EAPB y en la cual se presentará al equipo auditor y se expondrán las metodologías y los procedimientos aplicables al proceso; así mismo, se definirán los recursos necesarios y se revisarán los protocolos de seguridad y emergencia.

Posteriormente, se indagará y recopilará la información pertinente para evidenciar la observancia de los criterios definidos en la Guía de Auditoría, de tal forma que se tengan los soportes que den cuenta de los hechos encontrados, las valoraciones del equipo auditor y las evidencias que soportan las observaciones y hallazgos.

5.1.2.1.1.3. Evaluación y Análisis

Con base en los resultados de las auditorías realizadas, se determinarán las actuaciones a que haya lugar, de conformidad con las competencias definidas en la normatividad del SGSSS.

5.1.2.1.1.4. Responsables

La Guía de Auditoría y el Informe de Auditoría constan de componentes, cuya implementación y aplicación son distribuidos entre las entidades territoriales, las cuales deberán auditar a las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado que operen en su jurisdicción, así:

Entidades territoriales	Componente
Departamentos	Aseguramiento e Información
Municipios	Prestación de Servicios e Información
Distritos	Aseguramiento, Prestación de Servicios y de Prestación de Servicios de promoción y Detección.

5.1.2.1.1.5. Instrucciones

Para el cumplimiento de lo dispuesto anteriormente, las Entidades territoriales deberán:

5.1.2.1.1.5.1. Aplicar la Guía de Auditoría establecida por la Superintendencia Nacional de Salud como instrumento para cumplir con las funciones de inspección y vigilancia respecto de las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado que operen en su jurisdicción. Lo anterior, sin perjuicio de los demás asuntos sobre los cuales las Entidades territoriales consideren necesario ejercer sus funciones.

5.1.2.1.1.5.2. Llevar a cabo la auditoría siguiendo para el efecto la Guía de Auditoría por cada EPS que opere en su jurisdicción, conforme a la estructura definida por la Superintendencia Nacional de Salud, diligenciando la totalidad de los ítems que lo componen. Cuando una Empresa Promotora de Salud administre los dos regímenes, la auditoría se realizará por separado por cada régimen.

5.1.2.1.1.5.3. Remitir el Informe de Auditoría, dentro de los plazos establecidos en esta circular, a través de la herramienta tecnológica dispuesta por la Superintendencia Nacional de Salud en la página web.

5.1.2.1.1.5.4. Abstenerse de modificar la estructura y contenidos de la guía de Auditoría.

5.1.2.1.1.5.5. Recolectar las evidencias que sirven de sustento de los hechos y hallazgos evidenciados en el desarrollo de la auditoría y adjuntarlas por cada criterio en el Informe de Auditoría. La evidencia deberá corresponder exclusivamente a los hechos cuyo cumplimiento se pretende verificar probar y será cargada por cada criterio en forma ordenada, lógica, legible y clara. de manera que sea congruente con las situaciones identificadas. No se deben cargar a acumular evidencias que no correspondan a cada criterio y elemento a auditar.

5.1.2.1.1.5.6. Valorar las evidencias de acuerdo con la normatividad vigente aplicable a cada criterio a auditar, de manera que los hallazgos respondan a la realidad de la institución objeto de auditoría.

5.1.2.1.1.5.7. Los periodos objeto de auditoría y los plazos para el cargue de la información por parte de las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital a la Superintendencia Nacional de Salud a través del aplicativo web (GAUDI) dispuesto para tal fin, serán las siguientes:

5.1.2.1.1.5.7.1. Para departamentos y distritos:

Período objeto de auditoría	Plazos máximos para cargue de información
-----------------------------	---

Enero 1º a junio 30	Septiembre 30
Julio 1º a diciembre 31	Marzo 31

5.1.2.1.1.5.7.2. Para municipios:

Período objeto de auditoría	Plazos para primer cargue de información por los municipios	Plazos para revisión de la información por el departamento	Plazos para ajustes a la información por los municipios	Plazos máximos para cargue de información avalada por el departamento
Enero 1º a junio 30	Julio 1º a agosto 15	Agosto 16 a 31	Septiembre 1º a 15	Septiembre 30
Julio 1º a diciembre 31	Enero 1º a febrero 15	Febrero 16 a 28	Marzo 1º a 15	Marzo 31

5.1.2.2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental, Distrital y Municipal deberán vigilar que los Prestadores de Servicios de Salud cumplan continuamente con las condiciones con las cuales fueron habilitados los servicios de salud.

5.1.2.3. GESTORES FARMACEUTICOS Y OPERADORES LOGISTICOS

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental, Distrital y Municipal deberán vigilar que los gestores farmacéuticos y operadores logísticos de salud cumplan continuamente con las condiciones con las cuales fueron autorizados para su funcionamiento.

Se deben tener en cuenta para esta vigilancia, el seguimiento, monitoreo, verificación y soporte para la atención adecuada y centrada en el usuario por medio del servicio farmacéutico que los gestores farmacéuticos deben contemplar, complementado por áreas de almacenamiento y distribución que realizan los operadores logísticos que cumplan con lo necesario para dispensar productos médicos de calidad, seguros y eficaces como parte del proceso de atención por sí mismo.

Por lo anterior, las entidades territoriales deben contar con los recursos financieros, tecnológicos y de recurso humano para realizar estas actividades de inspección, vigilancia y control.

5.1.2.4. GENERADORES DE RECURSOS

Las entidades territoriales del Orden Departamental, Distrital y Municipal deben gestionar y verificar las rentas correspondientes al monopolio de juegos de suerte y azar, al impuesto al consumo de cervezas y sifones, al monopolio rentístico de licores destilados y alcohol potable con destino a la fabricación de licores, al impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares y al impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado, respecto de la correcta declaración, liquidación, pago y giro de estos recursos, verificando en

consecuencia la exactitud y oportunidad de cada una de ellas tanto en los fondos territoriales de salud como en la ADRES.

En los términos del artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, la entidad territorial que no gestione el giro de los recursos a la ADRES será responsable del pago en lo que corresponda para el aseguramiento en salud para la población afiliada al Régimen Subsidiado. En estos casos, la Entidad Territorial será la responsable de informar a la ADRES sobre el valor total recaudado, de girar el valor de la UPC a su cargo y girar a la ADRES los recursos recaudados que excedan el costo asumido de la UPC, sin perjuicio de las sanciones disciplinarias y fiscales a que haya lugar por la omisión en dicha gestión.

5.1.3. SALUD PÚBLICA

5.1.3.1. PLANEACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD PÚBLICA

5.1.3.1.1. Elaborar anualmente el Plan de Acción en Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Territorial y Plan Territorial en Salud, aprobarlo y cargarlo en el aplicativo dispuesto para ello. Frente a esta competencia, la Superintendencia Nacional de Salud realizará inspección, vigilancia y control a la oportunidad y calidad de la información reportada en el Portal web de gestión PDSP del MSPS (SISPRO) o en el que se disponga para tal fin.

5.1.3.2. PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PSPIC

Dar cumplimiento a las características de calidad, oportunidad, continuidad, accesibilidad, pertinencia, seguridad, integralidad y adaptabilidad de las intervenciones colectivas en los territorios.

5.1.3.3. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

5.1.3.3.1. Realizar acciones de vigilancia en Salud Pública siguiendo la normativa y los lineamientos que sobre el asunto expida el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS y el Instituto Nacional de Salud – INS para tal fin.

5.1.3.3.2. Contar con la disponibilidad, continuidad y suficiencia del recurso humano e insumos técnicos, para garantizar el funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción.

5.1.3.3.3. Realizar las acciones de Inspección y Vigilancia de acuerdo con sus competencias, al cumplimiento de las responsabilidades de los diferentes actores del SGSSS, respecto a la Vigilancia en Salud Pública.

5.1.3.3.4. Informar a la Superintendencia Nacional de Salud, los incumplimientos de los vigilados de su jurisdicción adjuntando las evidencias y soportes que correspondan.

5.1.3.3.5. Verificar que todos los laboratorios de su jurisdicción estén inscritos y

registrados en RELAB.

5.1.3.4. ATENCIÓN EN SALUD

Las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal tendrán la obligación de:

5.1.3.4.1. Caracterizar las personas sujeto de protección constitucional reforzada pues requieren una atención en salud prioritaria y especial, sin que sea posible limitar su acceso a los servicios de salud por cuenta de trámites administrativos o cuestiones económicas.

5.1.3.4.2. Acatar todos los fallos de la Corte Constitucional y aplicar las reglas sentadas en las sentencias y en cualquier otra providencia que se proyecte frente a eventos de interés en salud pública de importancia nacional.

5.1.3.4.3. Asegurar que la población general y diferencial obtengan información suficiente, amplia y adecuada, así como orientación, apoyo y acompañamiento en relación a eventos de interés en salud pública frente a la prestación de servicios, a fin de facilitar el acceso oportuno y eficiente a dichos servicios y en el caso de la IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo), permitir que puedan tomar una decisión informada en ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

5.1.3.4.4. Fomentar la articulación al interior de las dependencias de las entidades territoriales de salud para la prestación de servicios individuales y colectivos, para dar respuesta integral a la población ante la presencia de un evento de interés en salud pública.

5.1.3.4.5. Fortalecer las relaciones intersectoriales para la implementación de las políticas, planes y estrategias de acuerdo con las particularidades y contextos territoriales, para la atención integral de pacientes. Por ejemplo, en personas consumidoras de sustancias psicoactivas (SPA) o con problemas de ansiedad o intento de suicidio, coordinar con las EAPB de las acciones de complementariedad entre los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) y Planes de Beneficios con cargo a la UPC y la detección temprana en los ámbitos escolares para la atención en salud.

5.1.3.4.6. Tener claridad de las rutas de acceso y de atención a pacientes cuando se presenten eventos de interés en salud pública.

5.1.3.4.7. Realizar inspección, vigilancia y control del aseguramiento, la prestación de servicios, la verificación de las condiciones de habilitación de los prestadores, así como los procesos y funcionamiento de la referencia y contrarreferencia de la red de prestadores que atienden eventos de interés en salud pública.

5.1.3.4.8. Verificar que las EAPB cuenten dentro de su red prestadora con instituciones que atiendan con carácter diferencial, a la población con discapacidad y cumplan con la infraestructura adecuada de acuerdo con el tipo de discapacidad.

5.1.3.4.9. Garantizar el acceso a los diferentes servicios de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria requeridos por las víctimas de MAP/MUSE o de ataques por ácidos o cualquier tipo de violencia que pueda llegar a tener algún tipo de discapacidad o pueda

tener como desenlace la muerte, teniendo en cuenta la Ruta Integral de Atención en Salud y de Rehabilitación Funcional Para Víctimas y demás normas, instrucciones y conceptos concordantes con la materia.

5.1.3.4.10. Garantizar la atención psicosocial de las víctimas, mediante la implementación de programas o procesos articulados de servicios con la finalidad de favorecer la recuperación o mitigación de los daños psicosociales, acorde con lo definido en la ley, los programas y políticas de atención integral a las víctimas vigentes.

En el caso de las entidades territoriales del orden departamental deben asegurar la concurrencia de los municipios de categorías 4, 5 y 6 en el logro de objetivos y metas trazadas desde el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, relacionadas con los eventos de interés de salud pública presentes en sus territorios

5.1.4. REPORTE Y RESPUESTA A REQUERIMIENTOS POR LOS ACTORES DEL SGSSS

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental, Distrital y Municipal deberán verificar que los diferentes actores del SGSSS realicen los reportes de información y requerimientos realizados por las diferentes entidades del Orden nacional y territorial de forma oportuna y con calidad.

5.1.5. ANEXOS TÉCNICOS Y REPORTE DE LA INFORMACIÓN

Para efecto de verificar el cumplimiento normativo, la Superintendencia Nacional de Salud establece los formatos de reporte de información para la Entidades Territoriales, a través del capítulo de los Anexos Técnicos, los cuales deben ser reportados en el aplicativo que la Superintendencia disponga para ello, los cuales deben cumplir con calidad, oportunidad, cumplir a cabalidad con las especificaciones técnicas para el cargue y reporte de la información.

Las Entidades Territoriales deben remitir la información Financiera y Presupuestal a los organismos de control en cada uno de los aplicativos exigidos por el Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud y de Protección Social y la Contaduría General de la Nación.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

CAPITULO SEGUNDO ENTIDADES TERRITORIALES DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL

5.2.1. COMPONENTE FINANCIERO

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital, deben mantener la información Financiera y Presupuestal de manera organizada y debidamente soportada, la cual debe ser consistente en todos los reportes que se hagan a los organismos de control.

5.2.1.1. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

La información presupuestal del Fondo Local de Salud está reglamentada en la Resolución 3042 de 2007 y sus modificaciones, la información presupuestal del Fondo Local de Salud se debe presentar como una cuenta independiente de las demás que conforman el Presupuesto de la Entidad Territorial Departamental y Distrital. La información que será objeto de reporte anual a la Superintendencia Nacional de Salud es la siguiente

- Fuentes y Usos del Fondo Local de Salud
- Fuentes y Usos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)
- Fuentes y Usos por las acciones de la Gestión de la Salud Pública
- Fuentes y Usos de Otros Gastos en Salud
- Rentas Cedidas

5.2.1.2. CUENTAS POR PAGAR

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital deben registrar en el Estado de Situación Financiera de manera desagregada las obligaciones del SGSSS, por conceptos, en las Cuentas: (2480) Cuentas por Pagar y (2732) Provisiones de Administración y Servicios de Salud.

Por Prestación de Servicios de Salud, corresponde a los valores adeudados por la Entidad Territorial Departamental y Distrital por concepto de prestación de servicios a la población a cargo PPNA, Prestación de Servicios y Tecnologías en Salud NO PBS, acciones de Salud Pública y otros gastos en salud. Esta información se debe presentar por edades y con el tercero acreedor de la cuenta, identificando valor cobrado, glosa, valor pagado y saldo por pagar.

Adicionalmente, las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital certificadas, deberán reportar los saldos contables anuales de pasivos vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud

5.2.2. COMPONENTE DE ASEGURAMIENTO

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital deberán:

5.2.2.1. Adelantar las acciones inspección y vigilancia del aseguramiento al SGSSS de los regímenes exceptuados y especiales.

5.2.2.2. Implementar estrategias de promoción del aseguramiento de la población de las respectivas jurisdicciones y aplicarán los mecanismos definidos por la normatividad para realizar su afiliación en salud, entre ellos, la implementación del Sistema de Afiliación Transaccional - SAT y la afiliación de oficio.

5.2.2.3. Asegurar que la organización, administración y uso del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) se ciña a los ordenamientos legales. Así mismo, deben asegurar que la encuesta corresponda a lo

establecido por Planeación Nacional y se ajuste a la normatividad vigente del SGSSS, y se cumpla la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de estas.

5.2.2.4. Deben cumplir con lo dispuesto en la Resolución 5246 de 2016, modificada por la 2339 de junio de 2017, el Decreto 1495 de 2016 y las normas que los adicionen, modifiquen o sustituyan y dar cumplimiento al envío de estos al MSPS a través de la Plataforma SISPRO, en la estructura y condiciones definidas para el efecto en la Resolución 4622 de 2016, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. En el mismo sentido, realizarán la afiliación de oficio cuando hubiere lugar a ello y deben tener disponibles los documentos y evidencias que sustenten el seguimiento efectuado a la afiliación al SGSSS de la población pobre y vulnerable de su jurisdicción identificada a través de instrumentos antes mencionados

5.2.2.5. Deben reportar las novedades relacionadas con la afiliación a la BDUA acorde con lo dispuesto en la Resolución 4622 de 2016 o las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, igualmente deben mantener los soportes que evidencien el cumplimiento de sus responsabilidades frente a la operación de las mismas.

Adicionalmente, las Entidades Territoriales del Orden Departamental deberán:

5.2.2.6. Realizar seguimientos a los municipios de cada jurisdicción respecto a los procesos de actualización y depuración de la BDUA, al igual que las correspondientes al proceso de Liquidación Mensual de Afiliados – LMA, orientado a evitar pagos indebidos con cargo a recursos que financian el SGSSS.

5.2.2.7. En virtud de lo dispuesto en el artículo 43 de la ley 715 de 2001 y en armonía con los principios de complementariedad y concurrencia deben disponer permanentemente de la evidencia y documentos que soporten la gestión de vigilancia y seguimiento del aseguramiento en lo referente al monitoreo que deben adelantar los municipios respecto a la promoción de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes, estrategias articuladas con los actores del SGSSS que operen en cada jurisdicción.

5.2.2.8. Deben disponer permanentemente de los documentos soportes que evidencien la inspección y vigilancia a los municipios respecto de la gestión adelantada para el logro de las metas de cobertura universal del aseguramiento y la implementación de estrategias articuladas con los actores del SGSSS que operan en cada jurisdicción para identificación de la Población No Asegurada y su priorización para afiliación al SGSSS de conformidad con lo señalado en el parágrafo 3 del artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, la Resolución 1268 de 2017 y las normas que los adicionen, modifiquen o sustituyan.

5.2.3. COMPONENTE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

5.2.3.1. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD (SOGCS)

Mediante el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, los artículos 2.5.1.1.1 y subsiguientes, el Gobierno Nacional definió el sistema

obligatorio de garantía de calidad de la atención de Salud - SOGCS, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyos componentes, están constituido por el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema de Información para la Calidad y el Sistema Único de Acreditación, los cuales se interrelacionan entre sí, en cuanto todos apuntan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y su familia.

5.2.3.1.1. **Sistema Único de Habilitación**

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital deben:

5.2.3.1.1.1. Asegurar que la información incluida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud se encuentra actualizada y que los Prestadores de Servicios de Salud reporten oportunamente las novedades que se puedan presentar sobre la prestación de servicios de salud y capacidad instalada

5.2.3.1.1.2. Formular el Plan de Visitas de Verificación para ser ejecutado de acuerdo con las disposiciones que emita el Ministerio de salud y Protección Social

5.2.3.1.1.3. Reportar oportunamente el resultado de las Visitas de Verificación de Condiciones de Habilitación realizadas en el período inmediatamente anterior al reporte anual.

5.2.3.1.2. **Sistema de Información para la Calidad**

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital deben:

5.2.3.1.2.1. Garantizar la implementación de Sistema de Información para la Calidad, para lo cual deberán realizar asistencias técnicas a los Prestadores de Servicios de Salud habilitados en su jurisdicción.

5.2.3.1.2.2. Realizar el análisis de la información resultante del monitoreo de la calidad en salud estipulado por el MSPS. Así como de establecer las acciones pertinentes que contribuyan a la mejora de los resultados en salud a través del trabajo articulado con los diferentes actores del SGSSS e intersectoriales.

5.2.3.1.2.3. Realizar inspección, vigilancia y control a las instituciones prestadoras de servicios de Salud y a los servicios de transporte especial de pacientes de su jurisdicción frente al sistema de información para la calidad.

En cualquier caso, la Superintendencia podrá requerir a la Entidad Territorial, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y/o a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes la ampliación de la información reportada por la Entidad Territorial.

5.2.3.1.3. **Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud**

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital deben:

5.2.3.1.3.1. Brindar asesoría y asistencia técnica a las EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS -de su jurisdicción, para la correcta formulación e

implementación de los programas de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

5.2.3.1.3.2. Realizar Inspección, Vigilancia y Control a la formulación y cumplimiento de los contenidos del PAMEC de los prestadores de servicios de Salud de su jurisdicción.

5.2.3.1.4. **Prestación de Servicios a la Población Pobre No Asegurada (PPNA)**

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital deben:

5.2.3.1.4.1. Garantizar el aseguramiento a la Población Pobre No Asegurada (PPNA) al régimen de salud que corresponda teniendo en cuenta su capacidad de pago y los gastos en salud que se deriven de la atención. La población que no haya surtido el proceso de afiliación, los gastos de la atención serán asumidos por la Entidad Territorial (artículo 236 Ley 1955 de 2019).

5.2.3.1.4.2. Garantizar la continuidad de la contratación de los servicios de salud requeridos por la PPNA.

5.2.3.2. **SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital deben definir y documentar el proceso de referencia y contrarreferencia para la PPNA de tal manera que se garantice la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad.

5.2.3.3. **PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO – PMH**

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital deben:

5.2.3.3.1. Recibir a más tardar el 30 de enero de cada año, la certificación escrita con la firma del representante legal y del revisor fiscal de cada una de las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter privado (*en las cuales el valor de los contratos con la Nación o con las entidades territoriales les representen más de un treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales*), en las que se indique el valor y el porcentaje del presupuesto utilizados en las actividades de mantenimiento hospitalario, durante la vigencia del año anterior. Para dar cumplimiento al párrafo del artículo 9o. del Decreto 1769 de 1994.

5.2.3.3.2. Consolidar las certificaciones de todas las instituciones prestadoras de servicios de Salud de su jurisdicción y los enviarán a la Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud de esta Superintendencia, previa verificación de su exactitud y veracidad, a más tardar el 25 de febrero de cada año, referentes a la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior.

5.2.3.3.3. Realizar capacitación y asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud en la elaboración del Plan de Mantenimiento Hospitalario, así como, el monitoreo y seguimiento al cumplimiento y ejecución presupuestal del mismo.

CAPITULO TERCERO

ENTIDADES TERRITORIALES DEL ORDEN MUNICIPAL

5.3.1. COMPONENTE FINANCIERO

5.3.1.1. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

Las Entidades Territoriales del Orden Municipal deben mantener actualizada la información presupuestal del Fondo Local de Salud conservando tanto en las cuentas del Ingreso como en el Gasto la estructura estipulada en la Resolución 3042 de 2007, es decir que la información presupuestal del Fondo Local de Salud se debe presentar como una cuenta independiente de las demás que conforman el Presupuesto de la Entidad Territorial. La información que será objeto de reporte anual a la Superintendencia Nacional de Salud es la siguiente

- Fuentes y Usos del Fondo Local de Salud
- Fuentes y Usos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)
- Fuentes y Usos por las acciones de la Gestión de la Salud Pública
- Fuentes y Usos de Otros Gastos en Salud
- Rentas Cedidas

5.3.1.2. CUENTAS POR PAGAR

Las Entidades Territoriales del Orden municipal deben registrar en el Estado de Situación Financiera de manera desagregada las obligaciones del SGSSS, por conceptos, en las Cuentas: (2480) Cuentas por Pagar y (2732) Provisiones de Administración y Servicios de Salud.

Por Prestación de Servicios de Salud, corresponde a los valores adeudados por la Entidad Territorial Municipal por concepto de prestación de servicios a la población a cargo PPNA, Prestación de Servicios y Tecnologías en Salud NO PBS, acciones de Salud Pública y otros gastos en salud. Esta información se debe presentar por edades y con el tercero acreedor de la cuenta, identificando valor cobrado, glosa, valor pagado y saldo por pagar.

5.3.2. COMPONENTE DE ASEGURAMIENTO

5.3.2.1. IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA – PPNA- FOCALIZACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA AFILIACIÓN AL SGSSS

Las Entidades Territoriales del Orden Municipal deben:

- a. Asegurar que la organización, administración y uso del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén) se ciña a los ordenamientos legales. Así mismo, deben asegurar que la encuesta corresponda a lo establecido por Departamento Nacional de Planeación y se ajuste a la normatividad vigente del SGSSS, cumpliendo con el proceso de focalización de subsidios en salud.

- b. Identificar la población pobre y vulnerable, mediante la aplicación de diferentes mecanismos a efectos de asegurar la afiliación al Régimen Subsidiado, e igualmente, disponer permanentemente de los documentos que soporten los listados censales de poblaciones especiales de su competencia, acorde con la reglamentación que rige el SGSSS.
- c. Realizar la afiliación de oficio cuando hubiere lugar a ello y deben tener disponibles los documentos y evidencias que sustenten el seguimiento efectuado a la afiliación al SGSSS de la población pobre y vulnerable de su jurisdicción identificada a través de instrumentos antes mencionados
- d. Garantizar que los afiliados al régimen subsidiado cumplan con los requisitos legales para pertenecer a dicho régimen, sin perjuicio de las competencias de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales – UGPP.
- e. Reportar las novedades relacionadas con la afiliación a la BDUA acorde con lo dispuesto en la Resolución 4622 de 2016 o las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, igualmente deben mantener los soportes que evidencien el cumplimiento de sus responsabilidades frente a la operación de la novedad de movilidad acorde con lo estipulado en la Resolución 5600 de 2015 y las normas que los adicionen, modifiquen o sustituyan.

5.3.3. COMPONENTE DE PRESTACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

5.3.3.1. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD - SOCGS

Mediante el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, los artículos 2.5.1.1.1 y subsiguientes, el Gobierno Nacional estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud - SOCGS, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, está constituido por el sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de Salud, el sistema de información para la calidad y el sistema único de acreditación, los cuales se interrelacionan entre sí, en cuanto todos apuntan a la mejora de los resultados de la atención en Salud, centrados en el usuario y su familia.

5.3.3.1.1. **Sistema Único de Habilitación:** Las Entidades Territoriales del Orden Municipal deben tener disponibles los documentos que soporten la gestión de las búsquedas activas de prestadores de servicios de Salud no habilitados en su territorio o que prestan servicios de salud no habilitados, así como copia de los reportes de notificación enviados las Direcciones Departamentales de Salud.

5.3.3.1.2. **Sistema de Información para la Calidad:** Las Entidades Territoriales del Orden Municipal serán responsables de realizar el análisis de la información resultante del monitoreo de la calidad en salud estipulado por el MSPS. Así como de establecer las acciones pertinentes que contribuyan a la mejora de los resultados en salud a través del

trabajo articulado con los diferentes actores del SGSSS e intersectoriales.

5.3.3.1.3. **Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud:**
Las Entidades Territoriales del Orden Municipal deberán brindar asesoría y asistencia técnica a las EAPB e IPS de su jurisdicción, para la correcta formulación e implementación de los programas de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.