

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002336 DE 2023

(29 DIC 2023)

Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (E)

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el inciso segundo del artículo 120 del Decreto - Ley 019 de 2012, el párrafo 2 del artículo 2.5.3.1.1, los artículos 2.5.3.1.3, 2.5.3.1.4, 2.5.3.2.6, 2.5.3.2.7, 2.5.3.4.3.1, 2.5.3.4.7.1 y 2.5.3.4.7.4 del Decreto 780 de 2016.

CONSIDERANDO

Que el artículo 48 de la Constitución Política consagra que: *“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley (...)”*. A su vez, el inciso primero del artículo 49 de la Carta Política señala: *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. (...)”*.

Que, atendiendo al principio constitucional expuesto, corresponde al Estado garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas, considerando a estas como usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la prestación de los servicios de salud y la provisión de tecnologías en salud.

Que el artículo 14 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que alude a la prohibición de la negación de prestación de servicios, establece que para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requiere ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumple la función de gestión de servicios de salud, cuando se trate de atención de urgencia.

Que, el literal a) del artículo 5 de la Resolución 1220 de 2010, *“Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE”* establece como función de estos centros, de manera conjunta con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la de contribuir en la atención adecuada y oportuna de los pacientes que requieren atención en situaciones de urgencia, actividades que resultan concordantes con lo dispuesto en el artículo 14 de la Resolución 926 de 2017, acto administrativo a través del cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas, que señala como responsabilidad de los CRUE, entre otras, la de coordinar y gestionar la respuesta en salud requerida, para la atención de las situaciones de urgencia, emergencia o desastre reportadas por la comunidad o por las autoridades.

Que el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, relativo a la organización del aseguramiento, señala que las Entidades Promotoras de Salud – EPS son responsables de cumplir con

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

las funciones indelegables del aseguramiento en salud, lo cual incluye la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, funciones que deben atender lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.7.4 del Decreto 780 de 2016, respecto del acceso a la atención integral sin mediación de la autorización, razones por las cuales se requiere definir los procedimientos y mecanismos expeditos a aplicar por las partes suscribientes del acuerdo de voluntades, para su cumplimiento.

Que, este Ministerio mediante la Resolución 3047 de 2008 y sus modificatorias, resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012, definió los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores y las entidades responsables del pago de servicios de salud, aspectos fundamentados en las disposiciones contenidas en el Decreto 4747 de 2007, acto administrativo que en su momento fue compilado en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Que, mediante el Decreto 441 de 2022 fue sustituido el referido capítulo, normativa a través de la cual se regularon algunos aspectos generales de los acuerdos de voluntades que suscriben las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, por lo que requiere una nueva reglamentación que conduzca a la consistencia, actualización de la información y operativización de las disposiciones hoy vigentes.

Que el artículo 2.5.3.4.2.2 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 estableció el contenido mínimo de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud, incluyendo entre otros, la modalidad de pago y los mecanismos de ajuste de riesgo y la nota técnica, haciéndose necesario establecer algunas circunstancias en las que es posible realizar ajustes de riesgo frente a las desviaciones de dicha nota técnica, esto, con el objetivo de mitigar el impacto financiero ocasionado por dichas desviaciones, tal como se define en el numeral 2 del artículo 2.5.3.4.1.3 del citado decreto.

Que en el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto 780 de 2016 se estableció la necesidad de utilizar indicadores de estructura, proceso o resultado como herramienta técnica que permite el seguimiento de los acuerdos de voluntades, resultando procedente determinar los elementos mínimos para su definición, seguimiento y evaluación.

Que, de otra parte, se hace necesario definir el procedimiento que debe adelantarse para las atenciones en salud en las que no media la autorización, tal como se determinó a través del mandato legal en: i) el artículo 4 de la Ley 2026 de 2020 para la atención del menor con cáncer, modificadorio del artículo 3o de la Ley 1388 de 2010; ii) atención del VIH/SIDA, de acuerdo con el artículo 1o de la Ley 972 de 2005; iii) atención de cáncer de adultos, de conformidad con la Ley 1384 de 2010; iv) prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud relacionados con la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, que este Ministerio haya definido como de obligatorio cumplimiento; v) atenciones priorizadas por la entidad responsable de pago de acuerdo con la caracterización poblacional o el análisis de la situación en salud que esta realice; vi) gestión de eventos y condiciones en salud priorizados a través de la política pública; y, vii) todos aquellos casos en los que así se prevea en la normatividad, al tenor de lo establecido por el artículo 2.5.3.4.7.4 del referido Decreto 780 de 2016.

Que, a partir de lo expuesto y en concordancia con el párrafo 2 del artículo 4 de la Ley 2026 de 2020, es preciso reglamentar el mecanismo a través del cual se llevará el control administrativo de los servicios prestados a los menores con cáncer, determinando este mecanismo mediante la definición de aspectos técnicos a tener en cuenta por parte de los prestadores de servicios de salud, los proveedores de tecnologías en salud y las entidades responsables de pago.

4/2

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

Que el artículo 125 del Decreto Ley 019 de 2012 modificado por el artículo 105 del Decreto Ley 2106 de 2019, relativo a la autorización de servicios electivos, señala que de requerirse autorización para la prestación de estos servicios, los ambulatorios u hospitalarios, el trámite se realizará directamente por el prestador de servicios de salud ante la entidad responsable del pago, sin la intermediación del afiliado, aspecto concordante con lo dispuesto en el literal p) del artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el que se establece que las personas tienen derecho a que no le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio de salud, requiriéndose en tal sentido establecer los mecanismos que materialicen de manera efectiva el artículo.

Que la operación del sistema de referencia y contrarreferencia debe atender a la integralidad del proceso de atención en salud, sin limitarse a los casos de urgencias, tal como lo prevé el artículo 2.5.3.4.7.5 del Decreto 780 de 2016, por lo que se hace necesario fijar el procedimiento y los términos para su cumplimiento.

Que, conforme con lo señalado en el artículo 2.5.3.4.7.2 *ibidem*, es preciso reglamentar la actualización de la información de contacto de la población objeto de atención, estableciendo el procedimiento para que los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud puedan llevar a cabo dicho reporte ante la entidad responsable de pago.

Que, los artículos 2.5.3.4.8.2 y 2.5.3.4.8.3 *ejusdem* establecieron que las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud deben acordar canales de relacionamiento y entrega de información mediante mecanismos ágiles, eficaces y oportunos para desarrollar los procesos relacionados con las etapas precontractual, contractual y post contractual en el territorio donde se ejecute el acuerdo de voluntades, priorizando los medios digitales y electrónicos, y adoptando medidas de responsabilidad demostrada y reforzada para garantizar el tratamiento de los datos personales y los datos sensibles, en cumplimiento del artículo 15 de la Constitución Política, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, garantizando la veracidad, seguridad, confidencialidad, calidad, uso y circulación restringida de esta información.

Que, como ya se había indicado, en la Resolución 3047 de 2008 se habían establecido los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, en donde se alude a los intercambios de información sobre actualización de datos del afiliado, informe de atención de urgencias, solicitud y respuesta de autorización, los cuales deben estandarizarse, razón por la que es preciso definir los campos que deben contener cada uno de esos trámites, de modo que sean consistentes con las estructuras de datos definidos en el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud – RIPS, soporte obligatorio en el trámite de la factura de venta del sector salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades suscritos entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud.

Artículo 2. Campo de aplicación. La presente resolución aplica a:

2.1. Las entidades responsables de pago, a saber:

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

- 2.1.1. Las entidades promotoras de salud;
- 2.1.2. Las entidades adaptadas;
- 2.1.3. Las administradoras de riesgos laborales en su actividad en salud;
- 2.1.4. Las entidades territoriales cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas; y,
- 2.1.5. Las entidades que administran u operan los regímenes Especial y de Excepción, así como el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, cuando celebren acuerdos de voluntades con los prestadores de servicios de salud o con proveedores de tecnologías en salud a quienes les sea aplicable.

2.2. Los prestadores de servicios de salud

- 2.2.1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud;
- 2.2.2. Los profesionales independientes de salud; y,
- 2.2.3. El transporte especial de pacientes.

2.3. Los proveedores de tecnologías en salud

- 2.3.1. Operadores logísticos de tecnologías en salud;
- 2.3.2. Gestores farmacéuticos; y,
- 2.3.3. Organizaciones no gubernamentales, universidades, personas jurídicas y personas naturales que realicen la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud en el marco de lo dispuesto en el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016.

Artículo 3. Elementos para la definición, seguimiento y evaluación de indicadores. En la definición, seguimiento y evaluación de los indicadores de estructura, proceso o resultado que sean pactados en el acuerdo de voluntades, conforme con lo dispuesto por el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto 780 de 2016, se deben tener en cuenta lo siguiente:

- 3.1. Selección de indicadores que tengan relevancia respecto a la medición del proceso, estructura o resultado asociado al objeto del acuerdo de voluntades, fundamentado en la mejor evidencia científica, técnica y administrativa disponible. Esta selección deberá ser concertada entre las partes, con el fin de evitar glosas injustificadas asociadas al posterior incumplimiento.
- 3.2. Tener como base la normatividad, los lineamientos técnicos y las guías de práctica clínica que este Ministerio haya establecido, cuando los servicios y tecnologías en salud correspondan al cumplimiento de objetivos del país, políticas públicas, tratados internacionales o similares.
- 3.3. Incluir la información de caracterización de la población o el análisis de situación en salud, según aplique, para la definición de la base poblacional sujeto de la medición, así como para el establecimiento de la línea base de los indicadores pactados.
- 3.4. Definición de la periodicidad de la medición del indicador que permita cuantificar y cualificar los avances registrados durante el término de ejecución del acuerdo de voluntades.
- 3.5. Registro de información de identificación, de programación y seguimiento, en los siguientes términos:
 - 3.5.1. Ficha técnica que contenga como mínimo: nombre, descripción, unidad de medida, fórmula, periodicidad y progresividad de la medición, clasificación por tipología (de gestión, calidad de atención o resultados en salud) y fecha de creación del indicador. En caso de seleccionar indicadores derivados de la normatividad del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud o la Cuenta de Alto Costo, la ficha técnica deberá corresponder a la respectiva reglamentación, guía de práctica clínica o lineamiento.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

3.5.2. La programación y seguimiento deberá contener como mínimo: línea base al momento de iniciar el periodo contractual, teniendo en cuenta la caracterización de la población o el análisis de situación en salud, metas, umbrales, rangos, resultados, descripción de avances, fecha de corte y avances realizados en caso de prórrogas o renovaciones automáticas.

Artículo 4. Criterios para el seguimiento en los acuerdos de voluntades. El proceso periódico de seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades deberá:

- 4.1. Aplicar un proceso conjunto de evaluación y mejora continua entre las partes.
- 4.2. Incluir la evaluación técnica, operativa y financiera de los indicadores seleccionados.
- 4.3. Desarrollar la metodología que se haya determinado en el acuerdo de voluntades para evaluar las frecuencias mínimas o periodicidad por persona definidas en las normas técnicas expedidas por este Ministerio.
- 4.4. Determinar el porcentaje, nivel o rangos de cumplimiento de los indicadores establecidos.
- 4.5. Priorizar la evaluación de los indicadores de mayor interés territorial, de conformidad con las metas de los Planes Territoriales de Salud, las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS y los relacionados con las intervenciones obligatorias para la atención de las condiciones crónicas y de alto costo.
- 4.6. Evaluar la existencia de factores que no sean del alcance y gestión por parte del prestador de servicios de salud o del proveedor de tecnologías en salud, los cuales no podrán ser objeto de glosa. En caso de que se presenten estas situaciones, se deberán hacer los ajustes en la nota técnica, los indicadores y la formulación de acciones de mejora.
- 4.7. Incluir el seguimiento a las acciones administrativas para mejorar y facilitar los procesos de facturación y de gestión de cuentas médicas, así como los procesos de referencia y contrarreferencia, así como las acciones para la atención con y sin mediación de la autorización, de conformidad con lo establecido en la presente resolución.
- 4.8. Definir los incentivos por la mejoría, logro y mantenimiento de los resultados pactados, o los porcentajes de glosa ante los posibles incumplimientos de los mismos. En caso de optar por este último, el porcentaje de glosas deberá establecerse con base en la distribución del valor *per cápita*, y el peso porcentual de los servicios y tecnologías incluidos en la nota técnica y, para el caso de los incentivos económicos o no económicos se deberá realizar el análisis de avance en los principales eventos de interés en salud territorial.

Artículo 5. Circunstancias a contemplar en los mecanismos de ajuste de riesgo. Los mecanismos de ajuste de riesgo incluidos en la nota técnica en los que se pacte modalidad de pago prospectiva deberán preverse como mínimo en las siguientes circunstancias:

- 5.1. Cuando la población aumente o disminuya como consecuencia de la asignación de afiliados, en los términos establecidos en el Título 11 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 o de la norma que lo modifique o sustituya.
- 5.2. Cuando la población o las frecuencias se afecten por ajustes en la red integral e integrada de salud.
- 5.3. Cuando exista variación en el perfil de morbilidad frente a la caracterización poblacional entregada por la entidad responsable de pago.
- 5.4. Cuando se requiera la priorización a nivel territorial de la disponibilidad de servicios y tecnologías en salud, en atención a la respuesta a indicadores priorizados de salud pública y atención primaria en salud.
- 5.5. Cuando exista un incremento en la incidencia de condiciones crónicas o de alto costo.
- 5.6. Cuando en el resultado del seguimiento del acuerdo de voluntades, se evidencien cambios en las frecuencias de uso o en los costos de prestación o provisión de los servicios o tecnologías en salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

5.7. Cuando se presenten eventos de fuerza mayor o caso fortuito, que afecten la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud.

Artículo 6. Proceso administrativo para las atenciones que no requieren autorización. En los casos en los que no se requiera autorización, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.7.4 del Decreto 780 de 2016, para el control administrativo y la gestión de riesgo en salud, se deberá cumplir como mínimo, con los siguientes aspectos técnicos:

6.1. Por parte del prestador de servicios de salud:

6.1.1. Teniendo en cuenta el diagnóstico, la fase de atención o evolución clínica de la persona, se deberá reportar la información sobre la presunción o confirmación diagnóstica de la atención en salud según aplique, haciendo uso de las fichas de notificación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, informe de atención de urgencias, o aquellos que las partes hayan pactado cuando se trate de otros eventos, con el fin de garantizar la gestión del riesgo en salud, el seguimiento administrativo y la representación del afiliado ante el prestador de servicios de salud.

6.1.2. Información periódica a la entidad responsable de pago respecto del proceso de atención y del resultado de esta, de acuerdo con el tipo de diagnóstico, la fase de atención o la evolución clínica de la persona. Las partes establecerán los instrumentos, contenidos y periodicidad con que debe hacerse.

6.2. Por parte del proveedor de tecnologías en salud:

Información periódica a la entidad responsable de pago del suministro de la tecnología prescrita por el prestador.

6.3. Por parte de la entidad responsable de pago:

6.3.1. Articulación y definición del prestador de servicios de salud que hace parte de la red integral e integrada de salud y del proveedor de tecnologías en salud, para la atención integral de la condición de salud de la persona, determinando la continuidad en el prestador que está realizando la atención sin autorización o la remisión a otro prestador según las condiciones de salud de la persona.

6.3.2. Gestión administrativa y evaluación de la calidad de la atención brindada al paciente con base en la información recibida por el prestador, señalada en el numeral 6.1.2 del presente artículo.

6.3.3. Consolidación de la información, que permita el monitoreo a las atenciones sin autorización, relacionada con el proveedor de tecnologías en salud, prestador de servicios de salud o la red integral e integrada de salud a cargo de los servicios y tecnologías en salud que la persona demande.

Artículo 7. Gestión del informe de atención de urgencias. El envío del informe de atención de urgencias establecido en el artículo 2.5.3.2.6 del Decreto 780 de 2016 se efectuará mediante el diligenciamiento de los campos de datos definidos en el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente resolución. Así mismo, el informe de atención de urgencias deberá ser enviado a través de los medios de transferencia de información y canales de información transaccionales de que tratan los artículos 16 y 17 de la presente resolución.

Cuando el prestador no pueda identificar a la persona que requiere la atención en salud, deberá enviar a la secretaria de salud departamental, distrital o municipal de su jurisdicción, según aplique, o a la entidad que haga sus veces, el informe de atención de urgencias en los términos descritos en el inciso anterior, y una vez sea identificada la

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

persona y la entidad responsable de pago, el prestador de servicios de salud deberá allegar el soporte de envío del informe de atención de urgencias.

De determinarse que la persona no se encuentra afiliada, el prestador de servicios de salud deberá adelantar el proceso de afiliación de oficio, de que trata el artículo 2.1.5.1.4 del Decreto 780 de 2016.

Artículo 8. Gestión de la autorización para servicios posteriores a la atención de urgencias sin egreso hospitalario. Una vez el profesional tratante determine que ha finalizado la urgencia, si se requiere la autorización para servicios posteriores sin el egreso hospitalario, el prestador de servicios de salud realizará el siguiente procedimiento, sin que pueda trasladarse al paciente o acudiente:

- 8.1. El prestador de servicios de salud realizará la solicitud de la autorización mediante el uso de los campos definidos en el Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución, según corresponda, máximo dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la finalización de la atención de urgencias.
- 8.2. La entidad responsable de pago deberá dar respuesta mediante el uso de los campos definidos en el Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución, dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud. En caso de que ésta considere que el servicio pudiera prestarse por parte de otro prestador, realizará las acciones correspondientes al proceso de referencia y contrarreferencia, de que tratan los artículos 11 y 12 de la presente resolución, de modo que el traslado efectivo se produzca dentro de las doce (12) horas posteriores a su solicitud, siempre que no se ponga en riesgo la vida e integridad de la persona, según concepto del profesional tratante.
- 8.3. Cuando la entidad responsable de pago requiera información clínica adicional a la contenida en el Anexo Técnico No. 1 de esta resolución, para dar respuesta a la solicitud de autorización, deberá solicitarla al prestador de servicios de salud dentro de las dos (2) horas siguientes a la recepción de la solicitud de autorización, disponiendo de las dos (2) horas siguientes para dar respuesta. Recibida la información adicional, la entidad responsable de pago deberá dar respuesta dentro de la siguiente hora. El silencio por parte del prestador de servicios de salud no exime a la entidad responsable de pago de la obligación frente a la gestión en salud de la persona, por lo que deberá adelantar la gestión oportuna del proceso de referencia de modo que se garantice la calidad y oportunidad en la atención de su afiliado.
- 8.4. Si la entidad responsable de pago no emite respuesta en los términos establecidos en el presente artículo, el prestador de servicios de salud continuará la atención conforme con lo solicitado y facturará anexando la evidencia del envío de la solicitud de la autorización a esa entidad, la cual no podrá formular glosa a la factura con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado o que el prestador de servicios de salud no pertenece a su red integral e integrada de salud.

Parágrafo. De no identificarse a la persona, el prestador de servicios de salud deberá enviar a la secretaria de salud del orden departamental, distrital o municipal de su jurisdicción, según aplique, la solicitud de autorización posterior a la atención de urgencias; una vez sea identificada, deberá allegar copia a la entidad responsable de pago correspondiente.

Artículo 9. Gestión de la autorización para servicios en atención electiva o programable ambulatorio u hospitalario. La solicitud de autorización para los servicios electivos, es decir aquellos servicios en salud que se pueden prestar de manera programada, prioritarios o no prioritarios, según criterio del profesional tratante, será realizada por el prestador de servicios de salud mediante el uso de los campos definidos en el Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución, sin que este trámite pueda ser trasladado al paciente o acudiente.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

De conformidad con el artículo 2.5.3.4.7.3 del Decreto 780 de 2016, las entidades responsables de pago deberán priorizar la autorización integral para servicios en la atención electiva o programable ambulatorio u hospitalario que garanticen la integralidad y continuidad del proceso de atención, dependiendo de la condición de salud a criterio del profesional tratante, o si se trata de una población de especial protección, teniendo en cuenta el siguiente procedimiento:

9.1. Procedimiento para la gestión de la autorización de servicios y tecnologías en salud electivas en atención prioritaria y en caso de poblaciones de especial protección

La autorización de los servicios y tecnologías en salud que se presten o provean a las poblaciones especiales señaladas en el artículo 105 del Decreto Ley 2106 de 2019 y, cuando a juicio del profesional tratante, se requiera atención prioritaria según la condición de salud que origina la solicitud, en la que si bien no pone en riesgo la vida ni las funciones vitales de la persona en el futuro inmediato, si genera un incremento potencial en el nivel de compromiso funcional, anatómico o riesgo de complicaciones o secuelas si no cuenta con una atención oportuna, se sujetará al siguiente procedimiento:

9.1.1. El prestador de servicios de salud deberá remitir la solicitud de autorización a la entidad responsable de pago, utilizando los campos definidos en el Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución.

9.1.2. Recibida la solicitud de autorización, la entidad responsable de pago tendrá un plazo máximo de dos (2) días calendario para autorizar los servicios de salud o las tecnologías en salud, garantizando la disponibilidad y oportunidad. Dentro del mismo término, la entidad responsable de pago deberá comunicarle a la persona la fecha y hora, el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud autorizado y al prestador de servicios de salud solicitante, la gestión de la autorización.

9.1.3. Si la entidad responsable de pago no responde al prestador de servicios de salud en los términos establecidos en el numeral 9.1.2. del presente artículo y si el prestador cuenta con el servicio requerido habilitado, prestará la atención y facturará anexando la evidencia del envío de la solicitud a la entidad responsable de pago, sin que esta pueda formular glosa a la factura con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado o que no pertenece a su red integral e integrada de salud. De no contar con el servicio requerido habilitado o la capacidad disponible para responder a la atención, el prestador realizará las acciones del proceso referencia y contrarreferencia, en los términos señalados en los artículos 11 y 12 de la presente resolución.

9.2. Procedimiento para la gestión de la autorización en los servicios y tecnologías en salud electivas en atención no prioritaria:

9.2.1. Prescritos los servicios y tecnologías en salud, el prestador de servicios de salud deberá remitir la solicitud de autorización a la entidad responsable de pago diligenciando los campos definidos en el Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución.

9.2.2. Recibida la solicitud de autorización, la entidad responsable de pago dispondrá de un plazo máximo de cinco (5) días calendario para definir el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud, garantizando la disponibilidad y oportunidad. Dentro del mismo término, comunicará a la persona el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud autorizado, la fecha y hora en que se hará la prestación o provisión del servicio o tecnologías en salud, y si la entidad responsable de pago no responde al prestador de servicios de salud en los términos establecidos en este numeral del presente artículo y el prestador tiene el servicio requerido habilitado, prestará la atención y facturará anexando la evidencia

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

del envío de la solicitud de la autorización a la entidad responsable de pago sin que esta pueda glosar la factura con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado o que no pertenece a la red integral e integrada de salud de la entidad responsable de pago.

De no contar el prestador con el servicio requerido habilitado o la capacidad disponible para responder a la atención, realizará las acciones correspondientes el proceso referencia y contrarreferencia, señalados en los artículos 11 y 12 de la presente resolución.

Parágrafo 1. La persona que no esté de acuerdo con el prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud asignado, en ejercicio de su derecho a la libre elección podrá solicitar el cambio dentro de las opciones disponibles de la red integral e integrada de salud de la entidad responsable de pago, quién deberá dar respuesta en los términos establecidos en el presente artículo, sobre la gestión de la autorización para servicios en la atención electiva o programable, ambulatorio u hospitalario.

Parágrafo 2. Solo podrán anularse autorizaciones de servicios y tecnologías en salud que no hayan sido prestados o provistos. En este caso, la entidad responsable de pago deberá autorizar de manera inmediata la prestación o provisión del servicio o tecnología en otro prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud de su red integral e integrada.

Parágrafo 3. En ningún caso se podrá trasladar a la persona o a su acudiente, ningún trámite, incluido el de cotizaciones de precios de servicios o tecnologías en salud o documento que haga sus veces, para obtener la autorización de servicios por parte de la entidad responsable de pago.

Artículo 10. Vigencia de las autorizaciones y formulas médicas. Las autorizaciones y formulas médicas, tendrán las siguientes vigencias:

10.1. Servicios y tecnologías en salud posteriores a la atención de urgencia sin egreso hospitalario:

10.1.1. Para las autorizaciones específicas, que corresponden a un servicio o tecnología individual, estas tendrán una vigencia de cuarenta y ocho (48) horas contadas desde la recepción de la autorización por parte del prestador de servicios de salud o del vencimiento del término para la respuesta por parte de la entidad responsable de pago establecido en el artículo 8 de la presente resolución, tiempo durante el cual, el prestador deberá garantizar las atenciones pertinentes, incluso si hay lugar al traslado hospitalario.

Esta vigencia podrá ser prorrogable por un tiempo equivalente ante situaciones operativas que le imposibilitaron al prestador de servicios de salud su realización durante la vigencia inicial, sin que se constituya en práctica reiterativa injustificada por parte del prestador de servicios de salud.

10.1.2. Para las autorizaciones integrales, que, corresponden a un conjunto de servicios y tecnologías en salud según la condición o condiciones en salud de la persona, la vigencia será aquella que determine la entidad responsable de pago al momento de expedirlas.

10.2. Servicios y tecnologías en servicios de salud electivos: La vigencia de la autorización para servicios y tecnologías en servicios de salud electivos será como mínimo de sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de su expedición, salvo para los siguientes casos:

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

- 10.2.1. El oxígeno domiciliario y los dispositivos relacionados con la atención para personas con condiciones crónicas se expedirá por una única vez y mantendrá su vigencia hasta tanto el profesional tratante disponga que no se requiere.
- 10.2.2. Para personas con condiciones de salud crónicas con manejo farmacológico, las entidades responsables de pago garantizarán la continuidad en el suministro de los medicamentos, mediante la prescripción por periodos no menores a noventa (90) días calendario con entregas no inferiores a un (1) mes.

La entidad responsable de pago deberá garantizar la gestión de las condiciones de salud de su población en estos casos, para lo cual debe implementar procesos de seguimiento y monitoreo, con el fin de identificar la adherencia y la pertinencia de continuar con el oxígeno domiciliario y dispositivos relacionados o la necesidad de valoración médica para el ajuste en la prescripción de medicamentos y tecnologías en salud, sin entenderse este proceso como una nueva autorización.

Parágrafo. En los acuerdos de voluntades, las partes podrán establecer vigencias superiores a un mes para la entrega de medicamentos en personas con determinadas condiciones de salud y dificultades de accesibilidad geográfica, con el fin de optimizar trámites administrativos.

Artículo 11. Gestión en el proceso de referencia. Conforme con lo establecido en el artículo 2.5.3.2.16 del Decreto 780 de 2016, para el envío de la solicitud de referencia el prestador de servicios de salud deberá diligenciar los campos de datos definidos en el Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución, especificando el tipo de atención solicitada, a través de los medios de transferencia de información y canales de información transaccionales acordados o dispuestos, conforme con lo señalado en los artículos 16 y 17 del presente acto administrativo.

Recibida la solicitud, la entidad responsable de pago dará respuesta definiendo el prestador de servicios de salud receptor dentro de su red integral e integrada de salud para la atención requerida o por fuera de esta si no hay disponibilidad, con copia al prestador solicitante, e informará el prestador receptor a la persona o a su contacto de emergencia, por medio de los canales de información, atendiendo a los siguientes términos:

- 11.1. En urgencias: máximo dos (2) horas.
- 11.2. En atención prioritaria: máximo doce (12) horas.
- 11.3. En servicios electivos o programables: máximo cinco (5) días calendario.

Cuando la entidad responsable de pago no dé respuesta dentro del término establecido en el numeral 11.1 del presente artículo, el prestador de servicios de salud remitente deberá informar al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres - CRUE o a la secretaria de salud o entidad que haga sus veces, para que asigne el prestador de servicios de salud receptor y el servicio de transporte asistencial, en los términos establecidos en la Resolución 926 de 2017 expedida por este Ministerio, o la norma que la modifique o sustituya. En estos casos, el prestador deberá informarle al prestador receptor y a la entidad responsable de pago, sin que haya lugar a glosar las facturas con el argumento de tratarse de un servicio o traslado asistencial no autorizado o no perteneciente a su red integral e integrada.

Artículo 12. Gestión en el proceso de contrarreferencia. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 2.5.3.2.16 del Decreto 780 de 2016, cuando el prestador de servicios de salud receptor considere que la persona puede continuar su manejo en el prestador de servicios de salud remitente o en otro prestador con servicios de menor complejidad, deberá enviar la solicitud de contrarreferencia a la entidad responsable de pago usando los campos del trámite de contrarreferencia establecidos en el Anexo

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

Técnico No. 1 de la presente resolución y adjuntar copia de la epicrisis, el resumen de atención o la hoja de atención de urgencias, según aplique.

Cuando el prestador de servicios de salud receptor esté ubicado en un municipio diferente al municipio de residencia del paciente y acorde con su condición de salud, una vez concluida la atención por la cual se originó la referencia, la entidad responsable de pago deberá iniciar el proceso de contrarreferencia al prestador de servicios de salud que realizó la remisión inicial o a un prestador de servicios de salud en el municipio de residencia de la persona que pueda dar continuidad al manejo clínico instaurado.

Artículo 13. Actualización de los datos de contacto de las personas. Para la actualización de los datos de contacto de la persona en las bases de datos a cargo de la entidad responsable de pago, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 2.5.3.1.1 párrafo 2 y 2.5.3.4.7.2 del Decreto 780 de 2016, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, utilizarán los campos de datos definidos en el Anexo Técnico No. 1 de la presente resolución.

Cada vez que la persona de manera directa o a quien ella autorice, contacte los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, estos deberán actualizar los datos de contacto, sin que este trámite se constituya en una barrera para la prestación o provisión de los servicios y tecnologías en salud. En la atención de urgencias, la actualización de datos será posterior a la atención.

Para adelantar el procedimiento de actualización de los datos de contacto, el prestador de servicios de salud o el proveedor de tecnologías en salud deberá tener en cuenta lo siguiente:

- 13.1. Validar los datos de contacto de las personas.
- 13.2. Informar a la entidad responsable de pago las novedades encontradas, a través del medio tecnológico y la periodicidad pactada en el acuerdo de voluntades.
- 13.3. Remitidos los datos de contacto a la entidad responsable de pago, ésta deberá integrarlos en sus sistemas de información para la respectiva georreferenciación de la población a su cargo.
- 13.4. La actualización se deberá reflejar en las bases de datos que se dispongan de manera posterior a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud de su red integral e integrada, en cumplimiento de lo establecido en el numeral 4 y párrafo del artículo 2.5.3.4.2.2 del Decreto 780 de 2016.

Parágrafo 1. Los proveedores de tecnologías en salud que no atiendan directamente a las personas no estarán obligados a la actualización de la información de contacto establecida en el presente artículo.

Parágrafo 2. Cuando la atención de urgencias se brinde por un prestador de servicios de salud que no hace parte de la red integral e integrada de la entidad responsable de pago, éste remitirá la actualización de los datos de contacto con el informe de atención de urgencias al momento de radicar la factura de venta en salud.

Artículo 14. Publicación de la información a la persona. La información de la red integral e integrada de salud de prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud que debe ser publicada por las entidades responsables de pago, deberá ser organizada y dispuesta teniendo en cuenta los canales de comunicación que haya dispuesto, atendiendo lo establecido en el artículo 15 de la presente resolución y conforme con lo determinado en el Anexo Técnico No. 2 que hace parte integral de este acto administrativo.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

La publicación de la información de la red integral e integrada de salud deberá cumplir con las siguientes características:

- 14.1. Desagregación por departamento, municipio o distrito y en caso de brindar acceso a través de dispositivos electrónicos, deberá incluir la ubicación geográfica del lugar de atención.
- 14.2. Adaptabilidad con enfoque diferencial en la atención integral para personas con discapacidad, haciendo énfasis en las limitaciones de comunicación.
- 14.3. Adecuación de acuerdo con las características socioculturales, usos y costumbres de las personas y comunidades, en especial en los pueblos originarios.
- 14.4. Disponibilidad y fácil acceso.

Artículo 15. Canales de comunicación con la persona. Las entidades responsables de pago deberán disponer de canales de comunicación seguros, gratuitos, eficientes, intuitivos, disponibles y ágiles para que cualquier persona consulte la información relacionada con las redes integrales e integradas, así como las alertas cuando se generen novedades o cambios en su red. Para ello, deberán garantizar en sus diferentes canales de atención, lo siguiente:

15.1. Canales de atención presencial:

- 15.1.1. Carteleras en las sedes de atención y en las salas de espera de consulta externa y de urgencias en las que se disponga la información relativa a la red integral e integrada de salud del distrito, municipio, departamento o área geográfica para la gestión en salud en los términos del Anexo Técnico 2 de la presente resolución.
- 15.1.2. Pantallas interactivas asistidas y no asistidas para la consulta de la información, de contar con estas.
- 15.1.3. Atención presencial en módulos de información, con el fin de orientar a la persona.

15.2. Canales de atención telefónica:

La consulta de información a través de audio o por mensajería instantánea atendida por asesores virtuales o chatbots (mensajes instantáneos con inteligencia artificial) deberá incluir en el menú principal las opciones de consulta de la información de la red integral e integrada de salud.

15.3. Canales virtuales:

- 15.3.1. Visualización interactiva de la información que dé cuenta de los criterios de desagregación, adaptabilidad, enfoque diferencial, disponibilidad y fácil acceso tratándose de los datos establecidos en el artículo 14 de la presente resolución.
- 15.3.2. Los lugares de atención con la especificidad de los servicios contratados en estos, que deben estar georreferenciados y enlazados a una aplicación de mapas virtuales que permita a la persona obtener instrucciones sobre su llegada a los mismos y con acceso a sus sitios web o páginas oficiales para información de contacto e información adicional.
- 15.3.3. Información de la ubicación geográfica del prestador de servicios de salud y del proveedor de tecnologías en salud que facilite el acceso a los servicios de salud.
- 15.3.4. Medios de lectura en línea para personas con discapacidad visual.
- 15.3.5. Módulos de videoconferencia en las oficinas municipales para orientar por videollamada o brindar servicios a sus usuarios.

Artículo 16. Canales de información transaccionales. Los canales de información que las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud deben disponer y divulgar, deberán ser transaccionales, virtuales, telefónicos o presenciales y deberán contar con capacidad

Por

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

suficiente para recibir la información requerida en los diferentes procedimientos, de forma tal que garanticen la comunicación entre las partes respecto de los trámites que requieren adelantar las personas, en relación con el acceso a los servicios de salud, para lo cual deberán cumplir como mínimo con lo siguiente:

- 16.1. Atención las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, todos los días del año, para la transferencia de información relacionada con los procedimientos de actualización de datos, envío del informe de atención de urgencias, solicitud y respuesta de autorizaciones, referencia y contrarreferencia, los cuales deberán operar diferencialmente para cada proceso.
- 16.2. Canales de información transaccionales acordados para el proceso de radicación de facturas con sus soportes, las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, todos los días del año.
- 16.3. Canales de información transaccionales acordados para el proceso de auditoría de cuentas médicas, respetando en todo caso los estándares y tiempos establecidos en la normatividad.
- 16.4. Información actualizada en su sitio web, plataformas y aplicaciones oficiales de todos los canales de información transaccionales dispuestos, sin importar que exista o no acuerdo de voluntades escrito.
- 16.5. Información de fácil acceso con los datos de contacto actualizados y los canales de información definidos.

Parágrafo. De fallar el canal de atención principal pactado entre las partes, deberá coordinarse uno alternativo para la transferencia de información de los trámites relacionados con el cumplimiento de las disposiciones de la presente resolución, el cual deberá operar diferencialmente por cada proceso.

Artículo 17. Entrega y actualización de información. Los mecanismos de entrega y actualización de información acordados entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud en cumplimiento de lo establecido en el artículo 2.5.3.4.8.2 del Decreto 780 de 2016, deberán garantizar la autenticidad, integridad, veracidad, calidad, disponibilidad y fiabilidad de la información que sea suministrada mediante el uso de los anexos que hacen parte integral de la presente resolución y, deberán tomar las medidas necesarias para evitar el riesgo a la suplantación, alteración, pérdida de confidencialidad y cualquier acceso indebido o fraudulento o no autorizado al mismo.

La seguridad y circulación de la información será restringida, de acuerdo con lo establecido en la normativa expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de Información y Comunicaciones y teniendo en cuenta lo señalado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 o la norma que la modifique o sustituya.

De conformidad con lo señalado, se deberá tener en cuenta lo siguiente:

- 17.1. Cualquier plataforma tecnológica o dispositivo electrónico que se utilice para desarrollar las actividades de transferencia de información debe cumplir con los lineamientos de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad que regula la materia, con los criterios de seguridad del servicio de intercambio de información que controle los permisos de acceso por origen y persona de la plataforma y disponer de certificados de seguridad, algoritmos de cifrado, que garanticen la seguridad, privacidad y la confidencialidad de la información.
- 17.2. Cuando las plataformas tecnológicas o los dispositivos electrónicos sean de propiedad de terceros, estará a cargo de las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud,

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

verificar las condiciones de seguridad, privacidad y confidencialidad de los datos que se recogen, transmiten o del tratamiento que se les dé.

17.3. Las plataformas tecnológicas deberán cumplir con los estándares de interoperabilidad que se establezcan tanto en contenidos como en el intercambio electrónico de datos, de acuerdo con la normatividad que regula la materia.

17.4. Ninguna de las partes podrá exigir a la otra, la digitación de datos o cargue de información en las plataformas propias.

17.5. Los procesos automatizados deberán ser en línea y contener la trazabilidad cronológica de la transferencia de información y el acuse de recibo de la información enviada, para cada una de las transacciones que se realicen, de conformidad con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o la norma que la modifique o sustituya, definiendo un plan de contingencia que permita garantizar la continuidad del proceso.

En todo caso, se deberá conservar la evidencia del envío de la información a la que hace referencia la presente resolución.

Parágrafo 1. Cuando se utilice el plan de contingencia, no será necesario que el prestador de servicios de salud o el proveedor de tecnologías en salud radiquen posteriormente la información en el medio tecnológico pactado en el acuerdo de voluntades.

Parágrafo 2. Ni las partes, ni los terceros que intervengan en la transferencia de información podrán modificar la estructura y denominación de los campos, ni solicitar adecuaciones distintas a las que se establecen en esta resolución.

Artículo 18. Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud, las entidades territoriales y las demás entidades que, en el marco de sus competencias realizan inspección, vigilancia y control, velarán por el cumplimiento de lo establecido en la presente resolución.

Artículo 19. Transitoriedad. Las entidades responsables de pago, los prestadores y los proveedores dispondrán hasta el 1 de abril de 2024 para implementar las disposiciones establecidas en la presente resolución.

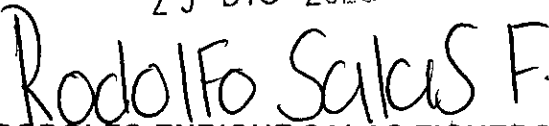
Artículo 20. Derogatorias. El presente acto administrativo deroga la Resolución 3047 de 2008, sus modificatorias y la Resolución 3253 de 2009, a partir del 1 de abril de 2024.

Artículo 21. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su expedición.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

29 DIC 2023


RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA
Ministro de Salud y Protección Social (E)

102

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

ANEXO TÉCNICO No. 1
ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE CONTACTO, SOLICITUD Y RESPUESTA DE
AUTORIZACIONES, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA E INFORME DE ATENCIÓN DE
URGENCIAS

A continuación, se definen los campos de datos estandarizados que deberán ser usados por los prestadores de servicios de salud, los proveedores de tecnologías en salud y la entidad responsable de pago, mediante los medios de transferencia de información y canales de información transaccionales acordados, para cada uno de los siguientes trámites según corresponda:

- a. Informe de actualización de datos de la persona
- b. Envío del informe de atención de urgencias
- c. Solicitud de autorización
- d. Respuesta de autorización
- e. Referencia
- f. Contrarreferencia

El uso de los campos de este anexo corresponderá solamente a los marcados con "X" en la columna del trámite respectivo.

En la tabla, se relacionan los campos a diligenciar, con la descripción y longitud correspondiente:

No	Nombre variable	Actualización de datos de contacto	Informe de la atención de urgencias	Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en salud	Autorización de servicios y tecnologías en salud	Referencia	Contrarreferencia	Longitud	Tipo	Valor permitido	Descripción de la variable
1	Procedimiento objeto de la información	X	x	x	x	X	x	1	N	1. Actualización de datos de contacto 2. Informe de atención de urgencias 3. Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en salud 4. Autorización de servicios y tecnologías en salud 5. Referencia 6. Contrarreferencia	Describe a qué trámite(s) corresponden los campos de datos enviados: Actualización de datos de contacto, Informe de atención de urgencias, Solicitud de autorización de servicios y tecnologías en salud, Respuesta a la autorización de servicios y tecnologías en salud, Referencia o Contrarreferencia.
2	Consecutivo del procedimiento objeto de la información	X	x	x	x	X	x	20	A	Desde 1	Corresponde al número consecutivo asignado por el prestador de servicios de salud, proveedor de tecnologías en salud o entidad responsable de pago para el trámite correspondiente. El número deberá tener una longitud entre 10 a 20 dígitos, que inicie por la fecha en formato AAAAMMDD, y el consecutivo numérico asignado por cada prestador de servicios de salud, proveedor de tecnologías en salud o entidad responsable de pago.
3	Fecha y hora	x	x	x	x	X	x	16	F	AAAA-MM-DD-hh:mm	Fecha y hora en la que se realiza el trámite correspondiente
4	Número de solicitud de autorización o referencia				x	X	x	20	A	Desde 1	número consecutivo de la solicitud de la autorización o de referencia que asignó el prestador de servicios de salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

5	Fecha y hora de la solicitud de autorización				x			16	F	AAAA-MM-DD-hh:mm	corresponde a la fecha de la solicitud de autorización enviada por el prestador de servicios de salud a la cual está respondiendo la entidad responsable de pago respectiva. debe ser una fecha anterior a la fecha de respuesta de la autorización.
6	Número de identificación del obligado a reportar	x	x	x	x	x	x	9	N	Número del NIT del obligado a reportar	Número de NIT del prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías de salud El número de NIT se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para prestadores de servicios de salud o en "IPSnoreps" para proveedor de tecnologías de salud o prestadores de regímenes especiales Tablas de referencia OTIC "web sispro.gov.co" para proveedores de tecnologías en salud
7	Código del prestador de servicios de salud o del obligado a reportar	x	x	x	x	x	x	12	N	Tabla de referencia prestadores de servicios de salud.	Código otorgado al prestador de servicios de salud o del obligado a reportar. El código se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para prestadores de servicios de salud o en "IPSnoreps" para prestadores exceptuados del registro en REPS. El código del prestador corresponde al asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) incluyendo los dos dígitos de la sede o el código asignado por el Ministerio para demás casos de excepción. No aplica en caso de proveedores de tecnologías en salud.
8	Código entidad responsable de pago	x	x	x	x	x	x	6	A	Tabla de referencia entidades responsables de pago.	Código asignado a la entidad responsable de pago. El código se debe encontrar en la tabla "EntidadResponsablePago"
9	Primer apellido de la persona	x	x	x	x	x	x	60	A	Letras	Primer apellido de la persona
10	Segundo apellido de la persona	x	x	x	x	x	x	60	A	Letras	Segundo apellido de la persona
11	Primer nombre de la persona	x	x	x	x	x	x	60	A	Letras	Primer nombre de la persona
12	Segundo nombre de la persona	x	x	x	x	x	x	60	A	Letras	Segundo nombre de la persona
13	Tipo de documento de identificación de la persona	x	x	x	x	x	x	2	A	Tipo de documento de identificación de la persona	Informar dato según tabla de referencia: TipoldPISIS, en web.sispro.gov.co. De acuerdo con la Resolución 762 de 2023 o la que la modifique o sustituya, cuando se utilicen los tipos de documentos "AS" adulto sin identificar o "MS" menor sin identificar, se debe validar que la estructura del número de documento corresponda a las establecidas en la normativa.
14	Número de documento de identificación de la persona	x	x	x	x	x	x	20	A	Corresponde al número del documento de identificación de la persona	Corresponde al número del documento de identificación de la persona.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

15	Fecha de nacimiento de la persona	x	x	x	x	x	x	10	F	AAAA-MM-DD	Fecha de nacimiento. Las validaciones correspondientes con este campo y el tipo de documento son las descritas para el campo U04 del numeral 3.2 del anexo técnico de la Resolución 1036 de 2022, modificada por la 2806 de 2022 o la que la modifique o sustituya.		
16	Dirección de la persona	x	x	x	x	x	x	80	A	Dirección de residencia habitual de la persona	Registre la dirección que indique la persona o acudiente como residencia habitual		
17	Teléfono de la persona	x	x	x	x	x	x	10	N	Corresponde al número telefónico de la persona	Corresponde al número telefónico de contacto habitual con la persona, puede incluirse un número de celular a 10 dígitos o fijo, en el cual se debe incluir el valor 60+indicativo de la ciudad + número de 7 dígitos		
18	Municipio de residencia habitual de la persona	x	x	x	x	x	x	5	N	Tabla de municipios del DANE	Código de 5 caracteres según la clasificación sociopolítica del DANE. Informar datos según tabla de referencia: "municipio" en web.sispro.gov.co		
19	Correo electrónico de la persona	x		x	x	x	x	50	A	Corresponde al correo electrónico del contacto habitual de la persona.	Corresponde al correo electrónico del contacto habitual de la persona.		
20	Dirección alternativa para la atención	x	x	x	x	x	x	80	A	Dirección opcional que indique la persona, deberá incluir el municipio de ubicación.	Registre la dirección que indique la persona o acudiente como aquella alternativa a la de residencia para ser usada como referencia en la atención, puede corresponder a la dirección laboral, escolar u otra, que sea preferida por la persona a la de residencia. En caso de que la persona prefiera la dirección de residencia como la referencia para su atención, no es necesario informar este campo.		
21	Nombre del contacto de emergencia	x					x	x	120	A	Letras	Corresponde a nombres y apellidos del contacto de emergencia de la persona.	
22	Teléfono de contacto de emergencia	x						x	x	10	N	Corresponde al número telefónico del contacto de emergencia de la persona	Corresponde al número telefónico de contacto de emergencia de la persona, puede incluirse un número de celular a 10 dígitos o fijo, en el cual se debe incluir el valor 60+indicativo de la ciudad + número de 7 dígitos
23	Causa que motiva la atención		x	x					x	2	A	Indicador de la causa que origina el servicio o tecnología de salud	Informar datos según tabla de referencia: "RIPSCausaExternaVersión2", en web.sispro.gov.co teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la causa que origina la demanda de la atención
24	Clasificación triage		x							1	N	Triage en el que se clasificó la persona al momento de la atención de urgencias	Indique la clasificación dada según la Resolución 5596 de 2015 o la que la modifique o sustituya, según tabla de referencia: "ClaseTriage", en web.sispro.gov.co
25	Fecha y hora de ingreso de la persona		x							16	F	AAAA-MM-DD hh:mm	Fecha y hora de la persona a la urgencia con observación. AAAA-MM-DD hh:mm
26	Vía de ingreso de la persona al servicio de salud		x							2	N	Identificador para determinar la vía de ingreso de la persona al servicio de urgencias	Indique la forma en la que la persona demandó el servicio de urgencia. Los valores reportados se deben encontrar en la tabla de referencia:

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones

												"VialIngresoPersona" en web.sispro.gov.co
27	Código del prestador que remite		x			x	x	12	A	Tabla de referencia prestadores de servicios de salud.		<p>Código otorgado por el Ministerio de Salud y Protección Social al prestador de servicios de salud o del obligado a reportar.</p> <p>El código se debe encontrar en la tabla "IPSCodHabilitación" para prestadores de servicios de salud o en "IPSnoREPS" para prestadores exceptuados del registro en REPS.</p> <p>El código del prestador corresponde al asignado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) incluyendo los dos dígitos de la sede o el código asignado por el Ministerio para demás casos de excepción. No aplica en caso de proveedores de tecnologías en salud.</p>
28	Diagnóstico principal código		x	x		x	x	4-25	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades		<p>Corresponde al diagnóstico que motivó la atención de urgencias, la solicitud de autorización o la referencia y contrarreferencia. Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.</p>
29	Diagnóstico relacionado código	1	x	x		x	x	4-25	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades		<p>Corresponde al diagnóstico relacionado que motivó la atención de urgencias, la solicitud de autorización o la referencia y contrarreferencia. Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.</p>
30	Diagnóstico relacionado código	2	x	x		x	x	4-25	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades		<p>Corresponde al diagnóstico relacionado que motivó la atención de urgencias, la solicitud de autorización o la referencia y contrarreferencia. Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.</p>
31	Diagnóstico relacionado código	3	x	x		x	x	4-25	A	Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades		<p>Corresponde al diagnóstico relacionado que motivó la atención de urgencias, la solicitud de autorización o la referencia y contrarreferencia. Código del diagnóstico confirmado o presuntivo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente.</p>
32	Condición y destino de la persona		x			x	x	2	N	Identificador para determinar la condición y el destino de la persona al egreso de la atención de urgencias con observación, según aplique.		<p>Informar datos según tabla de referencia: "condicionydestinopersonaegreso" teniendo en cuenta la columna de la tabla de referencia que indique la identificación y destino de la persona, disponible en web.sispro.gov.co</p>
33	Prioridad de la atención			x		x	x	2	N	01: Prioritaria 02: No prioritaria		<p>Corresponde a la prioridad de atención de la persona de acuerdo con el artículo 9 numerales 9.1 y 9.2 de la presente resolución.</p>

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

34	Tipo de atención solicitada			x		x	x	2	N	01: Servicios y tecnologías en casos posteriores a urgencia 02: Servicios y tecnologías en atención prioritaria 03: Servicios y tecnologías de salud electivos o programables no prioritaria	Corresponde al momento en el que se requiere la atención solicitada.	
35	Grupo de servicios			x	x	x	x	2	N	Representa el conjunto de servicios que se encuentran relacionados entre sí y que comparten similitudes en la forma de prestación, en los estándares y criterios que deben cumplir	Informar datos según tabla de referencia "gruposervicios" en web.sispro.gov.co	
36	Modalidad de realización de la tecnología de salud			x	x	x	x	2	N	Identificador para determinar la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares en relación con el grupo de servicios.	Informar datos según tabla de referencia "modalidadatención" en web.sispro.gov.co	
37	Código del servicio para el cual se solicita la referencia						x	x	4	N	Código del servicio que según la norma de habilitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS representa la unidad básica habilitante del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recurso humano, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente y en cualquiera de las fases de atención en salud.	Informar datos según tabla de referencia "servicios" en web.sispro.gov.co Se debe validar que el código del servicio corresponda al grupo del servicio y a la modalidad del grupo de servicio informado.
38	Código CUPS del procedimiento requerido			x	x	x	x	6	A	Código CUPS de acuerdo a la normativa vigente	Se deberá registrar el o los códigos del CUPS asociado a la atención, que se requieran. Informar datos según tabla de referencia "CUPSRIPS" en web.sispro.gov.co	
39	Cantidad requerida del procedimiento			x	x	x	x	3	N	Desde 1	Corresponde al número de procedimientos que requiere la persona de acuerdo con los CUPS descritos en la variable 38. Se debe conservar el orden consecutivo en el que se solicitó cada procedimiento.	
40	Finalidad de la tecnología de salud			x	x			2	N	Identificador de la finalidad con que se realiza el servicio o tecnología de salud.	Informar datos según tabla de referencia "RIPSFinalidadConsultaVersion2" en web.sispro.gov.co	
41	Código del Identificador Único de Medicamento - IUM o el Código Único de Medicamento - CUM.			x	x			0-20	A	Código del medicamento de acuerdo con las codificaciones vigentes para medicamentos esenciales	Se deberá registrar el o los códigos del IUM o CUM asociado a la atención, que se requieran. Informar según las tablas de referencia: "IUM" o "CatálogoCUMs" respectivamente en web.sispro.gov.co.	
42	Cantidad requerida de la tecnología (Medicamentos)			x	x			3	N	Desde 1	Corresponde al número de medicamentos que requiere la persona de acuerdo con los CUM o IUM descritos en la variable 41. Se debe conservar el orden consecutivo en el que se solicitó cada medicamento.	
43	Código de otros servicios			x	x			1-20	A	Código del otro servicio de acuerdo con las codificaciones vigentes o aquella utilizada por el prescriptor en casos excepcionales.	Se deberá registrar el o los códigos asociados a la atención, que se requieran. En caso de remisión, se deben diligenciar los campos de	

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

												datos que corresponden a los trámites de referencia y autorización cuando aplique
												Código del dispositivo médico de la entidad obligada a reportar mientras el Ministerio de Salud y Protección Social expide el Catálogo de Dispositivos Médicos.
												Código de traslado, transporte y estancia de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) vigente.
44	Cantidad requerida de la tecnología (Otros servicios y dispositivos médicos)			x	x			3	N	Desde 1		Corresponde al número de otros servicios que requiere la persona de acuerdo con los CUPS o códigos propios definidos descritos en la variable 44. Se debe conservar el orden consecutivo en el que se solicitó cada servicio.
45	Tipo de pago compartido				x			2	N	01: Pago compartido o Copago 02: Cuota Moderadora		Tipo de pago compartido que corresponda, de conformidad con los artículos 2.10.4.1 y 2.10.4.2 del Decreto 780 de 2016 o el que los modifique o sustituya.
46	Nivel de la persona				x			2	A	01. Contributivo con IBC menor a 2 SMLMV 02. Contributivo con IBC entre 2 y 5 SMLMV 03. Contributivo con IBC mayor a 5 SMLMV 04. Subsidiado Nivel 1 SISBÉN homologado con Res. 1870 de 2021 05. Subsidiado Nivel 2 SISBÉN homologado con Res. 1870 de 2021, 06. Persona afiliada a través de contribución solidaria		Se refiere al nivel que le corresponde a la persona definido en los artículos 2.10.4.1 y 2.10.4.2 del Decreto 780 de 2016 o el acto administrativo que los modifique o sustituya.
47	Valor pesos pago compartido				x			7	N	Entre 0 y 9999999		Para el caso de los COPAGOS, debe corresponder al valor máximo facturado por el prestador de servicios de salud a la persona, en caso de que aplique.
48	Tope máximo copagos				x			7	N	Entre 0 y 9999999		Para el caso de los COPAGOS, debe corresponder al tope máximo que pueda ser cobrado a la persona, en caso de que aplique.

ANEXO TÉCNICO No. 2 DISPOSICIÓN DE LA INFORMACIÓN A LA PERSONA

A continuación, se detalla la información de la red integral e integrada de salud de prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, que será dispuesta por las entidades responsables de pago de conformidad con lo establecido en el artículo 14 de la presente resolución.

La información, debe ser organizada por los siguientes agrupadores, de manera clara y visible incluyendo una descripción o detalle que facilite la búsqueda y que dé cuenta de los contenidos, que son prestados en ese punto de la red integral e integrada de salud:

- a. Promoción y mantenimiento de la salud
- b. Materno perinatal
- c. Condiciones cardio cerebrovasculares y metabólicas
- d. Enfermedad renal crónica
- e. Salud mental y consumo de sustancias psico activas
- f. Enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores (EPOC y asma)
- g. Cáncer de adultos
- h. Cáncer infantil

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

- i. Virus de inmunodeficiencia humana
- j. Artritis reumatoide
- k. Enfermedades huérfanas
- l. Enfermedades transmitidas por vectores

Las demás atenciones contratadas que no estén en los agrupadores anteriores deberán ser agrupados de acuerdo con la habilitación de servicios de salud o el tipo de tecnología que provean, de la siguiente manera:

- i. Consulta externa
- ii. Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica
- iii. Internación
- iv. Quirúrgicos
- v. Atención inmediata
- vi. Entrega o suministro de medicamentos o dispositivos médicos.

La información deberá ser dispuesta de conformidad con el siguiente orden de variables y contenido:

Variable	Contenido
1. Identificación del prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud contratado por la entidad responsable de pago.	NIT y razón social del prestador de servicios de salud o proveedor de tecnologías en salud.
2. Lugar donde se prestan los servicios o se proveen las tecnologías en salud.	Incluir sedes de atención georreferenciadas, con dirección y canales de atención para cada una de ellas.
3. Servicios que se prestan o tecnologías en salud que se proveen en el marco del acuerdo de voluntades.	Por cada sede de atención contratada, especificar las modalidades de prestación disponibles e identificación de los servicios y tecnologías en salud en las siguientes categorías: <ul style="list-style-type: none"> - Servicios clasificados de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS - Tecnologías en salud enlistadas de acuerdo con la CUPS y al CUM o IUM - Dispositivos médicos
4. Indicadores de oportunidad para la prestación de servicios o provisión de tecnologías en salud y su nivel de cumplimiento.	Para cada agrupador deberá disponerse el indicador de oportunidad trazador que se describe para cada uno en el presente anexo.
5. Indicadores que den cuenta del nivel de satisfacción de las personas y su nivel de cumplimiento.	El indicador de proporción de satisfacción global de usuarios de IPS Reporte del prestador al Ministerio de Salud y Protección Social que se describe en el presente anexo.
6. Indicadores de resultados en salud, cuando apliquen, y su nivel de cumplimiento.	Para cada agrupador deberá disponerse el indicador de resultado trazador que se describe para cada uno en el presente anexo.
7. Plazos fijados para prestar el servicio o proveer la tecnología de salud.	Específicos de acuerdo con lo definido por las partes para los grupos de servicios y tecnologías en salud contratados.

La información de la red integral e integrada de salud de prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud deberá dar cuenta de los siguientes indicadores de oportunidad, de satisfacción, de resultados, y el detalle para los casos de atenciones agrupadas por habilitación de servicios, así como lo aplicable, en el caso de entrega o suministro de medicamentos o dispositivos médicos, según se enlista a continuación:

1. Indicadores de oportunidad

A continuación, se relaciona para cada uno de los agrupadores el indicador trazador que medirá la oportunidad:

- a. Promoción y mantenimiento de la salud:
 - i. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general
 - ii. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de enfermería
- b. Materno perinatal:
 - i. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

- ii. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de enfermería
- iii. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de ginecología
- c. Condiciones cardio cerebrovasculares y metabólicas:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de medicina interna
 - ii. Oportunidad para la asignación de citas de nutrición
- d. Enfermedad renal crónica:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de nefrología
- e. Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de psicología
 - ii. Oportunidad para la asignación de citas de psiquiatría
- f. Enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores (EPOC):
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de neumología
 - ii. Oportunidad para la confirmación diagnóstica mediante espirometría en personas con sospecha de EPOC
- g. Cáncer de adultos:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de oncología
- h. Cáncer infantil:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de oncología pediátrica
- i. Virus de inmunodeficiencia humana:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de infectología
- j. Artritis reumatoide:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de reumatología
- k. Enfermedades huérfanas:
 - i. Oportunidad para la asignación de citas de hematología en caso de hemofilia
 - ii. Oportunidad para la realización de la prueba molecular genética para la confirmación diagnóstica, según aplique
- l. Enfermedades transmitidas por vectores:
 - i. Tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general

El cálculo y la ficha técnica de los indicadores trazadores aquí dispuestos que hagan parte de la Resolución 256 de 2016, o la que la modifique o sustituya, se realizará conforme a lo dispuesto en la citada resolución. Para los demás indicadores trazadores, el cálculo y su ficha técnica se realizará conforme al artículo 3, numeral 4 de la Resolución 1552 de 2013, o la que la modifique o sustituya.

2. Indicador de satisfacción

El indicador corresponderá a la satisfacción global de las personas en las IPS, reportado por el prestador acorde a la Resolución 256 de 2016, o la que la modifique o sustituya.

- a. Proporción de satisfacción global de las personas en las IPS

3. Indicadores de resultados

A continuación, se relaciona para cada uno de los agrupadores el indicador trazador que medirá el resultado de la gestión en salud para el objeto de esta resolución:

- a. Promoción y mantenimiento de la salud:
 - i. Proporción de personas con valoración integral
 - ii. Proporción de personas con educación en salud
- b. Materno perinatal:
 - i. Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal
- c. Condiciones cardio cerebrovasculares y metabólicas:
 - i. Proporción de pacientes con diabetes mellitus tipo II controlada (Resultados de la hemoglobina glicosilada (HbA1c)

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones"

- ii. Proporción de pacientes con Control de tensión arterial
- d. Enfermedad renal crónica:
 - i. Pérdida de función renal: Personas sin disminución de la Tasa Filtración Glomerular de ≥ 5 ml/min/1.73m² en 1 año
- e. Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas
 - i. Proporción de pacientes que reciben atención por psicología para la atención a condiciones de salud mental.
- f. Enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC y asma):
 - i. Tasa de hospitalización por exacerbaciones de EPOC
 - ii. Tasa de hospitalización por crisis de asma
- g. Cáncer de adultos:
 - i. Oportunidad para el tratamiento desde la confirmación diagnóstica hasta el primer tratamiento
- h. Cáncer infantil:
 - i. Oportunidad para el tratamiento desde la confirmación diagnóstica hasta el primer tratamiento
- i. Virus de inmunodeficiencia humana:
 - i. Proporción de Personas que viven con VIH con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de Terapia Antiretroviral - TAR
- j. Artritis reumatoide:
 - i. Proporción de las personas en tratamiento para artritis que lograron remisión de la enfermedad
- k. Hemofilia:
 - i. Tasa de sangrado general en las personas con diagnóstico de hemofilia en profilaxis
 - ii. Tasa de sangrado articular en personas con diagnóstico de hemofilia
- l. Enfermedades transmitidas por vectores:
 - i. Mortalidad por dengue

Para los indicadores trazadores aquí dispuestos, el cálculo se realizará conforme a lo dispuesto en las fichas técnicas establecidas para cada uno, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social en la normatividad expedida para las Rutas Integrales de Atención en Salud, Cuenta de Alto Costo o morbimortalidad, según corresponda

4. Indicadores en los casos de atenciones agrupadas por habilitación de servicios y en el caso de entrega o suministro de medicamentos o dispositivos médicos.

Los indicadores en las demás agrupaciones deberán disponerse como se indica a continuación.

4.1 Indicadores de oportunidad

Cuando se trate de consulta externa, se dispondrán los indicadores de oportunidad del servicio habilitado. En el caso de los indicadores que hagan parte de la Resolución 256 de 2016, o la que la modifique o sustituya, el cálculo se realizará conforme a lo dispuesto en la citada resolución. Para los demás casos, el cálculo se realizará conforme al artículo 3, numeral 4 de la Resolución 1552 de 2013, o la que la modifique o sustituya.

Para las demás agrupaciones no será necesario la disposición de información de indicadores de oportunidad.

4.2 Indicador de satisfacción

El indicador corresponderá a la satisfacción global de las personas con las IPS, reportado por el prestador acorde a la Resolución 256 de 2016, o la que la modifique o sustituya.

- Proporción de satisfacción global de las personas en las IPS.