



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 001732 DE 2026

(05 AGO 2026)

Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en los artículos 173 numeral 3 de la Ley 100 de 1993, 56 de la Ley 715 de 2001, 58 de la Ley 1438 de 2011, numeral 14 del artículo 2 del Decreto 120 de 2026 y en desarrollo de los capítulos 1, 2, 3 y 7 del Título I de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, y

CONSIDERANDO

Que en cumplimiento de lo previsto en el párrafo 1 del artículo 2.5.1.2.2 del Decreto 780 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Que el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Decreto 4725 de 2005, en materia de registro sanitario y permiso de comercialización de los equipos biomédicos, resulta indispensable para garantizar que dichos equipos cumplan las condiciones mínimas de seguridad, calidad y desempeño requeridas para su uso en la atención de pacientes, en salvaguarda de la seguridad del paciente y de la confiabilidad de los resultados clínicos.

Que la Resolución 77 de 2007, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos para el programa de verificadores de las condiciones para la habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece los lineamientos para la conformación de los equipos técnicos encargados de verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación de los servicios de salud.

Que, en virtud de la actualización de los criterios y condiciones de habilitación prevista en la presente resolución, resulta necesario derogar la Resolución 077 de 2007, por cuanto sus lineamientos no se encuentran armonizados con el marco normativo vigente ni con los criterios técnicos que deben ser objeto de verificación, con el fin de garantizar la coherencia con la actualización normativa.

Que el artículo 2 de la Ley 1419 de 2010 define la modalidad de telemedicina como la prestación de servicios de salud a distancia mediante el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones, con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

Que mediante la Resolución 3100 de 2019 se definieron los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

de los servicios de salud, adoptándose el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el artículo 23 de la Resolución 3100 de 2019 establece que la actualización del Sistema Único de Habilitación se realizará de manera permanente y periódica, mediante el análisis de las condiciones, estándares y criterios allí definidos, tomando en consideración los hallazgos y requerimientos del sector, las innovaciones que permitan disponer de alternativas en la prestación de los servicios y la minimización de los riesgos en la prestación de los servicios de salud. En desarrollo de dicho mandato, la presente resolución introduce ajustes orientados a responder a los requerimientos identificados en los territorios con condiciones especiales.

Que el Manual adoptado mediante la Resolución 3100 de 2019 reconoce las modalidades intramural, extramural y de telemedicina, como formas de prestación de servicios de salud, e incorpora criterios diferenciales para zonas especiales de dispersión geográfica. No obstante, durante su implementación se evidenció la necesidad de fortalecer dichos criterios para responder a las condiciones de los pequeños municipios, los territorios con presencia de comunidades étnicas, las zonas que se encuentran en el Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) y los municipios priorizados en el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR), de que trata el Decreto 351 de 2025. Asimismo, se establecen criterios específicos para la modalidad de telemedicina y la atención domiciliaria, atendiendo las particularidades de estas modalidades y garantizando la calidad, la continuidad de la atención y la seguridad en la prestación de los servicios de salud.

Que posteriormente, se expidieron las Resoluciones 2215 de 2020, 1317 de 2021, 1138 de 2022, 1410 de 2022, 1719 de 2022, 544 de 2023, 648 de 2023 y 465 de 2025, mediante las cuales se modificó la Resolución 3100 de 2019 con el propósito de adecuar aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud.

Que la Ley 2294 de 2023, a través de sus disposiciones relacionadas con la implementación del modelo de salud y el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, la convergencia regional y la transformación digital del Estado, promueve el cierre de brechas territoriales en el acceso a los servicios de salud, lo cual constituye un marco normativo favorable para la utilización de las tecnologías de la información, las comunicaciones y para el desarrollo de actividades de telesalud y la prestación de servicios de salud en la modalidad de telemedicina.

Que las condiciones geográficas, demográficas, culturales, epidemiológicas y sociales, que determinan las necesidades de salud de la población y orientan la organización territorial de los servicios, y de disponibilidad de recursos propias de amplios territorios del país generan barreras estructurales que impiden a los prestadores de servicios de salud allí ubicados cumplir, en los mismos términos y plazos, las condiciones de habilitación previstas con carácter general.

Que en reconocimiento de esta realidad, y en desarrollo de los principios de equidad, proporcionalidad y enfoque diferencial que orientan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se hace necesario establecer criterios de habilitación diferenciales, razonables y progresivos encaminados a optimizar los resultados en salud mediante el equilibrio entre la efectividad técnica, la seguridad del paciente como límite infranqueable de la flexibilización regulatoria, y el uso eficiente de los recursos, armonizando las exigencias estructurales con la realidad operativa de los pequeños municipios, en concordancia con los principios de progresividad y no regresividad del

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

derecho a la salud. Dichos criterios estarán sujetos a mecanismos de seguimiento, evaluación y actualización periódica por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que las adaptaciones superan el juicio de razonabilidad y proporcionalidad constitucional, en tanto son adecuadas para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud en municipios con condiciones especiales; necesarios, por cuanto no existe medida alternativa menos restrictiva que produzca resultados equivalentes; y proporcionales en sentido estricto, pues el beneficio en términos de acceso, continuidad y equidad en salud supera las afectaciones a los estándares generales de habilitación, sin comprometer la seguridad del paciente ni la calidad de la atención, en concordancia con el principio de progresividad del derecho a la salud consagrado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Que, en consecuencia, resulta imperativo adoptar medidas razonables y progresivas para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud en todos los territorios del país, con especial atención a los pequeños municipios, las zonas rurales dispersas y los territorios con presencia de comunidades étnicas.

Que la Resolución 3100 de 2019 ha sido objeto de sucesivas modificaciones mediante actos administrativos posteriores, lo que ha generado una dispersión normativa que dificulta su aplicación uniforme por parte de los prestadores de servicios de salud, las entidades territoriales y los organismos de inspección, vigilancia y control. En consecuencia, resulta necesario compilar e integrar en un único cuerpo normativo las disposiciones vigentes en materia de habilitación de servicios de salud, de manera que se garantice la coherencia, claridad y accesibilidad del marco regulatorio aplicable. Asimismo, se hace imperativo actualizar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud para incorporar las modificaciones regulatorias adoptadas, asegurar su articulación con los estándares técnicos y tecnológicos vigentes, y proveer a los sujetos obligados de un instrumento normativo unificado que facilite el cumplimiento de las condiciones de habilitación y el ejercicio de la función de inspección, vigilancia y control por parte de las autoridades competentes.

Que teniendo en cuenta lo anterior, se requiere definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Capítulo 1 Objeto y ámbito de aplicación

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el procedimiento y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones de habilitación de los servicios de salud, definir el procedimiento para la actualización de los criterios de habilitación y, adoptar los anexos técnicos denominados "Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud Tomo I y Tomo II", los cuales serán publicados en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social y forman parte integral de la presente Resolución.

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

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

- 2.1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- 2.2. Los profesionales independientes de salud.
- 2.3. El transporte especial de pacientes.
- 2.4. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud.
- 2.5. Secretarías de Salud del orden departamental, distrital y municipal, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.
- 2.6. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)
- 2.7. La Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 1. Están exceptuados del cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución los servicios de salud que se presten intramuralmente en los establecimientos carcelarios y penitenciarios a los que les aplique el modelo de atención en salud definido en la Ley 1709 de 2014, así como las organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro y las unidades de salud como formas propias de organización para el funcionamiento del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), las cuales se registrarán por la normatividad específica que les resulte aplicable de acuerdo con su naturaleza.

Parágrafo 2. Adicionalmente, están exceptuadas las entidades que presten servicios de salud pertenecientes a los regímenes especial y de excepción establecidos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993. No obstante, dichas entidades deberán cumplir con lo previsto en la presente resolución cuando voluntariamente decidan inscribirse como prestadores de servicios de salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud o cuando, de manera obligatoria, pretendan ofertar y contratar servicios en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 3. Condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud. Los prestadores de servicios de salud, para su entrada y permanencia en el marco de la habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS), deben cumplir las siguientes condiciones:

- 3.1. **Capacidad técnico-administrativa.** Aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entidades con objeto social diferente y transporte especial de pacientes.
- 3.2. **Suficiencia patrimonial y financiera.** Aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Transporte Especial de Pacientes.
- 3.3. **Capacidad tecnológica y científica.** Aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Profesionales independientes de salud, Entidades con objeto social diferente, y Transporte Especial de Pacientes.

Parágrafo 1. Las condiciones de habilitación, definiciones, estándares y criterios aplicables son los establecidos en los Tomos I y II del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado mediante la presente resolución. La verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación será realizada por las Secretarías de Salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias y la misma se circunscribirá exclusivamente a los requisitos contenidos en dicho Manual, los cuales constituyen las condiciones esenciales para garantizar la calidad y la seguridad en la prestación de los servicios de salud. En consecuencia, ninguna autoridad podrá exigir, en el marco del proceso de habilitación, el cumplimiento de requisitos o condiciones derivados de otras disposiciones normativas, cuya verificación corresponde a las instancias competentes en cada materia.

Parágrafo 2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que al momento de su autoevaluación o de la verificación de las condiciones de suficiencia

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

patrimonial y financiera, por parte de la Secretaría de Salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, se encuentren bajo medida especial de intervención forzosa administrativa para administrar ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud o se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la normatividad vigente, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de intervención, de reestructuración o el proceso concordatario.

Capítulo 2

Autoevaluación e inscripción en el REPS

Artículo 4. Inscripción y habilitación. Todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el REPS, registrando como mínimo una sede con infraestructura física y por lo menos un servicio habilitado, sin perjuicio de la modalidad de prestación de servicios que oferte. La inscripción y habilitación debe realizarse en los términos establecidos en el Tomo I del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Artículo 5. Autoevaluación de las condiciones de habilitación. La autoevaluación es el mecanismo de verificación de las condiciones de habilitación establecidas en el Tomo I del Manual de Inscripción de Prestadores y de Habilitación de Servicios de Salud, que efectúa periódicamente el prestador de servicios de salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS.

La autoevaluación es un requisito en los siguientes casos:

- 5.1. De manera previa a la inscripción del prestador de servicios de salud y habilitación del o los servicios.
- 5.2. Durante el cuarto año de la vigencia de la inscripción inicial del prestador de servicios de salud y antes de su vencimiento.
- 5.3. Antes del vencimiento del término de renovación anual de la inscripción de que trata el artículo 10 de la presente resolución.
- 5.4. De manera previa al reporte de las novedades, para aquellas que señale el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Parágrafo. Cuando el prestador de servicios de salud realice la autoevaluación a los servicios de salud y evidencie el incumplimiento de una o más condiciones de habilitación, deberá abstenerse de registrar, ofertar y prestar el servicio.

Artículo 6. Autoevaluación de prestadores de servicios de salud con medidas de seguridad. Los prestadores de servicios de salud que tengan una medida de seguridad que implique el cierre de una o varias sedes o de uno o varios servicios en la entidad territorial donde esté funcionando, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud o la secretaria de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, y que durante dicha medida se cumpla el término para realizar la autoevaluación, deberán realizarla para los servicios que no se afectaron con la medida en los términos establecidos en el artículo 5 de la presente resolución.

Cuando la medida de seguridad de una o varias sedes o de uno o varios servicios, sea levantada y registrada en el REPS, el prestador de servicios de salud dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha del levantamiento de la medida realizará la autoevaluación de tales servicios, de no hacerlo en este plazo, le será

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

inactivada su inscripción o habilitación de los servicios afectados por la medida de seguridad de cierre.

Los prestadores de servicios de salud que tengan una medida de seguridad que implique el cierre de la totalidad de las sedes en la entidad territorial donde esté funcionando, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud o la Secretaría de Salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, y que durante la vigencia de la medida se cumpla el término para realizar la autoevaluación, esta deberá ser efectuada por el prestador y registrada en el REPS dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha del levantamiento de la medida por parte de la autoridad competente. De no hacerlo en ese plazo se inactivará el prestador. Transcurrido un año desde que se cumplió el término para realizar la autoevaluación, sin que la medida sea levantada, se inactivará el prestador.

Artículo 7. Requisitos para el trámite de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud en el REPS. Para que un prestador de servicios de salud se inscriba y habilite servicios en el REPS, deberá:

7.1. Ingresar a la página web de la Secretaría de Salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, ubicar y seleccionar el enlace de inscripción de prestadores de servicios de salud del aplicativo REPS, y:

- a) Determinar la sede o sedes donde va a funcionar.
- b) Determinar el o los servicios a habilitar, la complejidad, la modalidad, la capacidad instalada y las especificidades cuando las oferte, de acuerdo con la taxonomía de los servicios definidos en el REPS.
- c) Diligenciar el formulario de inscripción en el REPS.
- d) Diligenciar la declaración de la autoevaluación por cada uno de los servicios a ofertar.
- e) Imprimir o descargar en medio magnético el formulario de inscripción.

7.2. Radicar, en medio físico, magnético o electrónico, según lo dispuesto por la secretaría de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, el formulario de inscripción, el documento de declaración de la autoevaluación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y los demás soportes definidos en el Tomo I Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá de manera progresiva las condiciones para que los trámites de inscripción, habilitación y reporte de novedades se realicen en su totalidad por medios electrónicos, de conformidad con los avances tecnológicos del aplicativo REPS y la conectividad disponible en los territorios.

Artículo 8. Procedimiento de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud por parte de la Secretaría de Salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. Una vez recibido el formulario de inscripción con los soportes establecidos en el Tomo I del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, la Secretaría de Salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, deberá:

f

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

- 8.1 Ingresar a su página web y ubicará en el REPS el formulario de inscripción diligenciado por el interesado.
- 8.2 Verificar que los soportes entregados con el formulario correspondan a los previstos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. En caso de no corresponder, los devolverá al interesado indicando las inconsistencias documentales o la información faltante.
- 8.3 Asignar el código de inscripción al prestador de servicios de salud si el formulario y los soportes se encuentran completos y cumplen con los requisitos establecidos en la presente resolución.
- 8.4 Programar y realizar visita de verificación previa o de reactivación, cuando corresponda, de acuerdo con su competencia y conforme a lo establecido en la presente resolución.
- 8.5 Registrar la inscripción del prestador de servicios de salud en el REPS y simultáneamente expedir la constancia de habilitación y autorizar la generación del distintivo de habilitación de los servicios, momento a partir del cual se considera inscrito el prestador de servicios de salud y habilitado el servicio o los servicios, los cuales podrán ser ofertados y prestados.

Parágrafo. Cuando no se requiera cumplir con la disposición enunciada en el numeral 8.4 del presente artículo, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, contará con un plazo máximo de quince (15) días calendario contados a partir de la radicación completa de la documentación, para adelantar el procedimiento establecido en el numeral 8.5 del presente artículo.

Artículo 9. Responsabilidad. El prestador de servicios de salud que habilite un servicio de salud es el responsable del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación, así como de todos los estándares y criterios de habilitación aplicables a ese servicio, independientemente que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas que aporten al cumplimiento de éstos y de las figuras contractuales o acuerdos de voluntades que se utilicen para tal fin. El servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador de servicios de salud responsable del mismo. No se permite la doble habilitación de un servicio.

Artículo 10. Vigencia de la inscripción en el REPS. La inscripción inicial de cada prestador de servicios de salud en el REPS tendrá una vigencia de cuatro (4) años contados a partir de la fecha en que la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, haya realizado la inscripción del prestador conforme a lo definido en el numeral 8.5 del artículo 8 de la presente resolución.

La inscripción inicial del prestador podrá ser renovada por el término de un (1) año siempre y cuando haya realizado la autoevaluación y esta haya sido declarada en el REPS durante el cuarto año de inscripción inicial y antes de su vencimiento.

Las renovaciones posteriores tendrán vigencia de un (1) año, previa autoevaluación de las condiciones de habilitación y declaración en el REPS, antes del vencimiento de cada año.

El prestador de servicios de salud cuya inscripción en el REPS haya sido inactivada y desee volver a inscribirse, esta tendrá vigencia de un (1) año, así como sus renovaciones, previa autoevaluación de las condiciones de habilitación y su declaración en el REPS.

✍

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

Parágrafo 1. Entiéndase por inscripción inicial aquella que realiza el prestador de servicios de salud que ingresa al REPS por primera vez. La reactivación de la inscripción de un prestador luego de su inactivación no se entiende como inscripción inicial.

Parágrafo 2. La inscripción del prestador de servicios de salud podrá ser revocada en cualquier momento por la Superintendencia Nacional de Salud o la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, cuando se compruebe el incumplimiento de las condiciones de habilitación o requisitos previstos para su otorgamiento previa garantía al debido proceso.

Artículo 11. Consecuencias de la no autoevaluación inicial y periódica. Se inactivará la inscripción de un prestador de servicios de salud cuando no realice la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados y su respectiva declaración en el REPS, dentro del término previsto en la presente resolución.

Cuando un prestador con inscripción inactiva desee reactivar su inscripción y habilitar servicios de salud, deberá cumplir el procedimiento establecido en el artículo 7 de la presente resolución, actualizar la información de contacto registrada (dirección, nombre e identificación del representante legal, teléfono y correo electrónico) y solicitar la visita de reactivación ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, quien dispondrá de un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la radicación de la solicitud con documentación completa, para realizar la visita de reactivación.

Cuando el prestador de servicios de salud no realice la autoevaluación de uno o más servicios habilitados o no efectúe la correspondiente declaración en el REPS, se inactivarán dichos servicios. Para su reactivación, el prestador deberá realizar la autoevaluación y la declaración correspondiente en el REPS.

Tratándose de servicios de alta complejidad, urgencias, atención del parto, transporte asistencial u oncológicos, la reactivación estará sujeta a visita previa de verificación por parte de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. Para tal efecto, la autoridad competente contará con un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la radicación de la solicitud de reactivación, para realizar la visita correspondiente.

Cuando el prestador demuestre que la inactivación de su inscripción en el REPS obedece a un trámite de corrección en curso, un recurso pendiente de decisión, una falla certificada de la plataforma o cualquier otra causa no atribuible a este, la secretaría de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, verificará la situación y la remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social; una vez éste determine la existencia de dicha causal, procederá a reactivar la inscripción del prestador en el REPS.

Capítulo 3

Novedades y cierre de servicios

Artículo 12. Novedades. Los prestadores de servicios de salud están en la obligación de reportar las novedades ante la respectiva secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, diligenciando en línea el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de cada entidad territorial, cumpliendo con los requerimientos definidos en el Tomo I del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

Parágrafo 1. Constituyen novedades aquellas situaciones, modificaciones o eventos que se encuentran definidos en el Tomo I del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Parágrafo 2. La secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, será responsable de garantizar que la información contenida en el aplicativo del REPS se mantenga permanentemente actualizada y refleje de manera veraz y oportuna la operación de los servicios de salud existentes en su jurisdicción, de conformidad con las novedades registradas y los procedimientos establecidos en la presente resolución.

Artículo 13. Cierre temporal de servicios. El prestador de servicios de salud podrá reportar el cierre temporal de uno o más servicios habilitados por un período máximo de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de registro de la novedad de cierre temporal en el REPS. Vencido dicho plazo sin que se haya reportado la novedad de reactivación del servicio, este se inactivará en el REPS. Cuando se trate de su única sede declarada, si vencido el término de cierre temporal, el prestador no reactiva ningún servicio se procederá la inactivación de la sede y, en consecuencia, del prestador en el REPS. Para su posterior habilitación, el prestador deberá surtir nuevamente el procedimiento de habilitación del servicio.

El cierre temporal podrá comprender la totalidad de los servicios habilitados en una sede sin que ello implique el cierre de esta; no obstante, si transcurrido el término señalado en el inciso anterior el prestador no ha reportado la reactivación de al menos uno de los servicios cerrados temporalmente o no ha habilitado al menos un servicio en la sede, esta será inactivada en el REPS.

Cuando se trate de servicios de alta complejidad, urgencias, atención del parto, oncológicos o transporte asistencial, la reactivación estará sujeta a visita previa de verificación por parte de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

Los prestadores de servicios de salud que reporten el cierre temporal de uno o más de los siguientes servicios: urgencias, atención del parto, hospitalización pediátrica, cuidado intensivo y oncológicos, deberán informar por escrito dicha situación a la secretaría de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, así como a las entidades responsables de pago con las cuales tengan acuerdos de voluntades vigentes, con una antelación mínima de dos (2) meses al reporte de la novedad en el REPS.

Lo anterior, con el fin de que la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, coordine con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y los prestadores de servicios de salud el traslado de los pacientes durante dicho periodo. En caso de que las EAPB no indiquen el prestador de servicios de salud de su red al cual debe trasladarse el paciente, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad competente, solicitará acompañamiento a la Superintendencia Nacional de Salud, para que, de acuerdo con su marco de competencias, adopte las medidas que estime pertinentes con el fin de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria.

Capítulo 4 Visitas de verificación

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

Artículo 14. Visita de verificación previa. Se requiere visita de verificación previa en los siguientes casos:

- 14.1** Para habilitar nuevos servicios oncológicos, de urgencias, cirugía plástica y estética del grupo quirúrgico, atención del parto, transporte asistencial y todos los servicios de alta complejidad, se realizará visita de verificación previa por parte de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, dentro de los seis (6) meses siguientes al cumplimiento de lo establecido en el numeral 8.3 del artículo 8 de la presente resolución.
- 14.2** Para inscribir una nueva institución prestadora de servicios de salud se realizará visita de verificación previa por parte de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, dentro de los seis (6) meses siguientes al cumplimiento de lo establecido en el numeral 8.3 del artículo 8 de la presente resolución.
- 14.3** Para cambiar la complejidad de un servicio de baja o mediana complejidad a alta complejidad, se realizará visita de verificación previa por parte de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias dentro de los seis (6) meses siguientes al cumplimiento de lo establecido en el numeral 8.3 del artículo 8 de la presente resolución. El servicio continuará prestándose en la complejidad inicial hasta tanto sea habilitado en la nueva complejidad.

En toda visita de verificación previa, los estándares relacionados con talento humano, historia clínica y registros, procesos prioritarios y medicamentos, dispositivos médicos e insumos, se verificarán con base en la planeación que al respecto tenga el prestador de servicios de salud y no se exigirá el resultado de los referidos estándares.

Si al realizar la visita de verificación previa, el prestador de servicios de salud o el servicio no cumple con las condiciones de habilitación establecidas en los Tomos I y II del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de los Servicios de Salud, la entidad a cargo de la visita registrará en el REPS los resultados y el prestador de servicios de salud deberá iniciar nuevamente el trámite de inscripción del prestador o habilitación del servicio en los términos definidos en la presente resolución.

Si durante la visita de verificación previa se identifican incumplimientos que no representen un riesgo para la seguridad del paciente ni afecten de manera sustancial el cumplimiento de las condiciones de habilitación, la entidad competente mediante registro en acta de visita otorgará al prestador por una única vez, un plazo de hasta diez (10) días calendario para subsanar los hallazgos, previo registro del resultado definitivo de la visita en el REPS. Vencido dicho término y de no haber sido subsanados los hallazgos, el prestador de servicios de salud deberá iniciar nuevamente el trámite de inscripción del prestador o habilitación del servicio en los términos definidos en la presente resolución.

Artículo 15. Visita de certificación. La secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, realizará visita con posterioridad a la habilitación de los servicios de salud y de conformidad con la programación definida en el plan de visitas de verificación, con el propósito de constatar y certificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación aplicables a los servicios verificados, por parte de las instituciones correspondientes.

La secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

condiciones de habilitación aplicables a los servicios verificados, autorizará al prestador de servicios de salud, a través del REPS, la generación del certificado de cumplimiento de las condiciones de habilitación de los servicios de salud verificados, en un plazo máximo de veinte (20) días calendario contados a partir de la fecha de cierre de la visita.

En el marco de las visitas de certificación únicamente podrán adoptarse las medidas de seguridad previstas en los literales a) y b) del artículo 576 de la Ley 9 de 1979, o la norma que la modifique o sustituya, cuando se evidencie la ocurrencia de hechos o situaciones que atenten o puedan representar un riesgo para la salud individual o colectiva. Dichas medidas tendrán carácter preventivo y transitorio. En los demás casos, podrán adoptarse las medidas sanitarias de seguridad previstas en el citado artículo, cuando haya lugar a ello.

Parágrafo. A la institución prestadora de servicios de salud, objeto de intervención forzosa administrativa para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, no se le realizará visita de certificación. La Superintendencia Nacional de Salud verificará que dichas instituciones cumplan con las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras correspondientes.

Artículo 16. Visita de reactivación. La visita de reactivación es la que se realiza por parte de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias y procede en los siguientes casos:

- 16.1. Cuando una Institución prestadora de servicios de salud se encuentra inactiva en el REPS como consecuencia de no haber realizado la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados y requiere activar su inscripción y habilitación.
- 16.2. Cuando un prestador de servicios de salud tenga inactivos los servicios de alta complejidad, urgencias, cirugía plástica y estética del grupo quirúrgico, atención del parto, transporte asistencial y oncológico, como consecuencia de no haber realizado la autoevaluación de estos y requiera reactivar su habilitación.
- 16.3. Cuando un prestador de servicios de salud tenga inactivos servicios de alta complejidad, urgencias, cirugía plástica y estética del grupo quirúrgico, atención del parto, transporte asistencial y oncológicos como consecuencia de realizar una novedad de cierre temporal de alguno de estos y dejó transcurrir más de seis meses sin haber gestionado la novedad de reactivación del o de los servicios y requiera reactivar su habilitación.

La secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, realizará las visitas de reactivación dentro un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados a partir del momento de la radicación de la solicitud con la documentación completa.

En toda visita de reactivación, los estándares relacionados con talento humano, historia clínica y registros, procesos prioritarios y medicamentos, dispositivos médicos e insumos, se verificarán con base en la planeación que al respecto tenga el prestador de servicios de salud y no se exigirá el resultado de los referidos estándares.

Parágrafo. Hasta tanto se realice la visita de reactivación de que trata el presente artículo y se verifique el cumplimiento de los criterios de habilitación correspondientes al servicio objeto de la solicitud, este no podrá ser reactivado ni

✓

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

podrá prestarse, so pena de las consecuencias previstas en la normatividad vigente para la prestación de servicios sin las condiciones de habilitación exigidas.

Artículo 17. Plan de visitas de verificación de condiciones de habilitación. Las secretarías de salud departamentales o distritales, o las entidades que tengan a su cargo dichas competencias, deberán formular y ejecutar anualmente un plan de visitas de verificación de las condiciones de habilitación a los prestadores de servicios de salud inscritos en el REPS de su jurisdicción, con el propósito de verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación.

El plan deberá formularse a más tardar el treinta (30) de noviembre de la vigencia inmediatamente anterior a aquella en la que será ejecutado, y registrarse en el REPS a más tardar el veinte (20) de diciembre de la misma vigencia. La Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento del registro del plan y su ejecución, para lo cual tendrá acceso a la información contenida en el REPS.

Para la formulación del plan de visitas de verificación se deberá observar el siguiente orden de prioridad:

- 17.1 Los servicios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 17.2 Los servicios oncológicos habilitados.
- 17.3 Los servicios oncológicos que reporten alguna de las siguientes novedades: apertura de modalidad, reactivación de servicio o traslado de servicio.
- 17.4 Los prestadores de servicios de salud que no han tenido visita de verificación desde su inscripción.
- 17.5 Los servicios para la atención del parto que no hayan sido visitados en los últimos cuatro (4) años inmediatamente anteriores a la formulación del plan de visitas de cada vigencia.
- 17.6 Los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios quirúrgicos de cirugía plástica y estética.
- 17.7 Los prestadores de servicios de salud que habiliten servicios con equipos generadores de radiación ionizante, de acuerdo con el nivel de riesgo asociado.
- 17.8 Los prestadores de servicios de salud que se postulen ante el ente acreditador y no cuenten con certificación de habilitación. La visita de verificación se realizará en un término no mayor a tres (3) meses contados a partir de la solicitud presentada a la secretaría de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.
- 17.9 Los prestadores de servicios de salud que se postulen para conformar organizaciones funcionales y requieran la certificación de habilitación no mayor a un año. Dicha visita de verificación se realizará en un término no mayor a tres (3) meses contados a partir de la solicitud presentada ante la instancia pertinente.
- 17.10 Prestadores de servicios de salud que realicen la novedad de cambio de NIT y continúen prestando los servicios de salud en el mismo domicilio y sede de manera ininterrumpida.
- 17.11 De manera extraordinaria, cuando se presenten quejas, reclamos o inconsistencias frecuentes en la prestación de uno o más servicios que ameriten la revisión de las condiciones de habilitación por parte del prestador.
- 17.12 Las demás visitas que las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, definan en ejercicio de sus funciones.

Las visitas de verificación de condiciones de habilitación deben ser comunicadas al prestador como mínimo con un (1) día hábil de antelación a su realización y por

f

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

medios físicos o electrónicos. Comunicada la visita, el prestador de servicios de salud no podrá presentar novedades mientras esta no haya concluido.

El plan de visitas de verificación de las condiciones de habilitación no excluye la realización de visitas de inspección, vigilancia y control, visitas previas, ni aquellas que deban efectuarse en ejercicio de las competencias de las secretarías de salud departamentales o distritales, o las entidades que tengan a su cargo dichas competencias, cuando estas sean necesarias para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud. Las visitas realizadas por cualquiera de estas causas harán parte del respectivo plan de visitas.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas no requerirán, durante la vigencia de la acreditación, visitas de verificación de las condiciones de habilitación. No obstante, aquellas que pretendan habilitar nuevos servicios de urgencias, oncología, alta complejidad, atención del parto o transporte asistencial deberán someterse a visita previa de verificación, de conformidad con lo dispuesto en la presente resolución.

La información de los prestadores de servicios de salud acreditados estará disponible en el REPS, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social adoptará las medidas necesarias para su implementación y actualización.

Parágrafo 1. Cuando se identifique la prestación de un servicio de salud sin la debida inscripción y habilitación en el REPS, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, aplicará las medidas sanitarias de seguridad e iniciará el procedimiento administrativo correspondiente. El prestador deberá cesar de forma inmediata, la prestación del servicio y surtir el procedimiento de inscripción y habilitación inicial previsto en el artículo 7 de la presente resolución, incluida la visita previa de verificación, antes de su entrada en funcionamiento.

Parágrafo 2. Sin perjuicio de la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad y de las actuaciones administrativas a que haya lugar, cuando la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, identifique la presunta comisión de conductas que puedan constituir infracciones penales relacionadas con la prestación de servicios de salud sin la debida inscripción y habilitación en el REPS, deberá poner los hechos en conocimiento de la Fiscalía General de la Nación, o la entidad que haga sus veces, y remitir la información y los soportes correspondientes, para lo de su competencia.

Artículo 18. Capacidad de inspección territorial. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del fortalecimiento de las capacidades institucionales de las secretarías de salud departamentales y distritales, o las entidades que tengan a su cargo dichas competencias, para la realización de las visitas de verificación en territorios de difícil acceso, promoverá las siguientes acciones:

- 18.1** El desarrollo y disposición de herramientas digitales y mecanismos de verificación remota que faciliten la realización de las visitas de verificación en las condiciones de acceso propias de cada territorio, y que garanticen requisitos de identificación del participante, captura en tiempo real y georreferenciación.
- 18.2** La capacitación y actualización permanente de los equipos responsables de la inspección, vigilancia y control en el nivel territorial.

En ningún caso la demora en la realización de las visitas de verificación por parte de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a su cargo dichas competencias, será atribuible al prestador de servicios de salud, siempre y

X

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

cuando el prestador no haya impedido la realización de la visita o haya cerrado el servicio o cambiado de domicilio sin realizar la correspondiente novedad.

Artículo 19. Procedimiento para dirimir las diferencias conceptuales en la interpretación de la norma en visitas de verificación. Cuando se presenten diferencias conceptuales en la interpretación de la norma, entre los resultados de la visita de verificación y la posición del prestador de servicios de salud, se seguirá el siguiente procedimiento:

- 19.1 El prestador podrá solicitar ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a su cargo dichas competencias, la revisión puntual de las diferencias conceptuales en la interpretación de la norma, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la recepción del informe de visita, sustentando técnicamente las diferencias identificadas. La entidad competente dará respuesta dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la recepción de la solicitud.
- 19.2 Si la diferencia conceptual en la interpretación de la norma no es resuelta por la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a su cargo dichas competencias, dentro del término definido o fuere resuelta desfavorablemente para el prestador, tanto el prestador como la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, podrán elevar de manera independiente la solicitud ante el Ministerio de Salud y Protección Social, para que se emita el concepto correspondiente dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la radicación de la solicitud. Dicho concepto tendrá carácter vinculante para las partes y dirimirá la diferencia conceptual.

Artículo 20. Lineamientos técnicos para la conformación de los equipos técnicos para la verificación de las condiciones de habilitación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá, dentro de los tres (3) meses siguientes a la expedición de la presente resolución, los lineamientos técnicos para la conformación de los equipos técnicos de verificación de las condiciones de habilitación de los servicios de salud, de conformidad con el artículo 2.5.1.3.2.14 del Decreto 780 de 2016.

Capítulo 5

Disposiciones para la aplicación de la presente resolución

Artículo 21. Garantía de la prestación de servicios de salud. Cuando por incumplimiento de las condiciones de habilitación se presente el cierre de uno o varios servicios de una institución prestadora de servicios de salud y sea el único prestador de dichos servicios en su municipio o área no municipalizada del país, de manera independiente a su categoría y tamaño poblacional, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en conjunto con el prestador y las entidades responsables de pago, deberá elaborar en un plazo de un (1) mes, previo al cierre, un plan que permita la reubicación y la prestación de servicios a los pacientes, según sus necesidades, condiciones médicas y tratamientos en curso, con las que se garantice la continuidad de la atención y del tratamiento sin interrupciones.

En caso de que la EAPB no indique el prestador de servicios de salud de su red al cual debe trasladarse el paciente, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, solicitará acompañamiento a la Superintendencia Nacional de Salud, para que adopte las medidas que estime pertinentes, con el fin de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria.

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

En aquellos casos de cierre de servicios de una Institución Prestadora de Servicios de Salud por una intervención forzosa administrativa para liquidar o para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o de una actuación administrativa de supresión y liquidación adelantada por la autoridad competente, el prestador que asuma los servicios en el mismo domicilio y sedes, deberá efectuar el procedimiento de inscripción establecido en el artículo 7 de la presente resolución y habilitar los servicios que vaya a continuar prestando ante la Secretaría de Salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias; momento a partir del cual podrá ofertar y prestar los servicios de salud correspondientes y requerirá únicamente visita de verificación de las condiciones de habilitación, la cual se efectuará dentro los seis (6) meses siguientes a la asignación del código de inscripción del prestador de servicios de salud.

Artículo 22. Servicio de transporte asistencial. Los prestadores del servicio de Transporte Asistencial en ambulancias aérea, fluvial o marítima y los servicios de Transporte Asistencial y de Atención Prehospitalaria a cargo de los cuerpos de bomberos de Colombia, habilitarán el servicio en el departamento o distrito donde esté ubicada la sede que hayan definido. Dicha habilitación producirá efectos en todo el territorio nacional, sin que se requiera inscripción del prestador de servicios de salud en cada una de las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en las cuales vayan a prestar el servicio.

Artículo 23. Responsabilidad en la validación de la información. Las secretarías de salud departamentales o distritales, o las entidades que tengan a cargo dichas competencias, serán responsables de validar la información registrada por los prestadores de servicios de salud en el REPS.

Cuando se identifiquen inconsistencias o errores en la información registrada, la respectiva secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, realizará las correcciones a que haya lugar, de conformidad con el procedimiento definido para tal efecto en el artículo 26 de la presente resolución.

El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá en el REPS en un plazo de seis (6) meses posterior a la expedición de este acto administrativo, desarrollará los mecanismos, funcionalidades y herramientas necesarias para el cumplimiento de lo previsto en el presente artículo, asimismo, para el seguimiento de la información de los prestadores, un histórico de consulta que permita verificar la trazabilidad de las habilitaciones, novedades, cierres temporales, inactivaciones y demás registros asociados a cada prestador, y consulta de estado para un periodo determinado.

Artículo 24. Gratuidad. Las secretarías de salud departamentales o distritales, o las entidades que tengan a cargo dichas competencias, no podrán exigir pago alguno por concepto de inscripción, habilitación, visitas previas, visitas de reactivación, visitas de certificación de condiciones de habilitación, registro de novedades, actualización de información o cualquier otra actuación relacionada con el cumplimiento de las disposiciones previstas en la presente resolución.

Artículo 25. Procedimiento para la actualización de la norma. La actualización de las condiciones, estándares y criterios para la inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud se caracteriza por ser un proceso continuo, técnico, dinámico, participativo, transparente y validado por expertos, en el que prevalece el interés general sobre el particular.

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

Con una periodicidad máxima de dos (2) años, o en un término menor cuando las necesidades del sistema, la evolución tecnológica, las innovaciones en la prestación de servicios de salud, las condiciones epidemiológicas o los riesgos para la salud de la población así lo requieran, el Ministerio de Salud y Protección Social adelantará el procedimiento de actualización de las condiciones de habilitación, el cual comprenderá las siguientes fases:

- 25.1 Fase de nominación.** En esta fase podrán participar los prestadores de servicios de salud, las entidades territoriales, las asociaciones científicas, los colegios profesionales, las asociaciones de usuarios, la academia, organizaciones y gremios que acrediten interés o conocimiento técnico, y los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, quienes podrán presentar propuestas de inclusión, modificación, eliminación o ajuste de condiciones, estándares o criterios de habilitación.
- 25.2 Fase de análisis técnico.** El Ministerio de Salud y Protección Social analizará de manera integral y coherente las propuestas recibidas, con la participación de expertos, asociaciones científicas, representantes de prestadores de servicios de salud, entidades territoriales y demás actores que se consideren pertinentes. Este análisis tendrá por objeto evaluar la viabilidad técnica, operativa, jurídica y financiera de las propuestas, así como su impacto sobre la calidad, la seguridad y el acceso a los servicios de salud, de manera que la regulación resultante sea adecuada a las condiciones reales del sector y permita incorporar innovaciones orientadas a minimizar los riesgos en la prestación de los servicios, sin comprometer la protección de los usuarios.
- 25.3 Fase de decisión y trazabilidad.** Con fundamento en los resultados del análisis técnico, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptará las decisiones correspondientes frente a la actualización de las condiciones, estándares y criterios de habilitación, dejando constancia de su justificación técnica y garantizando la trazabilidad de las modificaciones efectuadas al Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá en un plazo de seis (6) meses mediante documento técnico la metodología, los mecanismos de participación, los requisitos para la presentación de propuestas y los instrumentos necesarios para el desarrollo de las fases previstas en el presente artículo.

Artículo 26. Procedimiento para la revisión y depuración de inconsistencias presentadas en el REPS. Al detectarse inconsistencias en los registros del REPS, se procederá de la siguiente manera:

- 26.1** Este Ministerio, comunicará a la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, la información correspondiente a los registros presuntamente inconsistentes.
- 26.2** Dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes al recibo de la comunicación, la Secretaría de Salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, comunicará al prestador de servicios de salud para que revise los registros inconsistentes y realice los ajustes requeridos, y verificará que el prestador efectúe los trámites correspondientes en el REPS antes del vencimiento de dicho plazo.
- 26.3** Si vencido el plazo a que hace referencia el numeral anterior, la Secretaría de Salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, y el prestador no han realizado los ajustes que subsanen las inconsistencias, o no han informado al Ministerio de Salud y Protección Social las objeciones a las mismas, los servicios de salud se inactivarán automáticamente en el REPS.

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

26.4 Las objeciones a las presuntas inconsistencias serán revisadas y resueltas por este Ministerio en un plazo no mayor a sesenta (60) días calendario. De considerar procedentes las objeciones, se le informará a la secretaría de salud departamental o distrital, o a la entidad que tenga a cargo dichas competencias. De no ser procedentes, se inactivará en el REPS el servicio sobre el cual se presenta la inconsistencia e informará a la secretaría de salud departamental o distrital, y éstas a su vez deberán informar al prestador. El prestador podrá reactivar el servicio una vez realice los ajustes correspondientes cumpliendo con el trámite establecido en la presente resolución.

Capítulo 6

Criterios de habilitación diferenciales, razonables y progresivos para prestadores de servicios de salud ubicados en municipios con condiciones especiales

Artículo 27. Criterios de habilitación diferenciales, razonables y progresivos para municipios con condiciones especiales. Los criterios diferenciales, las categorías de municipios con condiciones especiales y los requisitos aplicables a cada una de ellas se desarrollan en el Tomo I del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, que hace parte integral de la presente resolución.

El cumplimiento de dichos criterios se documenta y gestiona conforme al Plan de Adecuación Progresiva de Condiciones de Habilitación previsto en la presente resolución.

El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá en el REPS un módulo de consulta pública que identifique los prestadores de servicios de salud ubicados en municipios con condiciones especiales, registrados por la secretaría departamental o distrital de salud, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, con la información de fecha de radicación del Plan de Adecuación Progresiva, para efectos de su seguimiento anual.

Artículo 28. Plan de adecuación progresiva de condiciones de habilitación para prestadores ubicados en municipios con condiciones especiales. Es el documento técnico mediante el cual el prestador de servicios de salud define, organiza y programa las acciones, estrategias, inversiones, recursos, cronogramas y mecanismos de gestión requeridos para avanzar de manera gradual hacia el cumplimiento integral de las condiciones, estándares y criterios de habilitación establecidos en la presente resolución y en las demás disposiciones normativas aplicables.

Este instrumento deberá fundamentarse en las condiciones reales del territorio, la capacidad institucional del prestador, la disponibilidad de recursos esenciales para la atención, las brechas identificadas en el proceso de habilitación y las particularidades geográficas, poblacionales, culturales y operativas del municipio o territorio donde se presten los servicios.

El plan tendrá una vigencia máxima de hasta cuatro (4) años y deberá contener como mínimo:

- a) Diagnóstico de brechas frente a los estándares de habilitación aplicables.
- b) Objetivos de mejoramiento progresivo.
- c) Metas anuales, verificables, medibles y trazables.
- d) Cronograma de implementación.

X

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

- e) Estrategias de fortalecimiento en infraestructura, dotación, tecnologías y conectividad.
- f) Identificación de fuentes de financiación o mecanismos de sostenibilidad.
- g) Indicadores de seguimiento y evaluación.

Este plan debe radicarse ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, para el correspondiente seguimiento de que trata el artículo 29 de la presente resolución. El prestador de servicios de salud radicará de igual manera ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, un informe anual de avance frente al cumplimiento del plan.

Artículo 29. Seguimiento al plan de adecuación progresiva de condiciones de habilitación para prestadores ubicados en municipios con condiciones especiales. Las metas definidas en el plan de adecuación progresiva deberán ser objeto de verificación periódica por parte de las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en el marco de sus competencias de asistencia técnica, seguimiento y evaluación territorial.

El seguimiento a los planes de adecuación progresiva de condiciones de habilitación deberá orientarse bajo criterios de razonabilidad, proporcionalidad, progresividad y mejora continua, promoviendo el fortalecimiento efectivo de la capacidad resolutive de los prestadores y la garantía del acceso seguro, oportuno y de calidad a los servicios de salud en municipios con condiciones especiales.

Los hallazgos relacionados exclusivamente con brechas incluidas en el Plan de Adecuación Progresiva no darán lugar a medidas de seguridad o al cierre del servicio mientras el prestador cumpla las metas verificables y los plazos aprobados, sin perjuicio de las medidas que procedan ante riesgos para la seguridad del paciente.

Parágrafo. Lo dispuesto en el presente artículo se aplicará sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y a las demás autoridades competentes.

Artículo 30. Garantía de continuidad cuando se cierran servicios. Cuando un prestador de servicios de salud ubicado en un municipio con condición especial deba realizar el cierre de un servicio habilitado por incumplimiento de las condiciones de habilitación, la secretaría de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias dentro de los veinte (20) días calendario siguientes al anuncio del cierre del servicio, deberá coordinar con las EAPB el traslado de los pacientes durante dicho periodo. En caso de que la EAPB no indique el prestador de servicios de salud de su red al cual debe trasladarse el paciente, la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, solicitará acompañamiento a la Superintendencia Nacional de Salud, para que adopte las medidas que estime pertinentes, con el fin de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria.

Artículo 31. Cláusula de no regresividad. Los criterios de habilitación diferenciales, razonables y progresivos son medidas transitorias para garantizar el acceso a los servicios de salud en los municipios con condiciones especiales. No se establecen de manera permanente ni comprometen la calidad de la atención, exceptuando las condiciones ajenas a su gestión o derivadas de las condiciones propias del territorio. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará los avances en un plazo máximo de cuatro (4) años contados desde la entrada en vigencia de la presente resolución,

X

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

y adoptará las medidas necesarias para la convergencia hacia los estándares de habilitación definidos en la presente resolución.

Artículo 32. Acogencia voluntaria de prestadores de servicios de salud ubicados en municipios con condiciones especiales. Los prestadores de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente resolución, se encuentren inscritos en el REPS con servicios habilitados y estén ubicados en municipios que se encuentren en alguna de las categorías definidas en el Tomo I del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, podrán acogerse de manera voluntaria a los criterios diferenciales, razonables y progresivos allí establecidos.

Para el efecto, deberán manifestar su intención mediante solicitud formal radicada ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, con el fin de ser reconocidos como instituciones prestadoras de servicios de salud ubicadas en municipios con condiciones especiales.

La secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias contará con un término de quince (15) días calendario, contados a partir de la radicación de la solicitud, para verificar que el municipio en el que opera el prestador se encuentra incluido en alguna de las categorías de condiciones especiales definidas en el Manual, y decidir sobre la procedencia del reconocimiento solicitado. La decisión que niegue el reconocimiento deberá ser motivada y podrá ser objeto de los recursos de Ley.

Capítulo 7 Disposiciones finales

Artículo 33. Inspección, vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud, las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, ejercerán las funciones de inspección, vigilancia y control, con el fin de verificar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución y adoptar las medidas administrativas a que haya lugar.

Artículo 34. Transitoriedad. Los prestadores de servicios de salud que se encuentren habilitados a la entrada en vigencia de la presente resolución contarán con un plazo de doce (12) meses, contados a partir de dicha entrada en vigencia, para adaptar sus condiciones de habilitación a los requisitos incorporados mediante la presente resolución.

Durante dicho período, las secretarías de salud departamentales o distritales, o las entidades que tengan a cargo dichas competencias, desarrollarán acciones de asistencia técnica, acompañamiento y orientación para facilitar la implementación de las disposiciones establecidas en esta resolución.

Durante el período de transición, los prestadores de servicios de salud podrán continuar dando cumplimiento a las condiciones de habilitación previstas en la Resolución 3100 de 2019 y sus modificaciones, o acogerse de manera anticipada y voluntaria a la totalidad de las disposiciones de la presente resolución. En este último caso, deberán informar dicha decisión a la secretaría de salud departamental o distrital, o a la entidad que tenga a cargo dichas competencias, la cual verificará su cumplimiento conforme a los estándares aquí previstos.

Las visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y demás actuaciones de inspección que se realicen durante el período de transición

20

Continuación Resolución: "Por la cual se establece el procedimiento para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y las condiciones para la habilitación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones".

se efectuarán con base en la norma de habilitación por el cual haya optado el prestador, de conformidad con el inciso anterior.

Vencido el término de transición, los prestadores de servicios de salud deberán dar cumplimiento integral a las disposiciones contenidas en la presente resolución, sin que resulte aplicable, a partir de dicho momento, ninguna disposición de la Resolución 3100 de 2019 y sus modificaciones.

Parágrafo. Los prestadores de servicios de salud que radiquen su inscripción con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución, y durante el periodo de transición, podrán dar cumplimiento a las condiciones de habilitación previstas en la Resolución 3100 de 2019 y sus modificaciones, o acogerse de manera anticipada y voluntaria a la totalidad de las disposiciones de la presente resolución. En este último caso, deberán informar dicha decisión a la secretaría de salud departamental o distrital, o a la entidad que tenga a cargo dichas competencias, la cual verificará su cumplimiento conforme a los estándares aquí previstos.

Artículo 35. Vigencia y derogatoria. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición, surte efectos a partir de su publicación en el Diario Oficial y, deroga la Resolución 3100 de 2019 y sus modificatorias, las Resoluciones 2215 de 2020, 1317 de 2021, 1138 de 2022, 1410 de 2022, 1719 de 2022, 544 de 2023, 648 de 2023 y 465 de 2025, y la Resolución 77 de 2007, vencido el término de transición señalado en el artículo anterior.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

05 AGO 2026



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó:

Leidy Tatiana Aguilar Rodríguez – Directora de Atención Primaria en Salud (E).

Ana Milena Montes Cruz – Jefe Oficina de Calidad (E).

Vo.Bo.:

Jaime Hernán Urrego Rodríguez – Viceministro de Salud Pública y Atención Primaria.

Daniel Felipe Soto Mejía – Director Jurídico (E).



Firmado digitalmente
por Daniel Felipe Soto

