

RESOLUCIÓN 1043 DE 2006

(abril 3)

Diario Oficial No. 46.271 de 2006 de 17 de mayo de 2006

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

<NOTA DE VIGENCIA: Resolución derogada por el artículo 19 de la Resolución 1441 de 2013>

<NOTA: Los Anexos a la presente resolución deben ser consultados en la carpeta "ANEXOS MPS-Resoluciones"

Los anexos en PDF no incluyen las modificaciones introducidas por resoluciones posteriores>

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- Resolución derogada por el artículo 19 de la Resolución 1441 de 2013, 'por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 48.787 de 11 de mayo de 2013.
- Modificada por la Resolución 715 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.639 de 2 de marzo de 2010, 'Por la cual se establece el procedimiento de administración del distintivo de habilitación de que trata el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución [1043](#) de 2006 y el procedimiento para actualizar la denominación de los servicios de salud en estos distintivos'
- Modificada por la Resolución 3763 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.791 de 24 de octubre de 2007, 'Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones [1043](#) y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones'
- Modificada por la Resolución 2680 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.717 de 11 de agosto de 2007, 'Por la cual se modifica parcialmente la Resolución [1043](#) de 2006 y se dictan otras disposiciones'
- Modificada por la Resolución 77 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.522 de 25 de enero 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 y se dictan otras disposiciones'

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el numeral 3 del artículo [173](#) de la Ley 100 de 1993, artículo [20](#) del Decreto 205 de 2003, artículo [56](#) de la Ley 715 de

2001 y los Títulos III y IV del Decreto [1011](#) de 2006,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1o. CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS. <Resolución derogada por el artículo 19 de la Resolución 1441 de 2013> <Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 2680 de 2007. El nuevo texto es el siguiente:> Los prestadores de servicios de salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación con lo siguiente:

a) De capacidad tecnológica y científica

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución.

Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable.

Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el Anexo Técnico número 1 “Manual Único de Estándares y de Verificación”; el cual hace parte integral de la presente resolución.

Las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada o modificada, a partir del 1o de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado.

b) Suficiencia Patrimonial y Financiera

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Estas son:

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.

2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles, aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución.

3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales, aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, ex empleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.

4. Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

La institución que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea de propiedad de una Entidad Promotora de Salud, Administradora del Régimen Subsidiado, entidad adaptada, Caja de Compensación Familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social, demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.

c) De capacidad técnico-administrativa

Son condiciones de capacidad técnico-administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordato”.

PARÁGRAFO 1o. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos, solamente cumplirán con lo establecido en el literal a) del presente artículo y no les será exigido el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, PAMEC.

Además de los requisitos señalados en el citado literal, las entidades mencionadas deberán

cumplir con los requisitos legales de acuerdo a la normatividad vigente respecto a su existencia, representación y naturaleza jurídica, según lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Los servicios prestados por estas entidades no podrán ser ofrecidos en contratación.

PARÁGRAFO 2o. Las Fuerzas Militares, la Policía Nacional y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario cuando presten servicios de salud, solamente cumplirán con lo establecido en el literal a) del presente artículo.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 1 de la Resolución 2680 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.717 de 11 de agosto de 2007.

Concordancias

Resolución MINPROTECCIÓN SOCIAL [1998](#) de 2010

Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 1043 de 2006:

ARTÍCULO 1. Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Unico de Habilitación, con lo siguiente:

a) De capacidad tecnológica y científica:

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas- Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable;

Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el Anexo Técnico número 1 “Manual Unico de Estándares y de Verificación”, el cual hace parte integral de la presente Resolución;

Las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada o modificada, a partir del 1o de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado;

b) Suficiencia Patrimonial y Financiera:

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las

instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Estas son:

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.
2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles: aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución.
3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales: aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, exempleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.
4. Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

La institución que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea de propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social, demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece;

c) De capacidad técnico-administrativa:

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la

demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordatario.



ARTÍCULO 2o. ESTÁNDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. <Resolución derogada por el artículo 19 de la Resolución 1441 de 2013> La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

a) **Fiabilidad:** La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea;

b) **Esencialidad:** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

c) **Sencillez:** La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

ARTÍCULO 3o. HABILITACIÓN DE IPS CON CONVENIO DOCENTE ASISTENCIALES. <Resolución derogada por el artículo 19 de la Resolución 1441 de 2013>

Las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS -- que suscriban convenios docente asistenciales, para habilitarse deberán cumplir lo definido en el Acuerdo 0003 de 2003 del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos o las normas que lo adicione, modifique o sustituya.

ARTÍCULO 4o. ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 19 de la Resolución 1441 de 2013> Se adoptan como estándares de habilitación el “Manual Único de Estándares y Verificación” que se anexan a la presente resolución como Anexo Técnico número 1 y como guía de procedimientos de habilitación el “Manual Unico de Procedimientos de Habilitación” que se anexa a la presente Resolución como Anexo Técnico número 2.

ARTÍCULO 5o. FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. <Resolución derogada por el artículo 19 de la Resolución 1441 de 2013>

El Ministerio de la Protección Social definirá mediante circular el formulario de Inscripción para los prestadores que inicien la prestación de servicio de salud a la entrada en vigencia de la presente Resolución.

Los prestadores de servicios de salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las entidades departamentales y distritales de salud correspondientes para efectos de su inscripción. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención exigidos en anexo técnico número 2 que hacen parte integral de la presente Resolución.

Un mismo servicio no puede tener doble habilitación y solo podrá ser habilitado por el prestador responsable del mismo.

PARÁGRAFO 1. Cuando un servicio no esté especificado en los formularios de registro, se aplicarán estándares de carácter genérico en la modalidad de servicio en que se clasifica.

PARÁGRAFO 2. Son procedimientos gratuitos los siguientes: Inscripción en el Registro Especial de Prestadores, reporte de novedades, visita de verificación. Por ningún motivo las entidades departamentales o distritales de Salud, podrán cobrarlo a los prestadores de servicios de salud.



ARTÍCULO 6o. ADOPCIÓN DE DISTINTIVOS PARA SERVICIOS HABILITADOS. <Resolución derogada por el artículo 19 de la Resolución 1441 de 2013> Con el propósito de fortalecer el control ciudadano para verificar que las atenciones en salud se presten exclusivamente en servicios inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios y a través de este mecanismo fortalecer la capacidad de control de las entidades territoriales sobre el estado de habilitación de los servicios ofrecidos por las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción, el Ministerio de la Protección Social adopta el distintivo de habilitación, cuyas características se encuentran contenidas en el Anexo Técnico número 2 “Manual Unico de Procedimientos de Habilitación”, que hace parte integral de la presente resolución.



ARTÍCULO 7o. REPORTE DE NOVEDADES. <Resolución derogada por el artículo 19 de la Resolución 1441 de 2013> <Artículo modificado por el artículo 2 de la Resolución 2680 de 2007. El nuevo texto es el siguiente:> Se consideran novedades del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, las siguientes:

- a) Apertura de servicios;
- b) Apertura de nueva sede;
- c) Cambio de domicilio;
- d) Cambio de representante legal;
- e) Cambio de director o gerente;
- f) Cambio de nomenclatura;
- g) Cierre de Prestador;
- h) Cierre de servicios temporal o definitivo;
- i) Cierre de una sede;

- j) Cierre o apertura de camas;
- k) Cierre o apertura de salas;
- l) Disolución o liquidación de la entidad o estar adelantando alguno de estos procesos;
- m) Cambio de nombre de una de las sedes, que no implique cambio de razón social;
- n) Transformación de la institución que no implique cambio de NIT, o creación de una nueva;
- o) Cambio de horario de atención;
- p) Cierre o apertura de una modalidad de atención;
- q) Cambio de sede principal;
- r) Cambio de Complejidad de servicio;
- s) Cierre o apertura de ambulancias.

PARÁGRAFO 1o. El prestador de servicios de salud estará en la obligación de reportar cualquiera de los anteriores eventos a las direcciones de salud competentes, en el momento en que estos se presenten, diligenciando el formulario de reporte de novedades que para tal efecto definirá mediante circular, el Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO 2o. Cuando un prestador de servicios de salud tenga un determinado servicio habilitado y presente novedad de cierre del mismo, debe devolver a la entidad territorial de salud correspondiente, el distintivo de habilitación que se le otorgó para que esta lo custodie. Cuando se presente la revocatoria de la Habilitación de un determinado servicio, el Prestador de Servicios de Salud deberá devolver el distintivo de Habilitación.

En el evento de presentarse reapertura del servicio en un plazo no mayor a un (1) año, la entidad territorial encargada de su custodia deberá devolverlo nuevamente al prestador del servicio.

Con posterioridad a la fecha de devolución del distintivo de habilitación por parte del prestador del servicio de salud o cuando este distintivo presente deterioro, la entidad territorial de salud correspondiente podrá destruirlo.

En cualquiera de las dos situaciones antes señaladas, deberá dejarse constancia por escrito.

PARÁGRAFO 3o. La novedad de cierre temporal de servicios que presenten los Prestadores de Servicios de Salud, será por un tiempo no superior a un (1) año. Este lapso podrá ser ampliado hasta por un período igual, para lo cual, el prestador presentará la solicitud por escrito al ente territorial correspondiente con una antelación de treinta (30) días al vencimiento del período inicial, a fin de mantener el distintivo de habilitación del servicio.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 2 de la Resolución 2680 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.717 de 11 de agosto de 2007.

Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 1043 de 2006:

ARTÍCULO 7. Se consideran novedades del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud a que hace referencia el artículo [5o](#) de la presente Resolución, las siguientes:

- a) Apertura de servicios;
- b) Apertura de nueva sede;
- c) Cambio de domicilio;
- d) Cambio de representante legal;
- e) Cambio de razón social;
- f) Cierre de servicios temporal o definitivo;
- g) Cierre de una sede;
- h) Cierre o apertura de camas;
- i) Cierre o apertura de salas;
- j) Disolución o Liquidación de la entidad o estar adelantando alguno de estos procesos.

PARÁGRAFO 1o. En cualquiera de los anteriores eventos el prestador estará en la obligación de reportarlo a las direcciones de salud competentes en el momento en que este se presente, diligenciando el formulario de reporte de novedades que definirá mediante circular el Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO 2o. Cuando un prestador de servicios de salud tenga un determinado servicio habilitado y presente novedad de cierre del mismo, debe devolver a la entidad territorial de salud correspondiente el respectivo distintivo de habilitación que le fue otorgado. La entidad territorial se encargará de su custodia y podrá ser entregado a la misma entidad en caso de reapertura del servicio en un plazo no mayor a un año, posterior a esta fecha o en caso de deterioro podrá ser destruido, dejando constancia escrita de cada situación.



ARTÍCULO 8o. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. <Resolución derogada por el artículo 19 de la Resolución 1441 de 2013> Con el fin de verificar las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud, las entidades departamentales y distritales de salud, aplicarán el “Manual Unico de Estándares y Verificación” Anexo Técnico número 1 que hace parte integral de la presente Resolución. No se podrán exigir estándares diferentes a los establecidos en dicho Manual.

Las visitas de verificación de las condiciones de la habilitación, deben ser notificadas como mínimo con un (1) día de antelación a su realización y efectuarse de acuerdo con los lineamientos establecidos en el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” Anexo Técnico número 2, que hace parte integral de la presente Resolución. Una vez notificada la fecha de visita de verificación al prestador, este no podrá presentar novedades de cierre o apertura de servicios, mientras la visita no haya concluido.



ARTÍCULO 9o. PLAN DE VISITAS. <Resolución derogada por el artículo 19 de la Resolución 1441 de 2013> Las entidades departamentales y distritales de salud deberán realizar e informar al Ministerio la programación anual de visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención, con base en las prioridades establecidas en el anexo técnico número 2 que hace parte de la presente resolución, de tal manera que cada año se verifique por lo menos el 25% del total de prestadores inscritos en la respectiva vigencia, garantizando que se realice al menos una visita de verificación, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación. Los porcentajes anuales de verificación serán acumulativos.

Las entidades departamentales y distritales de salud, una vez efectuadas las visitas de verificación de prestadores de servicios de salud, reportarán al Ministerio de la Protección Social, la información que este defina mediante circular. Esta información deberá ser remitida dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente de haberse efectuado la visita de verificación.

Si efectuada la visita de verificación se genera algún proceso sancionatorio que ocasione el cierre definitivo del prestador de servicios de salud o de un servicio y en consecuencia la revocatoria de la habilitación, la entidad territorial deberá diligenciar la novedad en el formulario de reporte de novedades definido mediante circular por el Ministerio de la Protección Social. Esta información deberá reportarse al Ministerio de la Protección Social dentro de los cinco (5) primeros días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre.

Concordancias

Resolución MINPROTECCIÓN 1998 de 2010; Art. [3o](#).



ARTÍCULO 10. INSCRIPCIÓN. <Resolución derogada por el artículo 19 de la Resolución 1441 de 2013> <Artículo modificado por el artículo 3 de la Resolución 2680 de 2007. El nuevo texto es el siguiente:> Los prestadores de servicios de salud que a la entrada en vigencia del Decreto [1011](#) de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente, previo proceso de verificación, no necesitarán realizar una nueva inscripción y su certificación continuará vigente hasta tanto la entidad territorial realice una nueva visita de verificación conforme a los estándares establecidos en la presente resolución y se pronuncie sobre la confirmación o revocatoria de la habilitación.

Aquellos Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia del Decreto [1011](#) de 2006, estuvieran inscritos y verificados sus servicios, la entidad departamental o distrital de salud correspondiente, deberá pronunciarse sobre la certificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación en los términos de la normatividad vigente para la época y se adoptará el procedimiento indicado en el inciso anterior. Los prestadores que no obtengan la certificación, deberán inscribirse nuevamente para su verificación, de acuerdo al Decreto [1011](#) de 2006.

Los Prestadores de Servicios de Salud, que efectuaron la inscripción y no se les practicó la visita de verificación y, por ende no obtuvieron la certificación de habilitación, independiente de la responsabilidad de las funciones de las entidades territoriales, deberán inscribirse nuevamente para su verificación conforme al Decreto [1011](#) de 2006.

Los Prestadores de Servicios de Salud que inicien funcionamiento a la entrada en vigencia de la presente resolución deberán realizar la inscripción por primera vez previo proceso de

autoevaluación y cumplimiento de los estándares incluidos en el Anexo Técnico número 1 “Manual Unico de Estándares y Verificación”. El prestador que no realice la inscripción, no se considera habilitado y no podrá prestar servicios de salud.

Los Prestadores de Servicios de Salud que vayan a prestar nuevos servicios de urgencias, previo al proceso de inscripción, deberán ser verificados por la entidad territorial correspondiente dentro de los 90 días siguientes a la solicitud de la habilitación. Si durante este plazo la entidad territorial no ha realizado la visita para efectos del cumplimiento de las condiciones de verificación, dicho servicio podrá realizar el proceso de inscripción”.

PARÁGRAFO. En la visita previa al proceso de inscripción de los servicios de urgencias se verificarán todos los estándares, excepto, los de recurso humano e historias clínicas, los cuales serán verificados en la visita inmediatamente siguiente a la apertura del servicio de urgencia.

Notas de Vigencia

- Artículo modificado por el artículo 3 de la Resolución 2680 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.717 de 11 de agosto de 2007.

Legislación Anterior

Texto original de la Resolución 1043 de 2006:

ARTÍCULO 10. Los Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia del Decreto [1011](#) de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente, previo proceso de verificación, no necesitarán realizar una nueva inscripción y su certificación continuará vigente hasta tanto la entidad territorial realice una nueva visita de verificación conforme a los estándares establecidos en la presente resolución y se pronuncie sobre la confirmación o revocatoria de la habilitación.

Aquellos Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia del Decreto [1011](#) de 2006, estuvieran inscritos y verificados sus servicios, la entidad departamental o distrital de salud correspondiente, deberá pronunciarse sobre la certificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación en los términos de la normatividad vigente para la época y se adoptará el procedimiento indicado en el inciso anterior. Los prestadores que no obtengan la certificación, deberán inscribirse nuevamente para su verificación, de acuerdo al Decreto [1011](#) de 2006.

Los Prestadores de Servicios de Salud, que efectuaron la inscripción y no se les practicó la visita de verificación y, por ende no obtuvieron la certificación de habilitación, independiente de la responsabilidad de las funciones de las entidades territoriales, deberán inscribirse nuevamente para su verificación conforme al Decreto [1011](#) de 2006.

Los Prestadores de Servicios de Salud que inicien funcionamiento a la entrada en vigencia de la presente resolución deberán realizar la inscripción por primera vez previo proceso de autoevaluación y cumplimiento de los estándares incluidos en el anexo técnico número 1 “Manual Unico de Estándares y Verificación”. El prestador que no realice la inscripción, no se considera habilitado y no podrá prestar servicios de salud.

Los Prestadores de Servicios de Salud que vayan a prestar nuevos servicios de urgencias, previo al proceso de inscripción, debe rán ser verificados por la entidad territorial correspondiente dentro de los 90 días siguientes a la solicitud de la habilitación. Si durante

este plazo la entidad territorial no ha realizado la visita para efectos del cumplimiento de las condiciones de verificación, dicho servicio podrá realizar el proceso de inscripción.



ARTÍCULO 11. VIGENCIA Y DEROGATORIA. <Resolución derogada por el artículo 19 de la Resolución 1441 de 2013> La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones 9279 de 1993, 1439 de 2002, 486 y 1891 de 2003, 2182 de 2004 y 4750 de 2005 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 3 de abril 2006.

El Ministro de la Protección Social,

DIEGO PALACIO BETANCOURT.

ANEXO TÉCNICO No. 1.

MANUAL DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN.

<NOTA: Este Anexo debe ser consultado en la carpeta en la carpeta "ANEXOS MPS-Resoluciones" como documento PDF>

Notas de Vigencia

- Anexo Técnico Resolución 3763 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.791 de 24 de octubre de 2007

- Manual No. 1 modificado por el anexo 1 de la Resolución 2680 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.717 de 11 de agosto de 2007.

ANEXO TÉCNICO No.2.

MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN.

<NOTA: Este Anexo debe ser consultado en la carpeta en la carpeta "ANEXOS MPS-Resoluciones" como documento PDF>

Notas de Vigencia

- Anexo Técnico modificado por la Resolución 715 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.639 de 2 de marzo de 2010.

- Numerales 2.4, 5, 6 modificados por el anexo 2 de la Resolución 2680 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.717 de 11 de agosto de 2007.

- Numeral 2.4 del Anexo Técnico No. 2, modificado por el artículo 4 de la Resolución 77 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.522 de 25 de enero de 2007, 'en el sentido de ampliar hasta el 31 de julio del 2007 el plazo máximo de presentación, por parte de los 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, del certificado de capacitación y entrenamiento técnico para la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación otorgados por una entidad educativa reconocida por el Estado.'.



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.

Normograma del Ministerio de Relaciones Exteriores

ISSN 2256-1633

Última actualización: 31 de mayo de 2024 - (Diario Oficial No. 52.755 - 13 de mayo de 2024)

