REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2018

( )

Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones, especialmente las conferidas en los artículos 173, numeral 3, de la Ley 100 de 1993, 56 de la Ley 715 de 2001 y 2 del Decreto — Ley 4107 de 2011, y en desarrollo del artículo 65 de la Ley 1753 de 2015.

CONSIDERANDO

Que en desarrollo del artículo 65 de la Ley 1753 de 2015, y en concordancia con las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1751 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 429 de 2016, "*Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud*" –PAIS-, cuyo soporte operacional es el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS

Que el numeral 5.5 del artículo 5 de la Resolución 429 de 2016 dispone que uno de los componentes del MIAS son las Redes Integrales de Prestación de Servicios, hoy Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS definidas "*como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutiva a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud*".

Que el inciso 2 del artículo 3 de la Resolución 429 de 2016, expresa que "*la implementación del modelo de atención exige poner a disposición de los integrantes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los del SGSSS, orientan la respuesta del Sistema y alinean su regulación"*.

Que la Política Integral de Atención en Salud -PAIS y la Resolución 1441 de 2016 que establece los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, definen que el Componente Primario estará conformado y organizado a través de:

a) *Un conjunto de servicios definidos como primarios, habilitados por diferentes prestadores (públicos, privados o mixtos), en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, que contribuyen a la adecuada operación de las Redes integrales organizadas y gestionadas por la EPS, de acuerdo con su función de gestión del riesgo en salud, para su población afiliada.*
b) *Prestadores primarios habilitados (públicos, privados o mixtos), que cuentan con el conjunto de servicios primarios habilitados y que cumplan además con los estándares y criterios de habilitación que para ellos defina el Ministerio de Salud y Protección Social.*
c) *La combinación de los anteriores, según la disponibilidad y suficiencia de la oferta habilitada,*

Que de conformidad con el numeral 3.5 del artículo 3 de la Resolución 1441 de 2016, una organización funcional "*se refiere a formas de organización de los servicios a habilitar por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, para la disposición y provisión de servicios de salud con el fin de garantizar la atención en salud de manera accesible, oportuna, continua, integral, y resolutiva, en los componentes primario o*

complementario de la Red. Las organizaciones funcionales de servicios de salud serán: (i) prestadores primarios para el componente primario; y (ii) unidades funcionales para el componente complementario de la red."

Que dados los requerimientos en términos regulatorios e instrumentos para la disposición del marco operativo de la Política de Atención Integral en Salud y para los procesos de conformación, organización y gestión de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, se hace necesario reglamentar los estándares y criterios para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud, así como definir el procedimiento para tal fin.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. *Objeto.* Por medio de la presente Resolución se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud como forma de organización y gestión de la prestación de servicios de salud en el marco de la Política de Atención Integral en Salud, y se adopta el *"Manual de Habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud*" que hace parte integral del presente acto administrativo.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* La presente Resolución aplica a:

2.1 Las Entidades Promotoras de Salud — EPS, las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud que se encuentran autorizadas para operar el aseguramiento en salud, a las Entidades Adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS— y a las Cajas de Compensación Familiar —CCF que operan en regímenes contributivo y/o subsidiado, independientemente de su naturaleza jurídica.

2.2 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS que deseen habilitarse como "*Prestadores Primarios de Servicios de Salud*", independiente de su naturaleza jurídica.

2.3 Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo correspondiente, conforme a sus competencias

2.4 La Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo* 3*. Definiciones. Para efectos de la presente Resolución se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

3.1 **Accesibilidad**. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

3.2 **Componente Primario y Componente Complementario de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.** Se tendrán como definiciones del Componente Primario y Complementario de las RIPSS, las establecidas en la Política de Atención Integral en Salud adoptada mediante Resolución 429 de 2016 y conforme a los criterios definidos en la Resolución 1441 de 2016, o las normas que las modifiquen o sustituyan.

3.3 **Contigüidad**. Se refiere a las condiciones de cercanía geográfica de los servicios de salud requeridos para una organización funcional, cuando por limitaciones de oferta resulte no disponible en un territorio municipal, distrital o departamental. Bajos tales condiciones podrán incorporar servicios habilitados de prestadores de servicios de salud de otra jurisdicción territorial municipal,

distrital o departamental contigua, que sean necesarios, siempre bajo la responsabilidad del prestador que se habilite como organización funcional.

3.4 **Prestador Primario.** Organización funcional y administrativa básica de una red. Es responsable de organizar y gestionar el cuidado primario para individuos, familias y comunidades, mediante la disposición de oferta de servicios de salud, pertinentes desde el punto de vista técnico-científico; adecuados socio-culturalmente; con oportunidad y calidad acordes con las necesidades de la población asignada mediante acuerdos de voluntades con las EPS y/o entidades territoriales.

3.5 **Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS**. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, e incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutiva, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención así como también, mejorar los resultados en salud.

CAPÍTULO II
PROCEDIMIENTO, ESTÁNDARES Y CRITERIOS PARA LA HABILITACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 4. ***Requisitos para la habilitación del Prestador Primario de servicios de salud*.** La IPS que se postule para habilitarse como Prestador Primario de Servicios de Salud deberá cumplir con los estándares, criterios y procedimientos establecidos en la presente Resolución y en el *"Manual de Habilitación de Prestadores Primarios de Servicios de Salud*".

Para lo anterior, la IPS deberá estar inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS y tener habilitados los servicios de salud exigidos para la conformación y organización del Prestador Primario de Servicios de Salud los cuales deben cumplir con los estándares y criterios definidos en la Resolución 2003 de 2014 o las normas que la modifiquen o sustituyan. Dichos servicios deben contar con certificado de habilitación dentro del año inmediatamente anterior a la fecha de solicitud.

Parágrafo 1. La IPS que se habilite como Prestador Primario de Servicios de Salud es la responsable del cumplimiento de todos los estándares y criterios exigidos como Prestador Primario de Servicios de Salud para su entrada y permanencia, independientemente que dentro de su conformación, organización y funcionamiento, concurran diferentes prestadores de servicios de salud para dar cumplimiento a los estándares.

Parágrafo 2. En los casos que concurran uno o más Prestadores de Servicios de Salud que aporten servicios exigidos para la conformación y organización del Prestador Primario de Servicios de Salud, estos deben estar inscritos en el REPS y contar con los servicios habilitados, de acuerdo con lo definido en la Resolución 2003 de 2014 o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Parágrafo 3. Cuando para la IPS que se postule para habilitarse como Prestador Primario de Servicios de Salud concurran otros prestadores de servicios de salud, aportando servicios exigidos en los criterios de la presente resolución, ésta deberá garantizar que estos últimos se ubiquen en el mismo municipio, distrito o departamento, atendiendo a los principios de contigüidad y accesibilidad. Bajo el principio de contigüidad, se podrán incorporar servicios habilitados de prestadores de servicios de salud de otra jurisdicción territorial municipal, distrital o departamental contigua, que sean necesarios, siempre bajo la responsabilidad del prestador que se habilite como Prestador Primario de Servicios de Salud.

Artículo 5. ***Estándares para la habilitación del Prestador Primario de servicios de salud.*** Para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud, la IPS deberá cumplir con los siguientes estándares:

5.1 **Estándar de conformación y organización del Prestador Primario**: son las condiciones de estructura, mecanismos e instrumentos que se requieren para la conformación del Prestador Primario de Servicios de Salud.

5.2 **Estándar de operación del Prestador Primario:** son los instrumentos y procedimientos requeridos para soportar la gestión de la prestación de servicios de salud por el Prestador Primario de Servicios de Salud para una potencial población a cargo.

5.3 **Estándar de seguimiento del Prestador Primario:** son las condiciones, mecanismos, instrumentos y metodologías requeridas para realizar el monitoreo de los procesos de gestión del Prestador Primario de Servicios de Salud para la atención en salud de su población a cargo y los efectos sobre el desempeño y los resultados en salud.

Parágrafo. Los criterios de entrada y permanencia de los estándares aquí definidos se desarrollan en el *"Manual de Habilitación de Prestadores Primarios de Servicios de Salud"*.

A*rtículo* 6*. Módulo de Prestador Primario del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS*. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá un Módulo del Prestador Primario en el REPS, para el registro de la información concerniente al proceso de habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud.

Las entidades a que refiere el numeral 2.1. del artículo 2 de la presente resolución deberán consultar e incorporar en sus respectivas Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud - RIPSS a los Prestadores Primarios para organizar y gestionar el cuidado primario para individuos y familias de los afiliados a cargo, en los territorios donde las EPS estén autorizadas a operar, conforme a lo dispuesto en la Resolución 1441 de 2016 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Parágrafo. La postulación de la IPS como Prestador Primario y el proceso correspondiente para su habilitación, así como sus novedades y demás actuaciones administrativas inherentes al mismo de que trata la presente Resolución y el manual que hace parte de la misma, se surtirá solo a partir de la entrada en operación del Módulo de que trata el presente artículo.

Artículo 7. ***Autoevaluación.*** La IPS que se postule para habilitarse como Prestador Primario de Servicios de Salud verificará internamente el cumplimiento de los estándares y criterios establecidos en la presente resolución, en los términos establecidos en el *Manual de habilitación de Prestadores Primarios de Servicios de Salud* y realizará su declaración en el Módulo del Prestador Primario del - REPS. La Autoevaluación deberá efectuarse en los siguientes momentos:

7.1 Antes de registrar la solicitud de habilitación en el Módulo del Prestador Primario del REPS.
7.2 De manera previa, cuando se requiera reportar alguna de las novedades definidas en el artículo 9 de la presente Resolución.
7.3 Cuando la IPS habilitada como Prestador Primario de Servicios de Salud, deba realizar la Autoevaluación de estos para la renovación de la habilitación acorde con el artículo 8 de la presente resolución

Parágrafo 1. Cuando la IPS evidencie en la Autoevaluación el incumplimiento de alguno de los estándares y criterios de habilitación establecidos en la presente Resolución, deberá abstenerse de solicitar la habilitación o de continuar ofertando y prestando los servicios como Prestador Primario de Servicios de Salud, so pena de las sanciones a que haya lugar.

Parágrafo 2. En caso de no realizarse la declaración de autoevaluación establecida en el numeral 7.3 del presente artículo, el Prestador Primario de Servicios de Salud habilitado quedará inactivo en el REPS.

Artículo* 8*. Renovación de la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud. La renovación de la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud deberá realizarse cuando la IPS responsable de su habilitación, deba renovar su inscripción en cumplimiento de la Resolución 2003 de 2014 o las normas que la modifiquen o sustituyan. Para lo anterior, deberá cumplir lo establecido en el artículo 7 de la presente Resolución.

Artículo 9*. Novedades del Prestador Primario de Servicios de Salud*. Los Prestadores Primarios de Servicios de Salud tienen la obligación de reportar las novedades en el Módulo de Prestador Primario del REPS. Se consideran como novedades las siguientes:

9.1 Ingreso de un prestador que concurre con servicios al Prestador Primario de Servicios de Salud.
9.2 Egreso de un prestador que concurrió con servicios al Prestador Primario de Servicios de Salud.
9.3 Cierre definitivo del Prestador Primario de Servicios de Salud.
9.4 Cierre temporal del Prestador Primario de Servicios de Salud.
9.5 Reactivación del Prestador Primario de Servicios de Salud.
9.6 Ingreso de servicio (s).
9.7 Egreso de servicio (s).

Parágrafo 1. La novedad de egreso de un servicio que conforma un Prestador Primario de Servicios de Salud o de un prestador que concurre con servicios al Prestador Primario, tendrá como requisito previo el ingreso del servicio o del prestador reemplazante, según el caso.

Parágrafo 2. El prestador de servicios de salud que gestione la novedad de cierre de un servicio, en el marco de la Resolución 2003 de 2014 o la norma que la modifique o sustituya, y concurra con dicho servicio a un Prestador Primario de Servicios de Salud, tendrá como requisito previo para su trámite, informar por escrito de tal situación, mínimo quince (15) días antes de realizar el registro de la novedad de cierre en el formulario de novedades, al Prestador Primario de Servicios de Salud habilitado al cual concurre, a la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente y a las entidades responsables de pago con las cuales el Prestador Primario tenga contrato, con el fin de que dichas entidades adopten las medidas necesarias para garantizar la prestación de servicios de salud a los usuarios.

Parágrafo 3. Las instituciones prestadoras de servicios de salud responsables de la habilitación de un Prestador Primario que vayan a reportar las novedades de los numerales 9.3 y 9.4 de este artículo, deberán informar por escrito a la entidad departamental o distrital de salud que lo habilitó como tal y a las entidades responsables de pago con las cuales tengan contrato, mínimo un (1) mes antes de realizar el registro de las novedades mencionadas, para que dichas entidades, en conjunto, elaboren en forma inmediata un plan que permita la reubicación y la prestación de servicios a los usuarios e informen de ello a la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 4. La IPS podrá realizar cierre temporal del Prestador Primario, aplicando la novedad del Numeral 9.4 de este artículo, por un periodo máximo de un año, contado a partir del reporte de la novedad. Si durante dicho periodo requiere reiniciar la operación del Prestador Primario, deberá registrar la novedad del numeral 9.5 del presente artículo. Para la aplicación de dicha novedad no requerirá visita de reactivación. Si vencido el año, la IPS habilitada como Prestador Primario no se ha reactivado, quedará inactiva en el módulo del prestador primario del REPS y para su reactivación deberá cumplir lo definido en el artículo 10 de la presente resolución.

Artículo 10*. Visita de Reactivación del Prestador Primario de servicios de salud.* Cuando el Prestador Primario de Servicios de Salud haya sido inactivado en el Módulo de Prestador Primario del REPS por ausencia de autoevaluación o por haber dejado transcurrir más de un año después de un cierre temporal del Prestador Primario de servicios de salud, requerirá visita de reactivación por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

La IPS que desee reactivar el Prestador Primario de Servicios de Salud, deberá desarrollar el procedimiento establecido en el numeral 5.1.5 del *Manual de Habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud*.

CAPÍTULO III
DE LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA HABILITACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 11. ***Visita de verificación del cumplimiento y mantenimiento de la habilitación de Prestador Primario de servicios de salud.*** A partir del cumplimiento del primer año de habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud, la Entidad Departamental o Distrital de Salud deberá realizar una visita de verificación al Prestador Primario, al menos una (1) vez cada cuatro (4) años, con el fin de determinar el cumplimiento y mantenimiento de los estándares y criterios de habilitación definidos en el *Manual de Habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud*.

Artículo 12*. Plan de visitas de verificación del cumplimiento y mantenimiento de la habilitación de Prestador Primario.* Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deberán incluir dentro del plan de visitas de verificación que hayan formulado en cumplimiento de lo previsto en el artículo 14 de la Resolución 2003 de 2014 o la norma que la modifique o sustituya, las visitas de verificación de los estándares y criterios de permanencia de la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 11 de la presente Resolución.

Cuando se presenten las novedades 9.1, 9.5 y 9.6 de que trata el artículo 9 de este acto administrativo, las Entidades Departamentales o Distritales de Salud deberán realizar visita de verificación del cumplimiento y mantenimiento de los estándares y criterios de habilitación, dentro del año siguiente, contado a partir de la fecha de la aprobación del trámite de la novedad.

Las Entidades Departamentales o Distritales de Salud deberán comunicar a la IPS responsable de la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud, como mínimo con un (1) día hábil de antelación a la realización de la visita de verificación. Comunicada la visita de verificación, la IPS no podrá realizar novedades, mientras la visita no haya concluido.

Parágrafo. El plan de visitas de verificación que definan las Entidades Departamentales o Distritales de Salud, no excluye la posibilidad que tienen estas y la Superintendencia Nacional de Salud de realizar las visitas que sean necesarias al Prestador Primario de Servicios de Salud habilitado, para garantizar la adecuada atención en salud de la población en su jurisdicción, en cumplimiento de las funciones de vigilancia y control.

CAPÍTULO IV
DISPOSICIONES FINALES

Artículo 13. ***Garantía de la prestación de servicios de los Prestadores Primarios de Servicios de Salud.*** Cuando por incumplimiento de los estándares y criterios de cumplimiento y mantenimiento de la habilitación se presente el cierre de un Prestador Primario de Servicios de Salud, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, en conjunto con la IPS responsable de la habilitación y las entidades responsables de pago, deberán elaborar en forma inmediata un plan que permita la reubicación y la prestación de servicios a los usuarios, informando a la Superintendencia Nacional de Salud para efectos de vigilancia sobre la oferta disponible en la respectiva Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud a cargo de las entidades responsables de pago.

Artículo 64. Gratuidad. Los trámites de habilitación, las visitas de verificación de estándares y criterios de permanencia de la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud, así como el trámite de sus novedades, son gratuitos.

Artículo* 75*. Vigilancia y Control. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, vigilarán y controlarán el cumplimiento de las disposiciones de la presente Resolución.

Parágrafo. Cuando la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente compruebe el incumplimiento de los estándares y criterios de habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud, determinará las medidas de seguridad aplicables a la institución prestadora de servicios de salud habilitada como Prestador Primario de Servicios de Salud, conforme las disposiciones señaladas en la Ley 9 de 1979 en especial las previstas en los artículos 576, 577 y siguientes de dicha Ley y las normas que la modifiquen o sustituyan, en el marco de un debido proceso y sin perjuicio de la imposición de otras medidas que se consideren pertinentes.

Artículo 86. Monitoreo y evaluación de la gestión del Prestador Primario de Servicios de Salud. La gestión de información de los indicadores y de los elementos metodológicos, para el monitoreo y evaluación de la gestión del Prestador Primario de Servicios de Salud, deberá estar acorde con los lineamientos del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO o el que haga sus veces, conforme con las metodologías y fuentes de información de reporte obligatorio y de conformidad con los parámetros y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Mientras el Ministerio de Salud y Protección Social define los parámetros y lineamientos en lo correspondiente al seguimiento y evaluación, los Prestadores Primarios de Servicios de Salud deberán definirlos y gestionarlos.

Artículo* 97*. Vigencia. La presente Resolución rige a partir de su fecha de publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

MANUAL DE HABILITACIÓN DE PRESTADORES PRIMARIOS DE SERVICIOS DE SALUD

INTRODUCCIÓN 9
SERVICIOS DE SALUD QUE DEBE OFERTAR Y PROVEER EL PRESTADOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN EL ÁMBITO TERRITORIAL 9
1. ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE ENTRADA PARA LA HABILITACIÓN DE LOS PRESTADORES PRIMARIOS DE SERVICIOS DE SALUD 11
2. PROCEDIMIENTO PARA LA HABILITACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD 14
2.1. Acciones de la Institución Prestadora de Servicios de Salud 14
2.1.2 Registro de la solicitud de Habilitación en el Módulo de Prestador Primario del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS: 15
2.2. Acciones de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud 16
3. ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE PERMANENCIA DE LA HABILITACIÓN DE LOS PRESTADORES PRIMARIOS DE SERVICIOS DE SALUD 17
4. PROCEDIMIENTO PARA LA REACTIVACIÓN DE LA HABILITACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO 18
4.1 Acciones de la Institución Prestadora de Servicios de Salud 18
4.2 Acciones de la Entidad Departamental o Distrital de Salud 19
5. PROCEDIMIENTO PARA EL REPORTE DE NOVEDADES DEL PRESTADOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD 19
5.1 Acciones de la IPS 19
5.2 Acciones de la Entidad Departamental o Distrital de Salud 21

INTRODUCCIÓN

En el presente Manual se definen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud como organización funcional para la prestación de los servicios de salud.

Para su habilitación y operación como Prestador Primario de Servicios de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben cumplir con lo establecido en la presente Resolución.

La habilitación, mantenimiento y la renovación de la condición de habilitación de los Prestadores Primarios de Servicios de Salud, así como la inspección, vigilancia y control, estará a cargo de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud; sin perjuicio de las funciones a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

SERVICIOS DE SALUD QUE DEBE OFERTAR Y PROVEER EL PRESTADOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN EL ÁMBITO TERRITORIAL

Los servicios de salud que deben ser provistos por la IPS para ser habilitada como Prestador Primario de Servicios de Salud, se determinan de acuerdo con lo establecido en la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud (Resolución 429 de 2016) y las normas que la modifiquen o sustituyan.

Así mismo, los servicios de salud exigidos a los Prestadores Primarios de Servicios de Salud se establecen en función de los ámbitos territoriales (definidos por la Política de Atención Integral en Salud) de operación de los mismos, y son de obligatorio cumplimiento para su habilitación y permanencia, sin perjuicio de que puedan proveer otros servicios de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior y lo establecido en la Resolución 2003 de 2014, los servicios para conformar el Prestador Primario, son los siguientes:

ÁREAS METROPOLITANAS Y ÁMBITO URBANO

La IPS que se postule, conforme y organice para ser habilitada como Prestador Primario de Servicios de Salud en este ámbito territorial, deberá contar, como mínimo, con los servicios habilitados que se detallan en la Tabla 1.

Tabla 10. Servicios de salud a proveer por el Prestador Primario en Áreas Metropolitanas y Ámbito Urbano

GRUPO SERVICIOS	NOMBRE SERVICIO	GRUPO SERVICIOS	NOMBRE SERVICIO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Fisioterapia	**Internación**	Cuidado básico neonatal
	Servicio Farmacéutico		General adultos
	Tamización de cáncer de cuello uterino		General pediátrica
	Terapia respiratoria		Obstetricia
	Toma de muestras de laboratorio clínico	**Otros Servicios**	Atención a consumidor de sustancias psicoactivas
	Toma e interpretación de radiografías odontológicas		Atención domiciliaria de paciente agudo
	Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje		Atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador
	Laboratorio citologías cervico - uterinas		Atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas

Continuación de la Resolución *"Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones"*

GRUPO SERVICIOS	NOMBRE SERVICIO	GRUPO SERVICIOS	NOMBRE SERVICIO
	Laboratorio clínico		Atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador
	Radiología e imágenes diagnosticas		
	Terapia ocupacional	**Protección Específica y Detección Temprana**	Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual
	Ultrasonido		Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menor a 10 años)
Consulta Externa	Consulta prioritaria		Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (De 10 a 29 años)
	Enfermería		Detección temprana - alteraciones del embarazo
	Ginecobstetricia		Detección temprana - alteraciones en el adulto (Mayor a 45 años)
	Medicina general		Detección temprana - cáncer de cuello uterino
	Odontología general		Detección temprana - cáncer seno
	Pediatría		Protección específica - atención al recién nacido
	Anestesia		Protección específica - atención del parto
	Cirugía general		Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres
	Medicina familiar		Protección específica - atención preventiva en salud bucal
	Medicina interna		Protección específica – vacunación
	Nutrición y dietética		
	Optometría	**Quirúrgicos**	Cirugía general
	Psicología	**Transporte Asistencial**	Transporte asistencial básico
		Urgencias	Servicio de urgencias

ÁMBITOS TERRITORIALES RURAL Y DISPERSO

La IPS que se postule, conforme y organice para habilitarse como Prestador Primario de Servicios de Salud en los ámbitos territoriales rural y disperso, deberá contar con los servicios habilitados que se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2. Servicios de salud a proveer por el Prestador Primario en Ámbito Rural y Disperso

GRUPO SERVICIOS	NOMBRE SERVICIO	GRUPO SERVICIOS	NOMBRE SERVICIO
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Servicio farmacéutico	**Protección Específica y Detección Temprana**	Detección temprana - alteraciones de la agudeza visual
	Tamización de cáncer de cuello uterino		Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (Menor a 10 años)
	Terapia respiratoria		Detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (De 10 a 29 años)
	Toma de muestras de laboratorio clínico		Detección temprana - alteraciones del embarazo

GRUPO SERVICIOS	NOMBRE SERVICIO	GRUPO SERVICIOS	NOMBRE SERVICIO
	Toma e interpretación de radiografías odontológicas		Detección temprana - alteraciones en el adulto (Mayor a 45 años)
Consulta Externa	Consulta prioritaria		Detección temprana - cáncer de cuello uterino
	Enfermería		Detección temprana - cáncer seno
	Medicina general		Protección específica - atención al recién nacido
	Odontología general		Protección específica - atención del parto
	Pediatría		Protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres
	Medicina familiar		Protección específica - atención preventiva en salud bucal
	Psicología		Protección específica – vacunación
Internación	General adultos	**Urgencias**	Servicio de urgencias
	General pediátrica	**Transporte Asistencial**	Transporte asistencial básico
	Obstetricia		

Adicional a lo anterior, para su habilitación como Prestador Primario, la IPS que se postula, independientemente de su ámbito territorial, deberá cumplir con los estándares y criterios de entrada y permanencia que a continuación se definen.

1. ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE ENTRADA PARA LA HABILITACIÓN DE LOS PRESTADORES PRIMARIOS DE SERVICIOS DE SALUD

Los estándares de habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud contienen criterios indispensables para que la prestación de los servicios de salud se brinde en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y resolutividad. De acuerdo con lo anterior deberán garantizar condiciones, procesos y procedimientos que posibiliten la operación y gestión de la atención en salud.
Los estándares de habilitación para los Prestadores Primarios de Servicios de Salud, definidos en el artículo 5 de la presente Resolución, son los siguientes:

1.1 Conformación y organización del Prestador Primario
1.2 Operación del Prestador Primario
1.3 Seguimiento del Prestador Primario

Tabla 3. Estándares y criterios de Entrada para la habilitación de los Prestadores Primarios de Servicios de Salud

1.1 ESTÁNDAR DE CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	**MODO DE VERIFICACIÓN**	**ALCANCE Y ESPECIFIDAD**
1.1.1 Instrumentos, mecanismos e información para desarrollar el cuidado primario de la población a cargo	1.1.1.1 Las metodologías e instrumentos para la planificación, gestión y monitoreo de planes de cuidado primario en el que se evidencien las actividades, procedimientos e intervenciones, teniendo como referencia los lineamientos y orientaciones definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, para la Gestión Integral del Riesgo en Salud. En tanto el Ministerio expida los lineamientos y orientaciones, el prestador primario definirá el plan de cuidado primario de conformidad con la mejor evidencia disponible.	Documento de plan de cuidado primario para la atención en salud de la población que contenga: - La metodología para la planificación de las actividades, procedimientos e intervenciones individuales para la atención de la población. Cuando se oferten actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, deberá contar

		con la metodología para planificar la intervención de los riesgos colectivos. - Los mecanismos establecidos para la gestión y el monitoreo del plan de cuidado primario (actividades, procedimientos e intervenciones) para la atención en salud de la población.
1.1.2 Oferta de servicios para conformar el prestador primario de servicios de salud, de conformidad a lo definido por la Política de Atención Integral en Salud.	Verificar: 1.1.2.1 Cuenta con los servicios de salud para conformar y organizar el Prestador Primario de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en la presente resolución.	La Institución Prestadora de Servicios de Salud postulante deberá garantizar que: - Los servicios de salud exigidos se encuentran previamente habilitados, conforme a la Resolución 2003 de 2014 o aquella que la modifique o sustituya. En el caso que en la conformación confluyan varios prestadores aportando servicios de salud exigidos, se deberá proveer información respecto de: o La ubicación geográfica de lo(s) prestadores de servicios de salud que aportan servicios, garantizando contigüidad y accesibilidad. o Los servicios habilitados que aportan los demás prestadores de servicios de salud. En este caso particular, deberán soportar los contratos o acuerdos de voluntades, los cuales deben incluir los siguientes aspectos: o Los servicios de salud que aporta(n) el(los) otro(s) prestador(es) al prestador primario. o Las condiciones de articulación y las responsabilidades a cumplir por los prestadores de servicios de salud que aportan servicios exigidos, para la conformación y gestión del Prestador Primario. o Los mecanismos de reconocimiento y pago. - Los servicios habilitados exigidos, de acuerdo con el ámbito territorial en el que operará, corresponden a lo definido en el Apartado "*servicios de salud que debe ofertar y proveer el Prestador Primario de Servicios de Salud, según el ámbito territorial*" de este Manual.
	1.1.2.2 La planeación, el diseño y la documentación de los planes de operación para garantizar la accesibilidad, oportunidad y continuidad en la prestación de servicios de salud.	Documento de Plan Operativo, que contenga: - Los mecanismos y procedimientos para la atención en salud de la población a cargo, en general; y en particular, cuando se presente eventos imprevistos o contingencias.
1.1.3 Equipo multidisciplinario de salud en condiciones de pertinencia, calidad y suficiencia.	Verificar: 1.1.3.1 La conformación del Equipo Multidisciplinario de Salud y la disponibilidad y suficiencia del talento humano en salud que lo conforma, conforme a la normatividad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Prestador Primario, mientras se establece la regulación para los Equipos Multidisciplinarios de Salud, deberá contar con un equipo organizado para la gestión de los riesgos en salud.	Documento que contenga: - La determinación del equipo multidisciplinario de salud para la gestión de los riesgos en salud, incluyendo los criterios para su organización. - Los procedimientos para la vinculación y gestión del talento humano en salud que se requiera para dicho equipo, en términos de sus funciones y la demanda de servicios de la población a cargo. - Las funciones de coordinación, apoyo y gestión del equipo multidisciplinario de salud para el cumplimiento de los procesos asistenciales y operativos, incluyendo los mecanismos de articulación requeridos para la gestión de la prestación de los servicios de salud por parte del Prestador Primario. - Las metodologías para determinar la suficiencia del equipo para la gestión de los riesgos en salud.

Continuación de la Resolución *"Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones"*

1.2 ESTÁNDAR DE OPERACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	**MODO DE VERIFICACIÓN**	**ALCANCE Y ESPECIFICIDAD**
1.2.1 Procesos para la gestión de la prestación de servicios de salud del prestador primario de servicios de salud.	Verificar: 1.2.1.1 La existencia de procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios en lo correspondiente a: 1.2.1.1.1 Los mecanismos definidos para la recepción de población a la cual garantiza la de atención en salud por parte del prestador primario. 1.2.1.1.2 La gestión y el seguimiento del proceso de atención en salud para la población a cargo, tomando en consideración los instrumentos regulatorios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en lo correspondiente a las Rutas Integrales de Atención en Salud, Guías de Práctica Clínica y normas Técnicas específicas, así como de los planes de cuidado que correspondan. 1.2.1.1.3 La articulación con las EPS con las cuales establezca relaciones contractuales para la prestación de los servicios de salud, conforme a las disposiciones de la Resolución 1441 de 2016 o las normas que la modifiquen. 1.2.1.1.4 La articulación con la Dirección Municipal, Departamental o Distrital de Salud, cuando se le contraten actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, de conformidad con la normatividad vigente. 1.2.1.1.5 La remisión y contra remisión de usuarios de la población a cargo y los mecanismos para garantizar la continuidad de la atención, en el contexto de la Resolución 1441 de 2016 o la norma que la modifique. 1.2.1.1.6 La planeación, adquisición, manejo, optimización y control de los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos necesarios para la prestación de servicios de salud del prestador primario. 1.2.1.1.7 La gestión operativa de la información y de los instrumentos y plataformas tecnológicas que la soportan, para los ámbitos asistencial y administrativo 1.2.1.1.8 Los reportes sistemáticos y obligatorios de información definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la Entidad Territorial de Salud y por las EPS. 1.2.1.1.9 Las estrategias para la planeación y gestión de los equipos multidisciplinarios de salud. 1.2.1.1.10 Los mecanismos definidos para garantizar la comunicación con la población a cargo respecto de la gestión de la prestación de los servicios de salud por parte del prestador primario de servicios de salud.	Se debe evidenciar la existencia de los soportes documentales que definan y detallen los procesos y procedimientos operativos para: - La especificación de las condiciones para la recepción de población, - La gestión del proceso de atención en salud, incorporando los mecanismos de seguimiento a la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud, de conformidad con el plan de cuidado primario que corresponda. - Los mecanismos para la coordinación con las EPS, en lo correspondiente al componente primario de la RIPSS de la cual hace parte, para la gestión en salud de la población a cargo en lo que corresponda. - Los mecanismos para la coordinación con las entidades territoriales, en lo correspondiente a las actividades a cargo en marco de lo establecido en la Resolución 518 de 2015, o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, en los casos que corresponda. - La articulación con el sistema de referencia y contrareferencia de las EPS, la garantía de disponibilidad de información sistemática a las entidades que la requieran sobre su capacidad instalada disponible para la atención en salud, por parte del prestador primario. - La planeación y la ejecución definidas por el Prestador Primario respecto de los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos necesarios para la prestación de servicios de salud por parte del Prestador Primario de servicios de salud. - Los Instrumentos, procesos y plataformas tecnológicas y su articulación, para la gestión de la información asistencial y administrativa de la población a cargo, incluyendo las actividades de vigilancia epidemiológica en lo correspondiente a su competencia y requerimientos de las EPS, entidades departamentales y distritales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social. - La gestión de la información a ser reportada de manera obligatoria al Ministerio de Salud y Protección Social, La Superintendencia Nacional de Salud, las Entidades Territoriales de Salud y las EPS correspondientes, incluyendo los lineamientos para el tratamiento de la información, el mejoramiento continuo en términos de calidad y cobertura, de conformidad con los lineamientos establecidos por el Sistema de Información para la Protección Social – SISPRO o el que haga sus veces. - La definición de las estrategias y los recursos requeridos para la gestión del talento humano asistencial y administrativo, incluyendo lo relacionado con los equipos multidisciplinarios de salud. - Las Estrategias, recursos y cronograma de actividades de información y comunicación periódica hacia la población a cargo y su familia para la gestión del proceso de atención en salud.

Continuación de la Resolución *"Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones"*

1.3 ESTÁNDAR DE SEGUIMIENTO DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	**MODO DE VERIFICACIÓN**	**ALCANCE Y ESPECIFICIDAD**
1.3.1. Procesos para la realización del seguimiento a la continuidad y resolutividad de la atención en salud de la población a cargo.	Verificar: 1.3.1.1 La existencia de procesos documentados donde se especifiquen los mecanismos e instrumentos para: El seguimiento a la atención en salud de la población a cargo, con el monitoreo correspondiente, incluyendo, los resultados obtenidos en la gestión de la prestación de servicios de salud para la población a cargo y los logros esperados y alcanzados en la gestión de la prestación de servicios de salud a su cargo. 1.3.1.2 La existencia de procesos documentados que definan los lineamientos para la recolección, análisis y utilización de información para el seguimiento a la atención de la población a cargo, acorde con los lineamientos técnicos y/o normativos vigentes. 1.3.1.3 La existencia de mecanismos e instrumentos para la divulgación de los resultados obtenidos en torno al seguimiento del proceso de atención en salud.	- Documentos que definan los instrumentos, metodologías y procedimientos para el seguimiento de la atención en salud a la población a cargo, el cumplimiento de los planes de cuidado y verificación de los resultados frente a las condiciones de salud de la misma. - Documento que definan los Instrumentos, metodologías y procedimientos para el seguimiento y la evaluación del desempeño del Prestador Primario de servicios de salud. Cuando en la conformación del Prestador Primario concurran otros prestadores, se deberá detallar en los documentos antes anotados, los mecanismos para el seguimiento de los procesos de articulación y coordinación con los otros prestadores que aportan servicios, así como su contribución a la gestión en la prestación de servicios de salud del Prestador Primario. Cuando se oferten por parte del prestador primario actividades del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, se deberá detallar en los documentos antes anotados, los mecanismos para el seguimiento de éstas de conformidad con lo definido por la Dirección Municipal, Departamental o Distrital de Salud. Debe incluir de manera adicional, los lineamientos y mecanismos definidos para recolección, análisis y utilización de información para el seguimiento del desempeño propio como Prestador Primario de Servicios de Salud y del cumplimiento de los planes de actividades, procedimientos e intervenciones definidos para la atención en salud, incluyendo lo correspondiente en términos de resultados en salud. Lo anteriormente mencionado conforme a los lineamientos del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO o el que haga sus veces, para el seguimiento y evaluación del Prestador Primario de Servicios de Salud. Instrumentos para la identificación de oportunidades de mejora en la prestación de servicios de salud y el desarrollo y seguimiento de acciones de mejora continua en calidad. - Herramientas y procedimientos para la evaluación de la satisfacción por la atención de la población a cargo, así como para la gestión de solicitudes, quejas y reclamos de la misma

2. PROCEDIMIENTO PARA LA HABILITACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD

Las IPS que decidan postularse y habilitarse como Prestadores Primarios de servicios de salud deberán dar cumplimiento a los estándares y criterios definidos en el presente Manual, los cuales serán verificados por las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, siguiendo el siguiente procedimiento:

2.1. Acciones de la Institución Prestadora de Servicios de Salud

2.1.1 Autoevaluación

La IPS, para habilitarse como Prestador Primario de Servicios de Salud, verificará internamente y en forma previa, el cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación establecidos en el presente Manual y lo declarará en el Módulo de Prestador Primario de Servicios de Salud del Registro Especial

de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. El proceso de autoevaluación deberá realizarse en los momentos definidos en el artículo 7 de la presente Resolución. En el evento en que la IPS realice el proceso de autoevaluación y evidencie el incumplimiento de uno o más criterios de habilitación, deberá abstenerse de solicitar la habilitación como Prestador Primario.

2.1.2 Registro de la solicitud de Habilitación en el Módulo de Prestador Primario del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS:

Para el registro de la solicitud de habilitación, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, deberá:

a) Ingresar al REPS en el Módulo de Prestador Primario.

b) Ingresar el código de habilitación de la institución prestadora de servicios de salud que solicita habilitarse como Prestador Primario de Servicios de Salud.

c) Diligenciar los datos de la institución prestadora de servicios de salud que solicita habilitarse como Prestador Primario de Servicios de Salud en el formulario de solicitud dispuesto en el Módulo, indicando:

- La sede de la institución prestadora de servicios de salud donde solicita la habilitación como Prestador Primario de Servicios de Salud.

- Los servicios de salud que integran su organización como Prestador Primario, de acuerdo al ámbito territorial donde se ubica y opera, conforme a lo señalado en este Manual en el apartado *"Servicios de salud que debe ofertar y proveer el Prestador Primario de Servicios de Salud, según el ámbito territorial"*. Dichos servicios deben contar con certificado de habilitación dentro del año inmediatamente anterior a la fecha de solicitud, el cual debe ser cargado.

d) Una vez diligenciado el formulario de solicitud de habilitación en el Módulo de Prestador Primario del REPS, la institución Prestadora de Servicios de Salud postulante deberá cargar los siguientes documentos en dicho Módulo:

- Certificados de existencia y representación legal vigentes de la institución prestadora de servicios de salud que solicita la habilitación como Prestador Primario (con fecha de expedición no mayor a 30 días, contados a partir de la fecha de radicación).
- Fotocopia de la cédula del representante legal de la institución prestadora de servicios de salud que solicita la habilitación como Prestador Primario.
- Certificado de existencia y representación legal vigente de la institución prestadora de servicios de salud que concurra con servicios para la habilitación del Prestador Primario (con fecha de expedición no mayor a 30 días, contados a partir de la fecha de radicación).
- Fotocopia de la cédula del representante legal del Prestador que concurra con servicios para la habilitación del Prestador Primario.
- Certificado de habilitación vigente de todos los servicios, expedido dentro del año inmediatamente anterior a la fecha de solicitud.

- Los documentos que demuestren el acuerdo de voluntades, entre la IPS que solicita la habilitación como Prestador Primario y el o los Prestadores que concurran con servicios, cuando aplique.

e) Grabar la información registrada en el módulo de Prestador Primario del REPS.

f) La IPS que solicita la habilitación y conformación del Prestador Primario deberá revisar permanentemente durante el proceso de habilitación el módulo de Prestador Primario del REPS con el fin de monitorear el estado de la solicitud.

2.2. Acciones de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud

Para la habilitación de Prestador Primario de Servicios de Salud, la Entidad Departamental o Distrital de Salud deberá:

a) Revisar en el Módulo de Prestador Primario del REPS el registro de la solicitud de habilitación de Prestador Primario de servicios de salud y la declaración de autoevaluación de la institución prestadora de servicios de salud postulante, y que la documentación registrada concuerde con la requerida.

b) Revisar que la documentación adjuntada de los literales c) y d) del numeral 2.1.2, corresponda con la información de la IPS que se postula y de los prestadores que concurren con servicios al Prestador Primario. Los servicios que conforman el Prestador Primario deben haber sido certificados por la Secretaria Departamental o Distrital de Salud, dentro del año inmediatamente anterior al registro de la solicitud de habilitación, incluidos los prestadores que concurren con servicios al Prestador Primario.

c) En caso de encontrar inconsistencias en los pasos anteriores o no correspondencia con lo establecido en la presente Resolución, la solicitud se devolverá sin trámite, registrando este resultado en el Módulo de Prestador Primario del Registro de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. La IPS podrá iniciar nuevamente el procedimiento establecido para solicitar la habilitación del Prestador Primario, ante la respectiva la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

d) En caso que la solicitud cumpla con lo establecido en la presente Resolución y su Manual, se registrará este resultado en el módulo y procederá a la apertura del expediente físico correspondiente y a la programación de la visita de verificación del cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación.

e) Informar oficialmente al prestador, como mínimo con un día de antelación, la realización de la visita de verificación del cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación como Prestador Primario.

f) Realizar la visita de verificación del cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación.

g) Si durante la visita de verificación, la Dirección Departamental o Distrital de Salud evidencia irregularidades en la prestación de los servicios de salud que conforman el Prestador Primario, procederá con la toma de las medidas sanitarias que considere pertinentes en el marco de sus competencias.

h) Elaborar el informe de resultados de la visita de verificación del cumplimiento de los estándares y criterios de habilitación del Prestador Primario.

i) Si la IPS cumple con los estándares y criterios de habilitación, registrar el resultado de la visita en el módulo y autorizar o permitir la impresión de la constancia de habilitación del Prestador Primario.

j) Si la IPS que solicita la habilitación no cumple con los estándares y criterios de habilitación, registrar igualmente el resultado de la visita como no habilitado en el módulo correspondiente

del REPS.

k) Enviar por medios legales aceptados a la IPS que solicitó la habilitación el informe de la visita de verificación con el resultado del otorgamiento o no de la habilitación. Si el prestador no fue habilitado, podrá reiniciar el procedimiento de habilitación.

3. ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE PERMANENCIA DE LA HABILITACIÓN DE LOS PRESTADORES PRIMARIOS DE SERVICIOS DE SALUD

La IPS habilitada como Prestador Primario deberá garantizar el cumplimiento de los siguientes criterios de permanencia para mantener su habilitación, los cuales deberán ser verificados por la Entidad Departamental y Distrital de Salud, conforme a lo establecido en la presente Resolución.

Tabla 4. Estándares y criterios de Permanencia de la habilitación de los Prestadores Primarios de Servicios de Salud

3.1 ESTÁNDAR DE CONFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	**MODO DE VERIFICACIÓN**	**ALCANCE Y ESPECIFIDAD**
3.1.1 Instrumentos, mecanismos e información para desarrollar el cuidado primario de la población a cargo.	Verificar: 3.1.1.1 Planes de cuidado primario desarrollados y ejecutados.	Documento de los planes de cuidado primario definidos para la atención de la población actualizados, incluyendo: - La ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones individuales (en los casos que corresponda las intervenciones colectivas), incluyendo, los ajustes o modificaciones realizadas al plan de cuidado primario por mejora del proceso de atención en salud para la población. - Los resultados del monitoreo a la ejecución y ajuste del plan de cuidado primario, incluyendo, las acciones de mejora propuestas e implementadas como resultado del seguimiento realizado.
3.1.2 Oferta de servicios para conformar el Prestador primario, de conformidad a lo definido por la Política de Atención Integral en Salud.	Verificar: 3.1.2.1 Servicios de salud disponibles y habilitados por el Prestador primario de servicios de salud habilitado.	Se deberá verificar que el prestador primario de servicios de salud habilitado: - Cuente con Servicios de salud habilitados exigidos dentro de la conformación del prestador primario de servicios de salud, lo cual podrá ser verificado a través de Módulo de Prestador Primario del REPS. Cuando en la conformación y operación del Prestador Primario concurran otros prestadores, deberá verificarse que existen contratos vigentes o acuerdos de voluntades, con al menos el alcance y especificidad previstos para los criterios en las condiciones de Entrada.
	3.1.2.2 Planes para garantizar la accesibilidad, oportunidad y continuidad en la prestación de servicios de salud, elaborados y actualizados.	- Documento que soporte la implementación de los planes ante la ocurrencia de eventos que puedan afectar la prestación de los servicios de salud, con detalle de las acciones adelantadas y resultados obtenidos, así como la coordinación con otras entidades, entre otros.
3.1.3 Equipo multidisciplinario de salud en condiciones de pertinencia, calidad y suficiencia.	3.1.3.1 Equipo multidisciplinario en salud conformado en condiciones de suficiencia.	- Documento que analice: o La suficiencia del equipo multidisciplinario de salud para la atención de la población a cargo. o Las acciones y la gestión realizada por el equipo multidisciplinario de salud en la atención de la población a cargo, conforme al el plan de cuidado primario.

Continuación de la Resolución *"Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación del Prestador Primario de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones"*

3.2 ESTÁNDAR DE OPERACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	**MODO DE VERIFICACIÓN**	**ALCANCE Y ESPECIFICIDAD**
3.2.2 Procesos para la gestión de la prestación de servicios de salud del Prestador Primario de servicios de salud	Verificar: 3.2.2.1 La implementación, evaluación y cumplimiento de los procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios del Prestador Primario de servicios de salud. 3.2.2.2 Las acciones de mejora diseñadas e implementadas para el mejoramiento de los procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios del Prestador Primario de servicios de salud.	- Documento que evidencie la implementación, evaluación y cumplimiento de los procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios del Prestador Primario de servicios de salud. - Documento donde se presenten los resultados de la implementación de las acciones de mejora en los procesos, procedimientos operativos, mecanismos e instrumentos para la gestión de la prestación de los servicios del Prestador Primario de servicios de salud.

3.3 ESTÁNDAR DE SEGUIMIENTO DEL PRESTADOR PRIMARIO		
CRITERIO A VERIFICAR	**MODO DE VERIFICACIÓN**	**ALCANCE Y ESPECIFICIDAD**
3.3.2 Procesos para la realización del seguimiento a la continuidad y resolutividad de la atención en salud de la población a cargo.	Verificar: 3.3.1.1 El seguimiento y análisis periódico de la gestión de la prestación de los servicios de salud a su población a cargo, de acuerdo con los resultados esperados en términos de la gestión del riesgo en salud y prioridades en salud definidas. 3.3.1.2 El seguimiento y análisis periódicos de los resultados en salud atribuibles al Prestador Primario, según las condiciones establecidas por las diferentes entidades responsables de pago. 3.3.1.3 La existencia de procesos continuos y sistemáticos de revisión de las fuentes de información, de las acciones de mejora diseñadas e implementadas sobre dichas fuentes y de los mecanismos para soportar los requerimientos de información. 3.3.1.4 La publicación de los resultados de la gestión y el desempeño del Prestador Primario de servicios de salud.	- Documentos de seguimiento a la prestación de los servicios de salud realizados al menos una vez al año, que contenga: o La gestión realizada a la población a cargo de conformidad con los planes de cuidado primario realizados y las prioridades en salud definidas. Los resultados en salud definidos por grupos de riesgo atribuibles al Prestador Primario de servicios de salud. o Las acciones de mejora realizadas por parte del Prestador Primario de servicios de salud habilitado en función de los resultados de los procesos de seguimiento a la gestión realizados anualmente - Documento que dé cuenta de la implementación de procesos continuos de mejoramiento de las fuentes de información del Prestador Primario en términos de contenido, cobertura y calidad del dato. - Documento publicado de los resultados en la gestión de la prestación de los servicios de salud, del desempeño propio como Prestador Primario de servicios de salud, de las oportunidades de mejoras identificadas en el ejercicio y del desarrollo y seguimiento de acciones de mejora continua en calidad.

4 PROCEDIMIENTO PARA LA REACTIVACIÓN DE LA HABILITACIÓN DEL PRESTADOR PRIMARIO

Los Prestadores Primarios de Servicios de Salud cuya habilitación haya sido inactivada en el Módulo de Prestador Primario del REPS, por ausencia de la declaración de la autoevaluación y/o por haber dejado transcurrir más de un año después de un cierre temporal, sin haber registrado la Novedad de Reactivación 5.1.5 de la Tabla Reporte de Novedades del Prestador Primario de Servicios de Salud del presente Manual, requerirán adelantar el siguiente procedimiento para la reactivación:

4.1 Acciones de la Institución Prestadora de Servicios de Salud

Las IPS cumplirán el procedimiento de autoevaluación previsto en el presente manual (2.1.1). Si evidencia el incumplimiento de uno o más criterios de habilitación, deberá abstenerse de solicitar la reactivación como Prestador Primario. Para la reactivación de la habilitación como Prestador Primario de servicios de salud deberá realizar el registro de la Novedad de Reactivación con el trámite definido en el Numeral 5.1.5 de este Manual.

4.2 Acciones de la Entidad Departamental o Distrital de Salud

La Entidad Departamental o Distrital de Salud deberá realizar el procedimiento definido en el numeral 2.2 del presente Manual y adicionalmente realizar las siguientes acciones:

a) Consultar en el Módulo de Prestador Primario del REPS, el registro de la Novedad de Reactivación de la habilitación como Prestador Primario de Servicios de Salud presentada por la institución prestadora de servicios de salud.

b) Programar la visita de verificación del cumplimiento de los estándares y criterios para la reactivación de la habilitación como Prestador Primario de Servicios de Salud.

c) Informar a la IPS que solicita la reactivación como Prestador Primario de Servicios de Salud, como mínimo con un (1) día hábil de anticipación, la realización de la visita de reactivación

d) Realizar la visita de reactivación, aplicando los criterios definidos en la Tabla 3. *Estándares y criterios para la habilitación de los Prestadores Primarios de Servicios de Salud*.

e) Elaborar el informe de resultados de la visita de reactivación.

f) En el caso que la IPS que solicita la reactivación como Prestador Primario de Servicios de Salud cumpla, se registrará en el Módulo de Prestador Primario y se reactivará.

g) En caso que la IPS que solicita la reactivación el Prestador Primario de servicios de salud habilitado no cumpla, se registrará el resultado en el Módulo de Prestador Primario y no se reactivará.

h) Enviar a la IPS que solicitó la reactivación del Prestador Primario de Servicios de Salud, el informe de resultados de la visita de reactivación.

5 PROCEDIMIENTO PARA EL REPORTE DE NOVEDADES DEL PRESTADOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD

Las novedades determinadas en el artículo 9 de la presente Resolución que reporten las IPS habilitadas como Prestadores Primarios de Servicios de Salud, en el Módulo de Prestador Primario del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, deben surtir el siguiente procedimiento ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

5.1 Acciones de la IPS

a) Para las Novedades 9.3 y 9.4 definidas en el artículo 9 de la presente Resolución, informar a la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente y a las entidades responsables de pago con las cuales tengan contrato, mínimo un (1) mes antes de realizar el reporte de la novedad.

b) Realizar el proceso de autoevaluación en el Módulo salvo para las novedades de cierre definitivo o temporal del Prestador Primario de Servicios de Salud.

c) Diligenciar el formulario de reporte disponible en el Módulo de Prestador Primario del REPS.

d) Cargar en el Módulo de Prestador Primario del REPS los soportes definidos en la Tabla 5. Reporte de Novedades del Prestador Primario de Servicios de Salud.

Tabla 5. Reporte de Novedades del Prestador Primario de Servicios de Salud

NOVEDADES DEL PRESTADOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD	REQUISITOS Y SOPORTES
5.1.1. Ingreso de un prestador que concurre con servicios al Prestador Primario de Servicios de Salud.	a) Realizar y declarar la autoevaluación del cumplimiento de los estándares y criterios de permanencia para el Prestador Primario. b) Diligenciar el formulario de reporte de novedades, disponible en el Módulo de Prestador Primario del REPS. c) Anexar certificado de Existencia y Representación Legal de la IPS responsable del Prestador Primario, expedido en un término no mayor a 30 días contados a partir de la fecha de radicación. d) Anexar certificado de Existencia y Representación Legal del prestador que concurre con servicios, expedido en un término no mayor a 30 días contados a partir de la fecha de radicación. e) Anexar copia del documento de identificación del representante legal del prestador que aporta servicios. f) Anexar los documentos que demuestren el contrato vigente entre la Institución Prestadora de Servicios de Salud responsable de la habilitación del Prestador Primario y el Prestador que concurre con servicios para la habilitarse como tal.
5.1.2 Egreso de un prestador que concurrió con servicios al Prestador Primario de Servicios de Salud.	a) Diligenciar el formulario de reporte de novedades, disponible en el Módulo de Prestador Primario del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud — REPS. b) Realizar y declarar la autoevaluación del cumplimiento de los estándares y criterios de permanencia para el Prestador Primario de Servicios de Salud.
5.1.3 Cierre definitivo del Prestador Primario de Servicios de Salud.	a) Diligenciar el formulario de reporte de novedades, disponible en el Módulo de Prestador Primario del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud — REPS. b) Adjuntar documento de comunicación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud y a las entidades responsables de pago con las cuales tengan contrato, como mínimo con un (1) mes antes de realizar el registro de la novedad mencionada.
5.1.4 Cierre temporal del Prestador Primario de Servicios de Salud.	a) Diligenciar el formulario de reporte de novedades, disponible en el Módulo de Prestador Primario del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud — REPS. b) Adjuntar documento de comunicación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud y a las entidades responsables de pago con las cuales tengan contrato, como mínimo con un (1) mes antes de realizar el registro de la novedad mencionada.
5.1.5 Reactivación del Prestador Primario de Servicios de Salud.	a) Diligenciar el formulario de reporte de novedades disponible en el módulo de Prestador Primario del REPS. b) Realizar y declarar la autoevaluación del Prestador Primario. c) Anexar certificado de Existencia y Representación Legal de la IPS responsable de la habilitación como Prestador Primario, expedido en un término no mayor a 30 días contados a partir de la fecha de radicación. d) Anexar copia del documento de identificación del representante legal de la IPS responsable de la habilitación del Prestador Primario.

NOVEDADES DEL PRESTADOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD	REQUISITOS Y SOPORTES
	e) Anexar documentos que demuestren el contrato o acuerdo de voluntades, entre la IPS responsable de la habilitación del prestador Primario y el o los Prestadores que concurren con servicios, en los casos que aplique.
5.1.6 Ingreso de servicio(s).	a) Diligenciar el formulario de reporte de novedades, disponible en el Módulo de Prestador Primario del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud — REPS. b) Realizar y declarar la autoevaluación, identificando el servicio a ser incluido y en el caso que el Prestador Primario de Servicios de Salud, se conforme con otros prestadores se deberá identificar el correspondiente prestador que lo provee.
5.1.7 Egreso de servicio(s).	a) Diligenciar el formulario de reporte de novedades, disponible en el Módulo de Prestador Primario del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud — REPS. b) Realizar y declarar la autoevaluación, identificando el servicio a ser retirado y en el caso que el Prestador Primario de Servicios de Salud, se conforme con otros prestadores se deberá identificar el correspondiente prestador que retira la provisión de dicho servicio.

5.2 Acciones de la Entidad Departamental o Distrital de Salud

La Entidad Departamental o Distrital de Salud debe realizar el siguiente procedimiento para dar trámite a las novedades del Prestador Primario de Servicios de Salud radicadas por la institución prestadora de servicios de salud responsable de su habilitación.

a) Consultar la solicitud de novedades, junto con los soportes definidos en la Tabla 5. *Reporte de Novedades del Prestador Primario de Servicios de Salud* del presente Manual, frente a la información diligenciada en el Módulo de Prestador Primario del REPS.

b) Verificar la Declaración de la Autoevaluación, cuando aplique.

c) Si la documentación radicada por la institución prestadora de servicios de salud no cumple con lo requerido, no se continuará el trámite, informándole a la institución prestadora de servicios de salud el hallazgo y no se autorizará su registro. La institución prestadora de servicios de salud podrá iniciar de nuevo el procedimiento para el trámite de la novedad, definido en el presente Manual.

d) Si la documentación adjuntada por la institución prestadora de servicios de salud cumple con lo requerido, se aprueba el trámite de la novedad y se registra en el Módulo de Prestador Primario del REPS.

e) Cuando el Prestador Primario de Servicios de Salud registre las novedades 9.1, 9.5 o 9.6 del artículo 9° de la presente resolución, las Entidades Departamentales o Distritales de Salud deberán realizar visita de verificación del cumplimiento y mantenimiento de los estándares y criterios de habilitación, dentro del año siguiente, contado a partir de la fecha de la aprobación del trámite de la novedad. Cuando la institución prestadora de servicios de salud haya tramitado más de una novedad, se realizará una sola visita dentro del año siguiente a la fecha de aprobación de la primera novedad.