	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

CIRCULAR EXTERNA 202315100000010-5 DE 2023

22-06-2023

PARA: ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, ENTIDADES ADAPTADAS DE SALUD, ENTIDADES PERTENECIENTES A LOS REGÍMENES ESPECIAL Y DE EXCEPCIÓN, ADMINISTRADORAS DE RIESGOS LABORALES, SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA, EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA, ENTIDADES TERRITORIALES E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DE SALUD.

DE: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

ASUNTO: POR LA CUAL SE MODIFICAN LOS TÉRMINOS PARA RESOLVER LOS RECLAMOS EN SALUD ESTABLECIDOS EN LA CIRCULAR EXTERNA 047 DE 2007, MODIFICADA ENTRE OTRAS POR LA CIRCULAR EXTERNA 008 DE 2018, ASÍ COMO LOS ANEXOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON RECLAMOS EN SALUD DISPUESTOS EN LA CIRCULAR EXTERNA 017 DE 2020.

FECHA: 22-06-2023


I. ANTECEDENTES Y CONSIDERACIONES.

Conforme lo expresado en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el aseguramiento en salud es entendido como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. El desarrollo de tales actividades debe ser efectuado de manera indelegable por las distintas Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de habilitación señalados en la normativa vigente.

La autorización de funcionamiento y las condiciones de habilitación y permanencia de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, han sido reguladas en el Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que define el Sistema Único de Habilitación como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica, científica, técnico-administrativa, de suficiencia patrimonial y financiera indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema.

Los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud, entre los cuales se encuentra el sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas, fueron establecidos inicialmente por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 2515 de 2018 la cual fue derogada por el artículo 10 de la Resolución 497 de 2021. A la fecha, tales criterios se encuentran regulados en la citada resolución del año 2021 y los pormenores de estos pueden ser consultados en el anexo técnico de esa resolución.

Considerando que uno de los criterios y estándares para el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de operar el aseguramiento en salud es el

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

202315100000010-5

relacionado con el Sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutela, la Superintendencia Nacional de Salud ha incluido en la Circular Externa 047 de 2007 - Circular Única de la entidad, un título dedicado a la protección al usuario y la participación ciudadana, el cual ha sido modificado por la Circular Externa 008 de 2018.

Así, en el capítulo I del título VII de la Circular Externa 047 de 2007 se ha precisado que la atención al usuario constituye un pilar fundamental del acceso a la salud y en ella convergen la protección constitucional y legal de los derechos fundamentales de petición y a la salud.

En este sentido, en concordancia con lo establecido en el inciso segundo del artículo 20 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, con la finalidad de erradicar las barreras que puedan presentarse para acceder a los servicios de salud y prevenir la materialización de perjuicios irremediables para los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en general del sector salud, en el numeral 3.3 del literal B de la Circular Externa 008 de 2018, han sido definidos los conceptos de petición, queja y reclamo, y los términos para resolver las PQR, indicando que estas deberán ser resueltas con la inmediatez que el caso requiera sin exceder un plazo máximo de 5 días siempre que no hayan factores que requieran solución inmediata y 2 días en los casos que la PQR sea marcada como riesgo vital y requiera una solución inmediata.


Adicionalmente, en la mencionada circular se instruyó a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB- *“establecer un sistema de recepción y administración de las peticiones, quejas y reclamos -PQR- que logre superar las barreras administrativas que, eventualmente, dilatan o niegan el acceso a los servicios de salud o afectan la calidad de su prestación; y garantizar al usuario la materialización efectiva de su derecho fundamental a la salud”*.

Con ocasión de la implementación del mencionado sistema de recepción y administración de peticiones, quejas y reclamos, en el año 2020 la Superintendencia Nacional de Salud emitió la Circular Externa 017 y requirió que las EPS, EPSI, Entidades Adaptadas y Entidades de los Regímenes Especiales y de Excepción reportaran de manera mensual las PQR radicadas directamente a la respectiva entidad así como las PQR trasladadas por esta Superintendencia y que son gestionadas y cerradas por el vigilado.

En la precitada circular se estableció una clasificación de motivos para los reclamos en salud que presentan los usuarios, la cual se encuentra parametrizada por un árbol de motivos compuesto por macromotivos, motivos generales y motivos específicos. No obstante, se ha evidenciado que esta clasificación no permite caracterizar de manera adecuada los reclamos en salud debido a un amplio número de motivos específicos y a la dificultad para diferenciar entre la causa y la motivación del reclamo.

Sumado a ello, los usuarios del Sector Salud han manifestado a este organismo de IVC la necesidad de resolución de fondo de sus reclamos por parte de las Entidades Aseguradoras en Salud, Entidades Adaptadas y de los Regímenes Especiales y de Excepción con la inmediatez que la situación requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud, y en respeto a sus derechos como usuarios del Sector, situación que ha permitido, además, identificar la necesidad de replantear los plazos máximos establecidos para dar respuesta a las PQR que reciben tales entidades.

En este sentido, la Superintendencia Nacional de Salud considera necesario construir una nueva clasificación de motivos que permita

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

202315100000010-5

tipificar el reclamo de manera más fidedigna y acorde con la necesidad real del usuario, facilite la gestión por parte del vigilado y permita focalizar la inspección y vigilancia sobre el cumplimiento de las obligaciones de las entidades del sector en la garantía del derecho a la salud, y la debida atención y protección al usuario, así como replantear los términos previamente establecidos para la resolución de las PQR recibidas por las entidades del sector salud.

II. INSTRUCCIONES.

PRIMERA: Modifíquese el numeral 3.3 del literal B de la Circular Externa 008 de 2018, que modifica el Título VII de la Circular Externa 047 de 2007, el cual quedará así:

3.3 PETICIONES

Para efectos de la atención a las diferentes clases de peticiones la Superintendencia Nacional de Salud adopta las siguientes definiciones:

Petición: Solicitud a través de la cual una persona por motivos de interés general o particular solicita la intervención de la entidad para la resolución de una situación, la prestación de un servicio, la información o requerimiento de copia de documentos, entre otros.

Queja: Manifestación de una persona, a través de la cual expresa inconformidad con el actuar de un funcionario de la entidad.


Reclamo: Solicitud a través de la cual los usuarios del Sector Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud por parte de un actor del Sector Salud o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud.

Reclamo de riesgo simple: Reclamo a través del cual los usuarios del Sector Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud, sin que se identifique un riesgo inminente para la vida, la integridad del usuario, afectación a población vulnerable, ni cause gran impacto en el sector.

Reclamo de riesgo priorizado: Reclamo que involucra algún riesgo para la integridad de las personas o que afecte a poblaciones vulnerables o causen gran impacto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud o el Sector Salud.

Reclamo de riesgo vital: Reclamo que involucra un riesgo inminente para la vida o para la integridad de la persona; puede tratarse de un usuario cuya condición clínica representa un riesgo vital, o que en caso de no recibir atención inmediata presenta alta probabilidad de pérdida de miembro u órgano; o que refiere presentar un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado; o manifiesta una condición en salud que de no recibir el servicio requerido en el corto plazo, podría presentar un rápido deterioro que pone en riesgo la integridad de la persona e incluso ocasionar la muerte.

Toda PQR que se realice en el marco del acceso, la atención o la prestación del servicio de salud tiene una múltiple connotación de derecho fundamental, pues convergen en ella la protección constitucional y legal del derecho fundamental de petición y del derecho

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

202315100000010-5

fundamental a la salud, que a su turno involucra otros derechos fundamentales como la vida misma, la dignidad y la intimidad.

Los mecanismos, procesos y procedimientos adoptados por las EAPB e IPS, deben tener como fin resolver las PQR de manera objetiva, oportuna y eficiente, cuyo trámite debe garantizar los máximos niveles de accesibilidad, efectividad, seguimiento y control, siendo resolutive y constituyendo insumos para el mejoramiento continuo no solo del proceso de atención al usuario y trámite de PQR, sino también de los servicios que son objeto de reclamación. Para la adecuación del sistema de trámite, análisis y seguimiento de PQR, se debe tener en cuenta que las PQR deben servir de insumo para la caracterización y/o priorización de las auditorías, con el fin de mejorar la calidad de la atención de salud¹ y los respectivos planes de mejoramiento resultantes de las mismas.

Los sistemas de trámite, análisis y seguimiento de las PQR deberán permitir la consulta permanente en línea y del estado de la petición por parte del usuario. Esto no significa que el usuario no pueda acudir a otros medios de información y comunicación según su propia voluntad, capacidades y particularidades, pues se debe garantizar que tendrá acceso al seguimiento de sus PQR por el medio que elija dentro de los canales de atención dispuestos por la entidad, sin que en ningún momento estos canales de acceso sean excluyentes el uno del otro.


Las entidades emplearán en el trámite de las PQR de los usuarios para su registro, conservación y control, un sistema de recepción y administración de las peticiones, quejas y reclamos -PQR- que podrá organizarse a través de un formato de control que contenga como mínimo los siguientes aspectos:

- a) Fecha de recibo de la PQR.
- b) Canal de presentación de la PQR.
- c) La codificación asignada por la entidad
- d) Entidad a la cual está asociada la PQR (nombre del prestador o Asegurador).
- e) Nombre del peticionario.
- f) Tipo de identificación del peticionario.
- g) Número de identificación del peticionario.
- h) Datos de contacto del peticionario.
- i) Nombre del afectado/paciente.
- j) Tipo de identificación del afectado.
- k) Número de identificación del afectado.
- l) Datos de contacto del afectado.
- m) Aspecto o tema principal que motivó la queja.
- n) Indicar si existe o no fallo judicial (tutela).
- o) Lugar de origen de la petición: Departamento y municipio.
- p) Régimen (contributivo, subsidiado, excepción, especial).
- q) Estado de la PQR.
- r) Fecha de la solución de la PQR.
- s) Acción realizada para solucionar la PQR y solicitudes de información, (Descripción breve y soportes correspondientes).

Ante una eventual negación de la solicitud debe indicarse:

- a) Motivo que fundamenta la negación.
- b) Responsable de la negación.

¹ Art. 2.5.1.4.5 y 2.5.1.4.6 Decreto 780 de 2016

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

202315100000010-5

Adicionalmente, las entidades deberán resolver las PQR de los usuarios en los términos establecidos para el efecto, teniendo en cuenta las características del derecho a la salud y lo dispuesto en el artículo 20 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo -CPACA.

Cuando existan dos normas aplicables para el trámite de una PQR, prevalecerá aquella que sea más favorable para el usuario de acuerdo con su pretensión.

Instrucciones específicas para las EAPB

Las EAPB, o quienes hagan sus veces, en su calidad de responsables de obligaciones indelegables como son la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios para el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y demás actores, deben establecer un sistema de recepción y administración de las peticiones, quejas y reclamos -PQR- que logre superar las barreras administrativas que, eventualmente, dilatan o niegan el acceso a los servicios de salud o afectan la calidad de su prestación, garantizando al usuario la materialización efectiva de su derecho fundamental a la salud en condiciones de calidad, continuidad, oportunidad e integralidad y demás principios inmersos en la naturaleza de este derecho, cuya prestación constituye un servicio público esencial.


3.3.1 Trámite de la PQR

Toda PQR se deberá responder de fondo al usuario dentro de los términos que corresponda según la clase de petición, por el medio que el usuario indique, sin perjuicio que pueda obtener información sobre el estado de esta por cualquiera de los canales de comunicación de la entidad (telefónico, web, personalizado y los demás que disponga la entidad). En los casos en que el usuario no indique el medio para recibir la respuesta, ésta se le enviará a la dirección de correo electrónico que tenga registrado, en caso de que no cuente con este, a la dirección física de su residencia, dejando evidencia de la actuación y en todo caso no se podrá obligar al usuario a suministrar una dirección electrónica para notificación de la correspondiente respuesta. Es importante resaltar que, para dar respuesta a las PQR, las entidades no podrán exigir al usuario documentos que reposen en su poder o en entidades que conformen su red prestadora de servicios cuando sea del caso.

La respuesta al peticionario con la decisión de la entidad deberá ir fechada y dirigida a la dirección informada para efectos de notificación. La respuesta deberá ser completa, clara, precisa y contener la solución o aclaración de lo reclamado junto con los fundamentos legales, estatutarios o reglamentarios que la soporten.

Adicionalmente, la respuesta deberá ir acompañada de copia de los documentos que, de acuerdo con las circunstancias, se estimen apropiados para respaldar las afirmaciones o conclusiones de la institución. En este sentido, es obligación de las EAPB e IPS adoptar los correspondientes sistemas de archivo que les permitan la verificación de la información.

Se entenderá que no hay respuesta cuando ésta se emita por fuera de los plazos correspondientes según la clase de PQR y en los eventos en los cuales la entidad implicada no otorgue una solución de fondo frente a las necesidades planteadas por el usuario. Las entidades deben

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

202315100000010-5

informar al usuario que, en el evento de no obtener respuesta a la PQR, el usuario podrá comunicarlo a la Superintendencia Nacional de Salud y ello constituirá un insumo para adelantar las acciones de inspección, vigilancia y control a que haya lugar. Esto sin perjuicio de las acciones que se pueden adelantar por el hecho inicial que generó la PQR.

La respuesta se entenderá de fondo, cuando brinde información veraz, oportuna, de calidad, garantizando siempre que no se obstaculice el tratamiento o servicio del afiliado y, en consecuencia, debe verificarse que la salud, la integridad y la vida del usuario no se ponen en riesgo en ningún momento a causa de la negación.

Cuando una PQR relacionada con acceso a servicios y/o tecnologías de salud deba ser contestada de manera negativa, la respuesta debe sujetarse al formato de negación de servicios, el cual deberá ser diligenciado exclusivamente por profesionales de la salud, ampliamente capacitados para emitir concepto. El mencionado formato puede ser consultado y descargado en el enlace: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/OtrosDocumentosProteccionUsuario/Formato-de-negacion-de-servicios-de-salud.docx>, y una vez diligenciado este no podrá ser modificado.

Toda comunicación que se dirija a un usuario en relación con una PQR deberá contener una advertencia en caracteres destacados, indicando que frente a cualquier desacuerdo con la respuesta o decisión adoptada por la entidad ante la cual se elevó la respectiva PQR, así como el no obtener respuesta por parte de esta, el usuario podrá formular una PQR ante la Superintendencia Nacional de Salud. Adicionalmente, cuando la PQR corresponde a una solicitud realizada ante uno de los actores del SGSSS (prestadores, aseguradores), se debe informar al usuario que este también podrá elevar su solicitud ante la correspondiente Dirección de Salud Departamental, Distrital o Local en Salud según corresponda.


3.3.2 Términos para resolver las PQR:

Las EAPB e IPS, deberán resolver las PQR de los usuarios en los términos establecidos para tal efecto en el -CPACA, según la clase de petición. Se reitera que las peticiones en materia de salud se enmarcan de manera general en el artículo 20 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 y en consecuencia, en uso de las facultades para impartir instrucciones de inmediato cumplimiento, se requiere la solución de las PQR que afecten la salud y la vida dentro de los siguientes términos:

3.3.2.1 Reclamos de riesgo simple: Los reclamos de riesgo simple en salud presentados directamente por los usuarios o a través de un tercero ante la entidad responsable o ante esta Superintendencia y trasladados al vigilado, se deben resolver de fondo en un término máximo de setenta y dos (72) horas a partir de la fecha de radicación.

Estos reclamos deberán ser resueltos con los máximos niveles de accesibilidad, efectividad, seguimiento y control, siendo resolutoria y garantizando que las acciones adelantadas den respuesta a lo requerido, remitiendo los soportes de lo actuado.

No obstante, en las situaciones en que se trate de asuntos y poblaciones que cuenten con términos específicos, se aplicarán los términos dispuestos en la normatividad vigente como son los siguientes casos que se enuncian, a manera de ejemplo:

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

202315100000010-5

- a) Consultas médicas²: Los servicios de consulta externa médica, odontológica, y de especialista, así como los apoyos diagnósticos, es decir, exámenes de laboratorio e imagenología, le serán asignados dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a su solicitud a los afiliados mayores de 62 años.
- b) Formula de medicamentos³: Cuando la EPS no le suministre de manera inmediata los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios, debe garantizarles su entrega en el domicilio dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes (o inmediatamente si es de extrema urgencia) a los afiliados mayores de 62 años.
- c) Reclamo por entrega incompleta de medicamentos: Mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en el lugar de residencia o de trabajo del afiliado, cuando estos lo autoricen, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la reclamación⁴.
- d) Continuidad de servicios: Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas⁵.

Cada petición particular debe ser evaluada y valorada según las particularidades del caso y las condiciones del paciente, de manera que siempre se respete el derecho fundamental a la salud y se garantice la continuidad, la oportunidad y la integridad en el tratamiento en salud al usuario. Siempre se debe valorar la inmediatez que requiera cada caso y el término de setenta y dos (72) horas para resolver las PQR debe entenderse como plazo máximo otorgado siempre que no haya factores que requieran solución inmediata.

3.3.2.2 Reclamos de riesgo priorizado: Estos reclamos en salud deberán ser resueltos con la inmediatez que la situación del paciente requiera y, en todo caso no podrán superar el término máximo de cuarenta y ocho (48) horas.

3.3.2.3 Reclamos de riesgo vital: Estos reclamos en salud deberán ser resueltos de manera inmediata y en todo caso no podrán superar el término máximo de veinticuatro (24) horas.

3.3.2.4 Peticiones generales: Las peticiones generales, es decir aquellas que contienen solicitudes de información y/o no están relacionadas con la garantía del acceso a los servicios de salud, ni con la atención o prestación de servicios de salud y por tanto no tienen aplicación del artículo 20 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, se resolverán de conformidad con los términos de la citada Ley:

- a) Peticiones generales: quince (15) días hábiles.
- b) Solicitudes de información: diez (10) días hábiles.
- c) Copias: dentro de los tres (3) días hábiles - Si las copias son de historias clínicas o de exámenes y se requieran para una consulta o urgencia, serán catalogados como reclamos.


Teniendo en cuenta el literal b) *Principio Pro Homine* del artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, las autoridades y demás actores del Sector Salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.

² Ley 1171 de 2007, art. 12

³ Ley 1171 de 2007, art. 13

⁴ Art. 5, numeral 7 Res. 1604 de 2013

⁵ Art. 6 Principios, literal d) Ley 1751 de 2015

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

202315100000010-5

3.3.3 Reporte de las líneas de atención para los reclamos de riesgo vital: Instrucciones específicas para las EAPB

Las EAPB o las que hagan sus veces, deberán reportar ante esta Superintendencia los datos de contacto para la operación de los reclamos marcados con riesgo vital, cuyo seguimiento está a cargo del Grupo de Soluciones Inmediatas en Salud -SIS o quien haga sus veces, garantizando la disponibilidad permanente de dichos contactos. Tales datos de contacto se deberán reportar a través del aplicativo NRVCC <https://nrvcc.supersalud.gov.co/> en el módulo de Datos Generales.

Para efectos de garantizar la disponibilidad y atención permanente, se solicita que los contactos que se designen sean contactos institucionales que no estén sujetos a la disposición personal de los funcionarios o trabajadores. En el evento de presentarse algún cambio en los datos de contacto, deberán ser actualizados de forma inmediata ingresando al módulo de datos generales, en el aplicativo NRVCC.

SEGUNDA: Sustituir el **Anexo Técnico GT005 - Inventario de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias radicadas** contenido en la Circular Externa 017 de 2020, por el **Anexo Técnico GT005 - Inventario de reclamos en salud** en el cual deberán reportarse todos los reclamos en salud que recibe directamente la entidad, **excluyendo** los **trasladados por la Superintendencia Nacional de Salud**.

En todo caso, teniendo en cuenta que se trata de reclamos en salud, no se debe trasladar a esta Superintendencia información de reclamos con afectación a personas jurídicas o anónimos.

La clasificación de reclamos en salud en el **Anexo Técnico GT005 - Inventario de reclamos en salud** deberá hacerse de acuerdo con las tablas de referencia: **AT GT005 - 1 "Tecnologías en salud de Alto Costo"**, **AT GT005 - 2 "Motivos de reclamos"** y **AT GT005 - 3 "Patologías"**, las cuales serán publicadas en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud, en la ruta Circulares Externas, como anexos de la presente circular. Debido a actualizaciones que puedan realizarse, el vigilado deberá revisar periódicamente estos anexos. Los cambios serán publicados en la misma ruta especificada anteriormente.

El anexo Técnico GT005 - Inventario de reclamos en salud debe ser reportado con la información completa mediante la plataforma NRVCC con corte al último día calendario del mes inmediatamente anterior y firmado por el representante legal, con una periodicidad mensual, en formato TXT, separado por pipeline (|) a más tardar el día (20) de cada mes.

El primer reporte con la modificación anteriormente señalada deberá hacerse durante los 20 primeros días calendario de agosto 2023 y deberá corresponder a la información del mes de julio de 2023.


Archivo tipo GT005 Inventario de reclamos en salud

Tipo de entidad a la que aplica: Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción.

Periodicidad: Mensual.


Fecha de corte: Último día calendario de cada mes.

Fecha del reporte: Hasta 20 días calendario después de la fecha de corte.

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1


202315100000010-5

Elemento		Archivo Tipo GT005			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	serial	Número de serial	Registre el número de serial de reclamos de la entidad	25	Alfanumérico
2	canal	Canal a través del cual recibió el reclamo	Registre el canal a través del cual recibió el reclamo: 1:= Correo electrónico 2:= Formulario Web 3:= Teléfono 4:= Centro de atención (presencial) 5:= Otro canal 6:= Chat	1	Numérico
3	fechaRadición	Fecha en la cual se recibió el reclamo	Registre la fecha en la cual se recibió el reclamo	10	Fecha con formato DD/MM/AAAA
4	tipoldAfectado	Tipo de identificación	Registre el tipo de identificación del afiliado afectado según corresponda: CC:= Cédula de ciudadanía CE:= Cédula de extranjería CD:= Carné diplomático PA:= Pasaporte SC:= Salvoconducto PE:= Permiso especial de permanencia RC:= Registro Civil TI:= Tarjeta de Identidad CN:= Certificado de nacido vivo AS:= Adulto sin identificación MS:= Menor sin identificación PT:= Permiso de Protección Temporal DE:= Documento Extranjero	2	Texto
5	idAfectado	Número de identificación	Registre el número de identificación del afiliado afectado.	17	Alfanumérico
6	codigoMunicipio	Municipio de residencia del afectado	Corresponde al Código del municipio del domicilio del afectado. Tabla de División Política Administrativa - DANE	5	Alfanumérico
7	direccion	Dirección del afectado	Registrar la dirección de correspondencia del afectado	100	Alfanumérico
8	telefono	Teléfono del afectado	Registrar el número telefónico del afectado	10	Numérico
9	correoElectronico	Correo electrónico del afectado	Registrar el correo electrónico del afectado	125	Alfanumérico
10	Poblaciones Especiales	Poblaciones especiales	Registre si el afectado pertenece a alguna(s) de las siguientes poblaciones especiales: 2:= Habitante de Calle 3:= Persona en estado de gestación 4:= Población con discapacidad 5:= Población privada de la libertad 6:= Víctima de violencia de género 7:= No aplica - En caso de que no pertenezca a ninguna	5	Numérico

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

202315100000010-5

Elemento		Archivo Tipo GT005			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			<p>de las poblaciones descritas en las opciones 1 al 6 o la opción 8. 8:= Víctima de Conflicto Armado</p> <p>En caso que el afectado pertenezca a varias poblaciones, se deberá diligenciar todas las opciones sin separación. Por ejemplo, si el afectado es una persona en condición de desplazamiento (opción 1), es una mujer gestante (opción 3) y es víctima de conflicto armado (opción 8), deberá diligenciar este campo de la siguiente forma: "138"</p>		
11	grupoEtnico	Pertenencia a grupo étnico	<p>Registre el grupo étnico al cual pertenece el afectado:</p> <p>1:= Negro, afrocolombiano o afrodescendiente 3:= Palenquero 4:= Indígena 5:= Raizal (del Archipiélago de San Andrés) 6:= Rom o gitano 7:= Mulato 8:= No aplica - En caso de que no pertenezca a ninguna de las poblaciones descritas en las opciones 1 al 7.</p>	1	Numérico
12	altoCosto	Tecnologías en salud de Alto Costo	<p>Si el reclamo en salud está relacionado con una Tecnología en salud de Alto Costo (procedimiento o medicamento), registre el código de acuerdo con la Tabla de referencia AT GT005 - 1 "Tecnologías en salud de Alto Costo"</p> <p>De lo contrario registrar el código "999"</p>	3	Numérico
13	tipoReclamo	Subtipo de motivo del reclamo	<p>Registre el código del Subtipo de motivo específico del reclamo según codificación de la Supersalud (ver tabla referencia AT GT005 - 2)</p> <p>En caso de que el reclamo en salud haga referencia con varios motivos específicos, diligencie el motivo específico más relevante o principal.</p>	11	Alfanumérico
14	Patología	Patología relacionada con el reclamo	<p>Registre la condición en salud principal o relevante, relacionada con el reclamo interpuesto. (ver tabla referencia AT GT005 - 3)</p>	2	Numérico
15	Afil_codMunicipio	Municipio de afiliación del afectado	<p>Corresponde al Código del municipio de afiliación del afectado. Tabla de División</p>	5	Alfanumérico

Supersalud 	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

202315100000010-5

Elemento		Archivo Tipo GT005			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
			Político Administrativa - DANE		

TERCERA: Sustituir el **Anexo Técnico GT006 - Respuestas de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias**, contenido en la Circular Externa 017 de 2020, por el **Anexo Técnico GT006 - Respuestas de reclamos en salud**, en el cual deberán reportarse todos los reclamos cerrados en el mes inmediatamente anterior, independientemente de la fecha de radicación; **incluyendo** los **reclamos recibidos directamente por la entidad**, así como los **trasladados por esta Superintendencia**.

Se deben especificar las acciones que se realizaron en respuesta al reclamo, de acuerdo con la tabla de referencia **AT GT006 - 1 "Acciones o Respuestas a reclamos en salud"**, la cual será publicada en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud, en la ruta Circulares Externas, como anexo de la presente circular. Debido a actualizaciones que puedan realizarse, el vigilado deberá revisar periódicamente este anexo. Los cambios serán publicados en la misma ruta especificada anteriormente.

El anexo Técnico GT006 - Respuestas de reclamos en salud debe ser reportado con la información completa mediante la plataforma NRVCC con corte al último día calendario del mes inmediatamente anterior y firmado por el representante legal, con una periodicidad mensual, en formato TXT, separado por pipeline (|) a más tardar el día (20) de cada mes.

El primer reporte con la modificación anteriormente señalada deberá hacerse durante los 20 primeros días calendario de agosto 2023 y deberá corresponder a la información del mes de julio de 2023.

Archivo tipo GT006 Respuestas de reclamos en salud


Tipo de entidad a la que aplica: Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Entidades de los Regímenes Especial y de Excepción.

Periodicidad: Mensual.

Fecha de corte: Último día calendario de cada mes.

Fecha del reporte: Hasta 20 días calendario después de la fecha de corte.

Elemento		Archivo Tipo GT006			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	serial	Número de serial	Registre el número de serial que es llevado en la base de datos de reclamos de la entidad	25	Alfanumérico
2	serial SNS	Número de serial Supersalud	Si el reclamo fue trasladado por la SNS, registre el número serial SNS Ejemplo: PQR-20222100000015292 Si el reclamo no fue trasladado por la SNS registre "NA"	25	Alfanumérico
3	fechaRad	Fecha en la cual se recibió el reclamo	Registre la fecha en la cual se recibió el reclamo.	10	Fecha con formato DD/MM/AAAA
4	fechaRespuest	Fecha en	Registre la fecha en la	10	Fecha con formato

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

202315100000010-5

Elemento		Archivo Tipo GT006			
#	Identificador	Atributos	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
	a	la cual se da respuesta al reclamo	cual se da respuesta al reclamo		DD/MM/AAAA
5	tipoRespuesta	Tipo de respuesta al reclamo	Registre el código de la respuesta del reclamo según codificación de la Supersalud (ver tabla referencia AT GT006 - 01 "Acciones o Respuestas a reclamos en salud")	3	Numérico
6	otroRespuesta	Descripción de otro tipo de respuesta	Si en el campo "tipoRespuesta" registró el código "999" "OTRO TIPO DE RESPUESTA", escriba cual fue la respuesta dada al afiliado afectado. En caso de que el tipo de respuesta corresponda a una tipología diferente a "999 - NINGUNA DE LAS ANTERIORES", deberá registrar "NA" en este campo.	2000	Texto

III. SANCIONES

De conformidad con lo establecido en los artículos 130 y 131 de la Ley 1438 de 2011, modificados por los artículos 2 y 3 de la Ley 1949 de 2019, la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en esta circular, dará lugar a la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, previo agotamiento del debido proceso administrativo. Esto sin perjuicio de las demás responsabilidades disciplinarias, fiscales, penales o civiles que puedan derivarse y las sanciones que puedan imponer otras autoridades judiciales y/o administrativas en particular por la atención de peticiones.

IV. VIGENCIA.


La presente Circular Externa rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial y página Web de la Superintendencia Nacional de Salud.

Dada en Bogotá D.C., a los 22 días del mes 06 de 2023.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Firmado electrónicamente por: Ulahi Dan Beltrán López
ULAHI DAN BELTRÁN LÓPEZ
Superintendente Nacional de Salud

Proyectó: Isabel Cristina Espinosa - Profesional Especializado
Dayanna Carolina Páez - Auxiliar Administrativo
Doris Adriana Martínez- Profesional Especializado
Eliana Plazas Moreno- Profesional Especializado

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA	VERSIÓN	1

202315100000010-5

Revisó: Sergio Fernando Sánchez Delgado - Profesional Especializado
Diana Julieta Díaz Castellano - Profesional Especializado

Aprobó: Elsa Patricia Lozano Guarnizo - Directora de Innovación y Desarrollo (e) y Delegada para Entidades Territoriales y Generadores, Administradores y Recaudadores de Recursos del SGSSS (e)
Helena María Salazar Arbeláez - Delegada para la Protección al Usuario (e)
María Isabel Ángel Echeverry - Delegada para Entidades de Aseguramiento en Salud
Beatriz Eugenia Gómez Consuegra - Delegada para Prestadores de Servicios en Salud
Elkin Hernán Otálvaro - Delegado para Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y Gestores Farmacéuticos