1. IDENTIFICACIÓN DEL TALLER DE APRENDIZAJE

Denominación del Programa de Formación: Técnico Apoyo Administrativo en Salud.

- **Código del Programa de Formación:** 134507
- **Nombre del Proyecto:** Implementación de Modelos de Atención en Procesos Administrativos para Empresas Prestadoras de Servicios de Salud
- **Fase del Proyecto:** Planeación
- **Actividad de Proyecto:** Identificar oportunidades de mejora durante el desarrollo de funciones de apoyo administrativo en entidades del sector salud de acuerdo con protocolos institucionales.
- **Competencia:** Admitir Personas al Servicio según Normativa de Salud.
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
  Reconocer las necesidades de la persona en el acceso a los servicios de salud de acuerdo con portafolio de servicios y normativa legal vigente.
- **Duración de la Guía:** 48 horas

2. TALLER UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN



Estimado Aprendiz, para responder la siguiente actividad de aprendizaje por favor tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

A. Responder la siguiente actividad de acuerdo a la resolución 2381 del 2022.

B. Leer atentamente cada pregunta antes de responder

C. Para calcular la UPC mensual el procedimiento es el siguiente:

De acuerdo al régimen que pertenezca el afiliado (Contributivo o Subsidiado), la edad, el género y la dispersión geográfica se divide el **valor por el año (12 meses)**, y el valor que resulta es el **valor de la UPC mensual** que recibe la EPS.

UPC Mensual = Valor UPC anual/12 Meses

La **UPC** del régimen subsidiado pasa de $872.496,00 en **2021** a $ 964.807,20 para el próximo año 2022

El contributivo, se pasa de $938.826,00 en 2021 a $1.109.221,20 en 2022.

1. ***Responder las siguientes preguntas:***
   a. ¿Cuál es el valor anual, valor mensual y el valor de la UPC diaria del régimen contributivo para el año 2022?
   b. ¿Cuál es el valor anual, valor mensual y el valor de la UPC diaria del régimen subsidiado para el año 2022?
   c. ¿Cuáles regiones o ciudades hacen parte de la zona alejada del continente para ambos regímenes?
   d. ¿Cuáles es el valor anual, mensual y el valor de la UPC diaria que se le reconocerá a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas EPSI?
   e. Mencione 10 departamentos y 10 municipios que hagan parte de la zona especial por dispersión geográfica
   f. El señor Ricardo Pérez de 35 años de edad es afiliado al régimen contributivo en la EPS Sanitas y vive en la ciudad de Popayán. Liquidar la UPC mensual que recibe la EPS por el afiliado.

DEPARTAMENTOS	*MUNICIPIOS*
CAUCA	



2. *Liquidar UPC anual, mensual, y diaria*

El siguiente grupo familiar vive en la ciudad de Tunja afiliados a la EPS Nueva EPS del Régimen Contributivo:

AFILIADO	EDAD	UPC ANUAL	UPC MENSUAL	UPC DIARIA
LAURA MARTINEZ	44 AÑOS			
PEDRO ROJAS	46 AÑOS			
CLAUDIA ROJAS HIJA	18 AÑOS			
DANIEL ROJAS HIJO	15 AÑOS			

3. Liquidar UPC a las siguientes personas afiliadas a la EPS SURA del Régimen Contributivo

A. Afiliados en Piamonte Cauca – ZONA ESPECIAL POR DISPERSIÓN GEOGRAFICA

AFILIADO	EDAD	UPC ANUAL	UPC MENSUAL	UPC DIARIA
ELIZABETH ROTA	17 AÑOS			
CAMILO GARCIA	3 MESES			
VIVIANA LOPEZ	56 AÑOS			
KAREN VILLA	33 AÑOS			

B. Afiliados en Palmira

AFILIADO	EDAD	UPC ANUAL	UPC MENSUAL	UPC DIARIA
NAHALIA MORA	14 AÑOS			
JOSÉ TORRES	23 AÑOS			

DEYSI GIL	35 AÑOS			
LOURDES ROCHA	62 AÑOS			

C. Afiliados del departamento de San Andrés

AFILIADO	EDAD	UPC ANUAL	UPC MENSUAL	UPC DIARIA
LIZA HAYES	42 AÑOS			
MARLON MITCHELL	23 AÑOS			
BARTOLOME TAYLOR	2 AÑOS			
JASON JASID	74 AÑOS			

4. Liquidar UPC a las siguientes personas afiliadas a la EPS ASMET del Régimen Subsidiado

A. Afiliados de Bolívar Cauca

AFILIADO	EDAD	UPC ANUAL	UPC MENSUAL	UPC DIARIA
VICTOR LORA	6 AÑOS			
AMELIA ROA	17 AÑOS			
LUIS CORTE	23 AÑOS			
ABEL RODRIGUEZ	49 AÑOS			

B. Afiliados de Popayán

AFILIADO	EDAD	UPC ANUAL	UPC MENSUAL	UPC DIARIA
JULIA HURTADO	44 AÑOS			
RAUL ESCOBAR	1 MES			
JORGE SOLARTE	15 AÑOS			
MARIBEL ESTRADA	59 AÑOS			

C. Afiliados de Santa Catalina del régimen subsidiado

AFILIADO	EDAD	UPC ANUAL	UPC MENSUAL	UPC DIARIA
ALEXIS ARRIETA	63 AÑOS			
LOUISA HARDWARD	7 AÑOS			
ENRIQUE GARNICA	18 AÑOS			
LUCILA MORELOS	37 AÑOS			

D. Afiliados de Silvia EPSI MALLAMAS

AFILIADO	EDAD	UPC ANUAL	UPC MENSUAL	UPC DIARIA
NANCY CUCHILLO	**36 AÑOS**			
ALBERTO USA	**47 AÑOS**			
LEIDER MUELAS	**28 AÑOS**			
IRENE ULCHUR	**4 AÑOS**			

El empleo es de todos

Mintrabajo

UPC
Unidad Pago por Capitación



SENA

GC-F-004v.06



UPC
Unidad de Pago por Capitación

Definiciones y Aplicación en el SGSSS

Introducción

El Ministerio de la Protección Social viene realizando estudios técnicos que tienen por objeto determinar la suficiencia de la unidad de pago por capitación (UPC) de los regímenes contributivo y subsidiado para financiar los servicios contenidos en los respectivos Planes de beneficios.

https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx



1. Normatividad UPC



Ley 100 de 1993

Por la cual se **crea** el SSSI - sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

Ley 1122 del 2007

Por medio de la cual se hacen algunas **modificaciones** el SG –SSS y se dictan otras disposiciones.

Ley 1438 del 2011

Por medio de la cual se **reforma** el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

1. Normatividad UPC

LEY 100 DE 1993

Marco de la organización y funcionamiento del Sistema, establece que debe garantizar el acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención, que los servicios de salud a los que se garantizará acceso están definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y que todo ciudadano debe participar en el SGSSS.

Por dichos servicios se reconoce a las EPS un valor de prima llamado **Unidad de Pago por Capitación (UPC),** que debe ser definido por el Ministerio de Salud y Protección Social. El valor de la UPC debe ser revisado por lo menos una vez al año y el contenido servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), según los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población. **Artículos 156 y 162.**

1. Normatividad UPC

LEY 1438 DE 2011

Establece en su Artículo 114. OBLIGACIÓN DE REPORTAR: “Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, de los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, de las empresas farmacéuticas, de las cajas de compensación, de las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna”.

2. Definición de la UPC

¿Qué es la UPC?



La Unidad de pago por capitación (UPC) es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado. La UPC-Subsidiada, UPC-S, es el valor reconocido para cubrir el POS subsidiado y también es referida como UPC plena o subsidio pleno. (Ministerio de Protección Social). La **UPC**-Subsidiada, **UPC**-S, es el valor reconocido para cubrir el POS subsidiado y también es referida como **UPC plena o subsidio pleno**.

SUBSIDIO PLENO: Es un derecho que garantiza el Plan Obligatorio de Salud financiada a través de la UPC-S, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales

¿Qué es la UPC?



Es la prima que se reconoce a las EPS por cada uno de los afiliados al SGSSS, con el objeto de garantizar el acceso a los servicios de salud contemplados en el plan de beneficios en Salud (PBS)

la **UPC** del Régimen Subsidiado:
Pasa de $872.496,00 en **2021** a
$ 964.807,20 para el próximo año 2022.

El contributivo, se pasa de
$938.826,00 en 2021 a
$1.109.221,20 en 2022.

2. Definición de la UPC

ADRES

Paga EPS



Afiliados



Los distribuye por grupo etario, por edades, sexo y donde residan.

2. Definición de la UPC

UPC, para el régimen contributivo,
UPC-S, para el régimen subsidiado,
Es el valor o pago que el sistema general social en salud (SGSS), registra a las entidades promotoras de salud (EPS) per cápita, es decir por cada afiliado, con el fin de que este tenga derecho a un paquete básico de servicios de salud, independiente de su capacidad económica y de su aporte al sistema; garantizando la oportuna y adecuada prestación de los servicios, de tal modo que el plan obligatorio de salud (POS) sea posible de financiar y sea sostenible para el sistema.

2. Definición de la UPC

La UPC no es un valor estático, teniendo en cuenta que esta unidad aumenta cada año, y es percibido por las EPS que es complementado con las cuotas moderadoras y los copagos de los afiliados, para garantizar que las EPS cuenten con los recursos necesarios para la prestación y administración de los servicios definidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS hoy Plan de Beneficios en Salud PBS

Este reconocimiento económico por afiliado, permite a las EPS pagar los gastos de atención de sus afiliados y tener un margen de recursos para cumplir con la administración del riesgo y de la operación

2. Definición de la UPC ADICIONAL

La UPC-adicional es una prima o valor adicional reconocido por la CRES a diversas zonas geográficas por concepto de dispersión geográfica. Es decir, un valor aplicable para las áreas de algunos departamentos en los cuales hay una menor densidad poblacional, que a su vez puede representar un mayor gasto por los sobrecostos de atención en salud derivados entre otros del transporte de pacientes.

Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y de la región de Urabá.

2. Definición de la UPC – S DIFERENCIAL

Es la prima que reconoce un 2% adicional en la UPC en aquellos municipios que presentan mayor siniestralidad respecto al resto de los municipios del país, éstos son: Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y los municipios conurbados. Es decir aquellos próximos a centros urbanos. Estos **municipios** son Soledad, Soacha, Bello, Envigado, Itagüí y Sabaneta.

3. Unidad de Pago por Capitación 2021

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002381 DE 2021

(28 DIC 2021)

Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2022 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las que le confiere los numerales 34, 36 y 38 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012, en desarrollo del artículo 114 de la Ley 1438 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, elevó a derecho fundamental el derecho a la salud, y determinó que es autónomo e irrenunciable. Así mismo, previó un mecanismo de protección colectiva del derecho a la salud, a través del esquema de aseguramiento adoptado en la Ley 100 de1993, mediante la definición de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, que se reconoce a las Entidades Promotoras de Salud – EPS por cada persona afiliada.

3. Unidad de Pago por Capitación 2021

Resolución 2381 del 2021

POR LA CUAL SE FIJA EL VALOR ANUAL DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - UPC QUE FINANCIARÁ LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO PARA LA VIGENCIA 2022 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES

TITULO I
DISPOSICIONES APLICABLES AL REGIMEN CONTRIBUTIVO

- **CAPITULO I**
  UPC RC
- **CAPITILO II**
  Actividades De Promoción y Prevención
- **CAPITULO III**
  Traslados de Porcentajes de la Cotización del RC por Solidaridad al RS
- **CAPITULO IV**
  Prestaciones Económicas

TITULO II
DISPOSICIONES APLICABLES AL REGIMEN SUBSIDIADO

- **CAPITULO I**
  UPC RS
- Art. 15: UPCDI

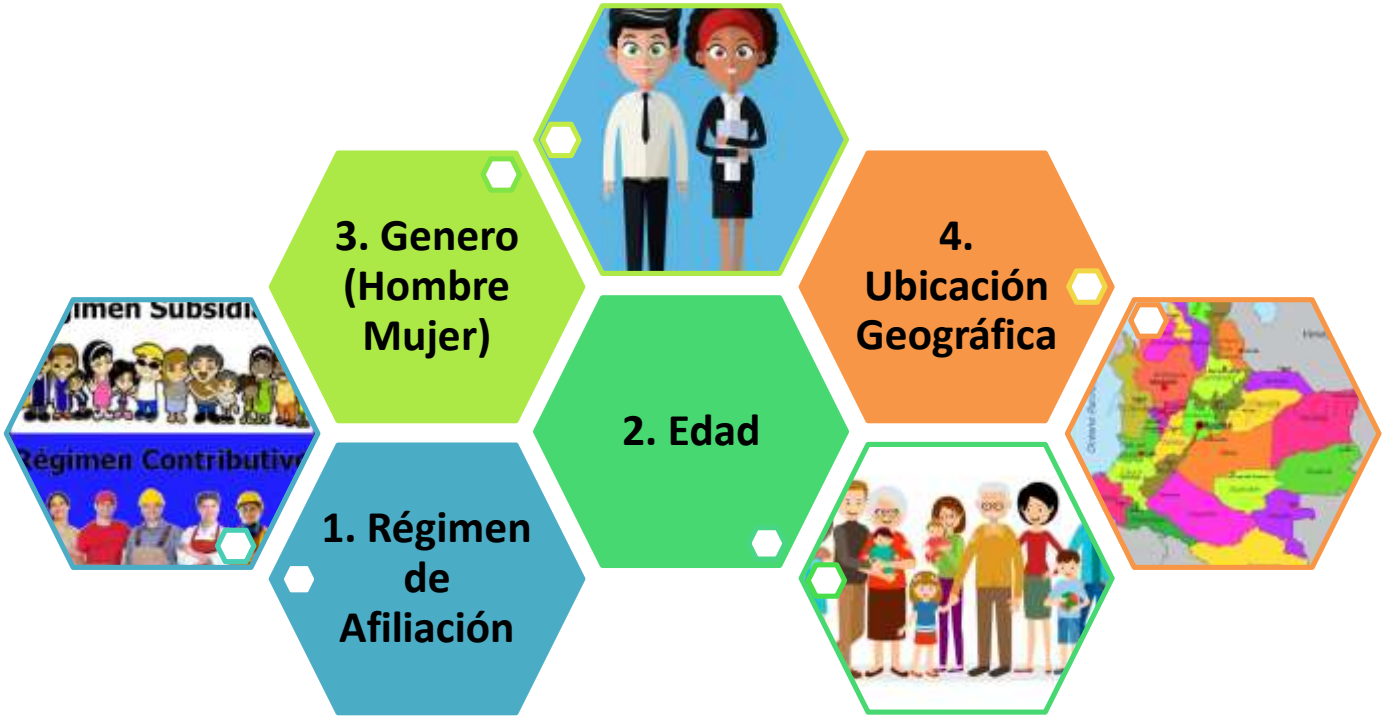
TITULO III
REPORTE DE INFORMACIÓN

- Recolectar Información
- Sobre servicios y tecnologías prestados a los afiliados.
- EPS; Cajas de compensación; ARL; Direcciones territoriales de Salud.

TITULO IV
Disposiciones Finales

- Las EPS/IPS observaran las notas técnicas resultantes de los análisis del perfil epidemiológico de su población, sus necesidades de salud y las frecuencias de uso, para la contratación con su red de prestadores de servicios de salud.

4. Se tiene en cuenta para liquidar



4. Se tiene en cuenta para liquidar

La Nueva EPS será adicional a la prevista en el artículo 1 de este acto administrativo, y corresponderá al 4% para financiar las tecnologías y servicios de salud que se venían financiando, dando como **Pago por Capitación del Régimen Contributivo** (UPC-C) anual de UN MILLÓN VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS UN PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($1.029.301,20), que corresponde a un valor diario de DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS CON DIECISIETE CENTAVOS ($2.859,17).

4. Se tiene en cuenta para liquidar



Capítulo I
Unidad de Pago por Capitación para el Régimen Contributivo

Artículo 1. ***Unidad de pago por Capitación***. Determínese como valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) para el año 2022 por concepto de las tecnologías y servicios de salud que se venían financiando con esta fuente, la suma de NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS ($989.712). cuyo valor diario será de DOS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($2.749,20).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-C es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,9679	2.937.366,00
1-4 años	0,9530	943.196,40
5-14 años	0,3329	329.475,60
15-18 años hombres	0,3173	314.035,20
15-18 años mujeres	0,5014	496.242,00
19-44 años hombres	0,5646	558.792,00
19-44 años mujeres	1,0475	1.036.724,40
45-49 años	1,0361	1.025.442,00
50-54 años	1,3215	1.307.905,20
55-59 años	1,6154	1.598.781,60
60-64 años	2,0790	2.057.612,40
65-69 años	2,5861	2.559.495,60
70-74 años	3,1033	3.071.372,40
75 años y mayores	3,8997	3.859.581,60

4. Se tiene en cuenta para liquidar



Artículo 2. ***Unidad de pago por capitación por zona especial de dispersión geográfica.*** A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) prevista en el artículo 1 del presente acto administrativo, se le incluye una prima adicional para zona especial por dispersión geográfica del 10% en los municipios y áreas no municipalizadas señalados en el Anexo 1 de la presente resolución, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($1.088.683,20) que corresponde a un valor diario de TRES MIL VEINTICUATRO PESOS CON DOCE CENTAVOS ($3.024,12).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-C es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,9679	3.231.104,40
1-4 años	0,9530	1.037.516,40
5-14 años	0,3329	362.422,80
15-18 años hombres	0,3173	345.438,00
15-18 años mujeres	0,5014	545.864,40
19-44 años hombres	0,5646	614.671,20
19-44 años mujeres	1,0475	1.140.397,20
45-49 años	1,0361	1.127.984,40
50-54 años	1,3215	1.438.693,20
55-59 años	1,6154	1.758.657,60
60-64 años	2,0790	2.263.374,00
65-69 años	2,5861	2.815.444,80
70-74 años	3,1033	3.378.510,00
75 años y mayores	3,8997	4.245.537,60



4. Se tiene en cuenta para liquidar



La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo UPC-C de estas ciudades, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,9679	3.226.989,60
1-4 años	0,9530	1.036.195,20
5-14 años	0,3329	361.962,00
15-18 años hombres	0,3173	344.998,80
15-18 años mujeres	0,5014	545.169,60
19-44 años hombres	0,5646	613.886,40
19-44 años mujeres	1,0475	1.138.942,80
45-49 años	1,0361	1.126.548,00
50-54 años	1,3215	1.436.864,40
55-59 años	1,6154	1.756.418,40
60-64 años	2,0790	2.260.490,40
65-69 años	2,5861	2.811.859,20
70-74 años	3,1033	3.374.208,00
75 años y mayores	3,8997	4.240.134,00



4. Se tiene en cuenta para liquidar



La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo UPC-C de la zona alejada del continente, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,9679	4.050.630,00
1-4 años	0,9530	1.300.669,20
5-14 años	0,3329	454.345,20
15-18 años hombres	0,3173	433.054,80
15-18 años mujeres	0,5014	684.316,80
19-44 años hombres	0,5646	770.572,80
19-44 años mujeres	1,0475	1.429.642,80
45-49 años	1,0361	1.414.083,60
50-54 años	1,3215	1.803.600,00
55-59 años	1,6154	2.204.719,20
60-64 años	2,0790	2.837.448,00
65-69 años	2,5861	3.529.544,40
70-74 años	3,1033	4.235.428,80
75 años y mayores	3,8997	5.322.366,00



4. Se tiene en cuenta para liquidar



Artículo 14. Fijar el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en la suma anual de UN MILLÓN DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($1.266.494,40), que corresponde a un valor diario de TRES MIL QUINIENTOS DIECIOCHO PESOS CON CUATRO CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($3.518,04).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC-S de la zona alejada del continente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,7654	3.502.364,40
1-4 Años	0,8179	1.035.864,00
5-14 Años	0,3267	413.762,40
15-18 Años Hombres	0,3847	487.220,40
15-18 Años Mujeres	0,6381	808.149,60
19-44 Años Hombres	0,6415	812.455,20
19-44 Años Mujeres	1,0154	1.285.999,20
45-49 Años	1,0376	1.314.115,20
50-54 Años	1,2973	1.643.022,00
55-59 Años	1,5738	1.993.208,40
60-64 Años	1,9465	2.466.229,60

Los valores de UPC Adicional para el año 2022

Grupo de Edad	Zona normal (1)	Zona especial (2)	Ciudades (3)	Zonas Alejadas (4)
Menores de 1 año	$ 307.000	$ 337.400	$ 337.000	$ 422.400
De 1 a 4 años	$ 89.900	$ 98.700	$ 98.500	$ 123.100
De 5 a 14 años	$ 37.600	$ 41.100	$ 41.100	$ 51.000
De 15 a 18 años (H)	$ 36.400	$ 39.800	$ 39.700	$ 49.300
De 15 a 18 años (M)	$ 55.800	$ 61.100	$ 61.000	$ 76.000
De 19 a 44 años (H)	$ 61.100	$ 67.000	$ 66.900	$ 83.400
De 19 a 44 años (M)	$ 110.900	$ 121.700	$ 121.600	$ 152.100
De 45 a 49 años	$ 113.100	$ 124.200	$ 124.000	$ 155.100
De 50 a 54 años	$ 142.500	$ 156.600	$ 156.400	$ 195.700
De 55 a 59 años	$ 168.300	$ 184.900	$ 184.700	$ 231.300
De 60 a 64 años	$ 215.500	$ 236.800	$ 236.500	$ 296.300
De 65 a 69 años	$ 266.400	$ 292.800	$ 292.400	$ 366.500
De 70 a 74 años	$ 321.600	$ 353.600	$ 353.100	$ 442.700
De 75 y más años	$ 442.700	$ 440.600	$ 440.000	$ 551.700

Zona normal: Todos los municipios del país a excepción de los registrados como **zona** especial, **zona** alejada, grandes ciudades y conurbados.

Zona Especial: El Gobierno **colombiano** declaró a los departamentos de Norte de Santander, La Guajira y Arauca, fronterizos con Venezuela, y a las ciudades de Armenia y Quibdó como **zonas** económicas y sociales **especiales** (Zese) con el objetivo de atraer inversión.

Zona Alejada: A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) prevista en el artículo 1 del presente acto administrativo, para la cobertura del departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

Conurbados: Son aquellos municipios que se encuentran cerca al área metropolitana de las principales ciudades del país. Estos municipios son (Soledad, Soacha, Bello, Envigado, Itagüí y Sabaneta).

5. Tipos de UPC Régimen Contributivo

1. UPC DE REGIMEN CONTRIBUTIVO

Capítulo I
Unidad de Pago por Capitación para el Régimen Contributivo

Artículo 1. ***Unidad de pago por Capitación***. Determínese como valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) para el año 2022 por concepto de las tecnologías y servicios de salud que se venían financiando con esta fuente, la suma de NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS ($989.712). cuyo valor diario será de DOS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($2.749,20).

5. Tipos de UPC Régimen Contributivo

2. PRIMA ADICIONAL DISPERSION GEOGRAFICA

Artículo 2. ***Unidad de pago por capitación por zona especial de dispersión geográfica.*** A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) prevista en el artículo 1 del presente acto administrativo, se le incluye una prima adicional para zona especial por dispersión geográfica del 10% en los municipios y áreas no municipalizadas señalados en el Anexo 1 de la presente resolución, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($1.088.683,20) que corresponde a un valor diario de TRES MIL VEINTICUATRO PESOS CON DOCE CENTAVOS ($3.024,12).

5. Tipos de UPC Régimen Contributivo

3. PRIMA ADICIONAL PARA CIUDADES

Artículo 3. Unidad de pago por capitación para ciudades. A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) prevista en el artículo 1 de este acto administrativo, se le incluye una prima adicional del 9,86% en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá Distrito Capital, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira Popayán Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($1.087.297,20), que corresponde a un valor diario de TRES MIL VEINTE PESOS CON VEINTISIETE CENTAVOS ($3.020,27).

5. Tipos de UPC Régimen Contributivo

3. UPC PARA ZONA ALEJADA

Artículo 4. *Unidad de pago por capitación para zona alejada.* A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) prevista en el artículo 1 del presente acto administrativo, para la cobertura del departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se incluye una prima adicional por zona alejada del continente del 37,9%, dando como resultado un valor de la Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CATORCE PESOS ($1.364.814), que corresponde a un valor diario de TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS CON QUINCE CENTAVOS ($3.791,15).

6. Tipos de UPC Régimen Subsidiado

1. UPC DE REGIMEN SUBSIDIADO

Capítulo II
Unidad de Pago por Capitación Régimen Subsidiado

Artículo 17. ***Unidad de Pago por Capitación***. Determínese como valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) para el año 2022, por concepto de tecnologías y servicios de salud que se venían financiando con esta fuente, la suma de NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL SETECIENTOS VEINTITRES PESOS CON SESENTA CENTAVOS ($927.723,60) que corresponde a un valor diario de DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS CON UN CENTAVO ($2.577,01).

6. Tipos de UPC Régimen Subsidiado

2. PRIMA ADICIONAL DISPERSION GEOGRAFICA

Artículo 18. Unidad de pago por Capitación para zonas especiales por dispersión geográfica. Determínese una prima para zonas especiales por **dispersión geográfica** del 11,47% en los municipios y áreas no municipalizadas señalados en el Anexo 1 de la presente resolución, adicional a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) prevista en el artículo 17 de este acto administrativo, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-S anual de UN MILLÓN TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS CON CUARENTA CENTAVOS ($1.034.132,40) correspondiente a un valor diario de DOS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON CINCUENTA Y NUEVE CENTAVOS ($2.872,59).

6. Tipos de UPC Régimen Subsidiado

3. PRIMA ADICIONAL PARA CIUDADES

Artículo 19. Unidad de pago por capitación para ciudades. Determínese una prima adicional del 15% a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) prevista en el artículo 17 de este acto administrativo, a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá Distrito Capital, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, por un valor anual de: $1.066.881,60 que corresponde a un valor diario de: $2.963,56.

7. Tipos de UPC Indígena

Artículo 22. Unidad de Pago por Capitación para EPSI. Determínese un incremento del 4,81% al valor fijado a la Unidad de Pago por Capitación prevista en el artículo 17 de la presente resolución, a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, dando como resultado la suma anual de NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS CON SESENTA CENTAVOS ($972.345,60), que corresponde a un valor diario de DOS MIL SETECIENTOS PESOS CON NOVENTA Y SEIS CENTAVOS ($2.700,96).



8. Ejemplo de Liquidación UPC mensual

De acuerdo al régimen que pertenezca el afiliado (Contributivo o Subsidiado), la edad, el genero y la dispersión geográfica se divide el **valor por el año (12 meses)**, y el valor que resulta es el **valor de la UPC mensual** que recibe la EPS.

El señor Ricardo Pérez de 35 años de edad es afiliado al régimen contributivo en la EPS Sanitas y vive en la cuidad de Popayán. Liquidar la UPC mensual que recibe la EPS por el afiliado.

8. Ejemplo de Liquidación UPC mensual

De acuerdo al régimen que pertenezca el afiliado (Contributivo o Subsidiado), la edad, el genero y la dispersión geográfica se divide el **valor por el año (12 meses)**, y el valor que resulta es el **valor de la UPC mensual** que recibe la EPS.

El señor Ricardo Pérez de 35 años de edad es afiliado al régimen contributivo en la EPS Sanitas y vive en la cuidad de Popayán. Liquidar la UPC mensual que recibe la EPS por el afiliado.

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de Un Año	2,9679	2.786.342,40
1-4 Años	0,953	894.700,80
5-14 Años	0,3329	312.534,00
15-18 Años Hombres	0,3173	297.889,20
15-18 Años Mujeres	0,5014	470.728,80
19-44 Años Hombres	0,5646	530.060,40
19-44 Años Mujeres	1,0475	983.419,20
45-49 Años	1,0361	972.716,40
50-54 Años	1,3215	1.240.657,20
55-59 Años	1,6154	1.516.579,20
60-64 Años	2,079	1.951.819,20
65-69 Años	2,5861	2.427.897,60
70-74 Años	3,1033	2.913.458,40
75 años y Mayores	3,8997	3.661.138,80

7. Bibliografía

https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC_S.aspx

UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. Acuerdo 19 de 2010 "Por el cual se fija el valor de la Unidad de pago por capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Régimen Contributivo y Subsidiado para el año 2011"

Resolución 2503 del 2020. Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías de salud en los regímenes contributivo y subsidiado para la vigencia 2021 y se dictan otras disposiciones.

GRACIAS

Línea de atención al ciudadano: 018000 910270
Línea de atención al empresario: 018000 910682

@SENAcomunica

www.sena.edu.co

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002381 DE 2021

(28 DIC 2021)

Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2022 y se dictan otras disposiciones

EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las que le confiere los numerales 34, 36 y 38 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012, en desarrollo del artículo 114 de la Ley 1438 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, elevó a derecho fundamental el derecho a la salud, y determinó que es autónomo e irrenunciable. Así mismo, previó un mecanismo de protección colectiva del derecho a la salud, a través del esquema de aseguramiento adoptado en la Ley 100 de1993, mediante la definición de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, que se reconoce a las Entidades Promotoras de Salud – EPS por cada persona afiliada.

Que el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, dispone que para la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el hoy Plan de Beneficios en Salud para cada afiliado, se reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación - UPC, la cual se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riegos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología, entre otros, y será definida de acuerdo con los estudios técnicos de este Ministerio.

Que los artículos 206 y 207 de la Ley 100 de 1993, en armonía con los artículos 227 y 236 del Código Sustantivo del Trabajo, reconocen a los afiliados aportantes al Régimen Contributivo, prestaciones económicas por contingencias derivadas de origen común por enfermedad general y licencias de maternidad y de paternidad, con cargo a recursos diferentes a los que financian el aseguramiento.

Que corresponde a este Ministerio definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para el Régimen Contributivo y Subsidiado, así como definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades derivadas de origen común por enfermedad general o en las licencias de maternidad y paternidad, según las normas del Régimen Contributivo. Dichas decisiones, para el Régimen Contributivo deben consultar el equilibrio financiero del Sistema de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo.

Que la UPC se define con la información remitida a través de varias fuentes, que permiten establecer las necesidades específicas en términos de costos de los servicios y tecnologías de salud garantizados mediante el aseguramiento por afiliación, de acuerdo con los cálculos actuariales de modo que el valor per cápita fijado a reconocerse por cada afiliado al SGSSS sea suficiente para garantizar la atención en salud en todas las etapas. En este sentido, se fija la Unidad de Pago por Capitación a reconocer y pagar en el año 2022 por concepto tanto de los servicios y tecnologías que se venían financiando, como por aquellos que se incluyen

en la financiación de dicha UPC a partir de la vigencia 2022 y que vienen desde presupuestos máximos hacia la Unidad de Pago por Capitación, cuya inclusión tiene en cuenta, entre otras, las frecuencias de uso observadas de estas tecnologías, durante los últimos años, en cada uno de los regímenes.

Que con ocasión de los pronunciamientos de la Corte Constitucional en la Sentencia T- 760 de 2008 y los autos de seguimiento, así como de la nueva concepción del Plan de Beneficios en Salud en los términos de la Ley 1751 de 2015, este Ministerio avanza en los mecanismos que garanticen el derecho fundamental a la salud, a través de la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud mediante la financiación con recursos de la UPC de manera que se cubran todos los tratamientos y tecnologías en salud bajo el aseguramiento en salud.

Que mediante Resolución 2292 del 23 de diciembre de 2021, este Ministerio estableció y actualizó los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC para la vigencia 2022, incorporando algunos servicios y tecnologías que hacían parte de los presupuestos máximos.

Que, en el esquema de gestión del aseguramiento, las Entidades Promotoras de Salud -EPS deben garantizar la prestación de los servicios y tecnologías de salud autorizados en el país, para la promoción de la salud, el diagnóstico, tratamiento, recuperación y paliación de la enfermedad, que se costean con los recursos del aseguramiento en salud a través de la financiación con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC.

Que el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario de Salud y Protección Social dispone al tenor del artículo 2.5.3.5.1 que este Ministerio al definir el valor de la UPC, debe publicar la proyección del incremento porcentual precisando los servicios y tecnologías que se venían prestando, así como las actualizaciones efectuadas para cada vigencia.

Que mediante la Resolución 4363 de 2012, se adoptó el reglamento Interno de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, y dispuso en el artículo 9, la creación de los Grupos Técnicos de Apoyo a la Comisión, con delegados técnicos de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, que sesionaron en seis (6) fechas, en las que prepararon la información para orientar la definición de la Unidad de Pago por Capitación - UPC de cada régimen.

Que con base en la información y estudios reportados a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en sesión N° 30, desarrollada 13 de diciembre de 2021, entre otras, se recomendó: i) ajustar el valor de la UPC de acuerdo a los estudios correspondientes de cada uno de los regímenes (contributivo y subsidiado), ii) actualizar los servicios y tecnologías financiadas con cargo a la UPC de acuerdo con la propuesta presentada, iii) implementar un mecanismo de seguimiento respecto el comportamiento de los servicios y tecnologías en salud que pasan a ser financiados mediante la UPC y los que permanecen en Presupuestos Máximos; iv) solicitar la información a las EPS y realizar los análisis para evaluar la implementación de una UPC por condiciones en salud durante el primer semestre de 2022 y su respectivo mecanismo de incentivos a los resultados en salud, acorde a los indicadores que se definan; recomendaciones que constituyen el fundamento técnico de las decisiones contenidas en la presente resolución.

Que corresponde a este Ministerio, a través de la Plataforma PISIS del Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO, administrar, articular y manejar la información que provean las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, las direcciones territoriales de salud, y los demás agentes del Sistema, de forma confiable, oportuna y clara; necesaria para la operación del sistema de monitoreo,

de los sistemas de información del sector salud y la elaboración de los respectivos indicadores.

Que la Resolución 3374 de 2000, modificada por la Resolución 1531 de 2014, establece el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, definido como *"el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control (...)"*, que se origina en los prestadores de servicios de salud y que se transfieren a la entidad administradora de planes de beneficios, a quien compete reportar la información a su vez a este Ministerio.

Que, con ocasión de la actualización de los supuestos macroeconómicos efectuados con posterioridad a la sesión de 13 de diciembre de 2021, fue necesario convocar a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud a sesión No. 31 el 23 de diciembre de 2021, con la finalidad de replantear los valores que generan el incremento de la UPC, teniendo en cuenta que se afectó el ajustador del IPC.

Que la información reportada por el Régimen Subsidiado en cuanto a suficiencia del dato y la calidad en el mismo, ha tenido grandes avances que permiten que la UPC para dicho régimen sea calculada con información veraz y soportada que permite un ajuste del 6,33% para la vigencia 2022, y para el régimen contributivo se determina en un 5,42%, considerando adicionalmente que la población afiliada al régimen subsidiado presenta condiciones demográficas, epidemiológicas y de uso diferentes al régimen contributivo para la prestación de los servicios de salud.

Que la Resolución 3797 de 2014, le asignó códigos a las Entidades Promotoras de Salud - EPS indistintamente del régimen de aseguramiento que administren y a las Cajas de Compensación Familiar - CCF con programas del Régimen Contributivo o Subsidiado, lo que permite su identificación a efectos de reconocer la Unidad de Pago por Capitación - UPC.

Que el Acuerdo 026 de 2011, modificado por la Resolución 6411 de 2016, define un ponderador de la UPC para las EPS del Régimen Contributivo, con el fin de corregir la situación de concentración de riesgo para los grupos etarios mayores de cincuenta (50) años evidenciada en algunas EPS del Sistema, que se aplica anualmente al momento de definir el valor de la UPC, con base en la información disponible de las EPS -C.

Que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, efectuó el análisis de la información reportada y recibida por las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado correspondiente a la Solicitud de información a Entidades Promotoras de Salud, para el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC, la cual es reportada a través de la plataforma de transporte de información PISIS y en complementariedad se analizó la información proveniente de la herramienta de *"Mi Prescripción (**Mipres**)"*, con base en las cuales se elaboró el documento *"Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación recursos para garantizar la financiación de los servicios y tecnologías de salud en el año 2022"*, que arrojó unas conclusiones respecto a la suficiencia de la UPC en los dos regímenes, y determinó los porcentajes diferenciales para algunas zonas en la vigencia 2022.

Que según el estudio, a la información reportada por las EPS se le aplicó reglas de calidad, para conformar las bases finales de servicios prestados con la cual se le realizan los análisis técnico actuariales; adicionalmente, se tuvo en cuenta la información disponible en las diferentes fuentes consultadas y certificadas por las áreas de este Ministerio, considerando, los cambios en la estructura demográfica de la población relevante, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del Sistema para la protección integral de las familias, la maternidad y la enfermedad general en las fases de promoción y fomento de la salud, y la prevención, diagnóstico,

tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad.

Que en el referido estudio de suficiencia con el propósito de avanzar en políticas que propendan por la determinación de metas y resultados en salud con distribución equitativa de recursos asociados a la atención, este Ministerio solicitará información para evaluar y proyectar en el primer semestre de la vigencia 2022 la implementación de un ajustador de la UPC por condiciones en salud que será monitoreado a través de indicadores trazadores que determinen el desempeño de las aseguradoras en términos de calidad y resultados en salud.

Que el Decreto 1811 de 2017 dispone en el artículo 7, que, para la definición del valor adicional de la UPC reconocida, se debe tener en cuenta la información que para el efecto reporte la Asociación Indígena del Cauca – EPSI03, como piloto en la identificación de actividades diferenciales en salud para dicha población, en cumplimiento a los acuerdos establecidos entre este Ministerio y el Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC como consta en el Acta 01 del 3 y 4 de noviembre de 2017.

Que el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento en salud como *"(...) la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario (...)."*

Que los Regímenes Especiales y de Excepción no están obligados por ley a ser regulados mediante el presente acto administrativo, sin embargo, los que utilicen como referencia la UPC dentro de sus esquemas de reconocimiento y pago, podrán considerar los valores determinados como valor anual de la Unidad de Pago por Capitación como referencia, observando para el efecto, los contenidos en los artículos del 1 al 4 del presente acto administrativo.

Que el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018, modificado por el artículo 1 de la Resolución 0276 de 2019, dispuso la progresividad en la implementación de las intervenciones allí descritas de las Rutas Integrales de Atención, de manera que producto del seguimiento realizado por la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio y la Dirección de Regulación de Beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud respecto del cumplimiento de las coberturas proyectadas, se evidenció que como efecto de la pandemia por SARSCoV2 COVID-19 los umbrales definidos no fueron alcanzados debido a la disminución de la oferta efectiva de las atenciones contenidas en las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento y Materno Perinatal, por lo cual es necesario considerar em la vigencia 2022 los porcentajes previstos en la vigencia 2021.

Que dada la implementación de la facturación electrónica en el SGSSS, una vez actualizado el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud-RIPS, se exigirá su registro como soporte del cobro de la factura, que se articulará con los lineamientos asociados a la interoperabilidad de los sistemas de información, según el esquema de transición que se adopte y que defina este Ministerio, y que será una de las fuentes de información para los cálculos del estudio de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación- UPC en las siguientes vigencias.

Que, conforme con lo anteriormente expuesto, se procederá a fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2022, discriminando la UPC por zona especial de dispersión geográfica, para ciudades, zona alejada y por nuevas inclusiones, entre otras.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Capítulo I
Unidad de Pago por Capitación para el Régimen Contributivo

Artículo 1. ***Unidad de pago por Capitación.*** Determínese como valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) para el año 2022 por concepto de las tecnologías y servicios de salud que se venían financiando con esta fuente, la suma de NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS ($989.712), cuyo valor diario será de DOS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($2.749,20).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-C es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,9679	2.937.366,00
1-4 años	0,9530	943.196,40
5-14 años	0,3329	329.475,60
15-18 años hombres	0,3173	314.035,20
15-18 años mujeres	0,5014	496.242,00
19-44 años hombres	0,5646	558.792,00
19-44 años mujeres	1,0475	1.036.724,40
45-49 años	1,0361	1.025.442,00
50-54 años	1,3215	1.307.905,20
55-59 años	1,6154	1.598.781,60
60-64 años	2,0790	2.057.612,40
65-69 años	2,5861	2.559.495,60
70-74 años	3,1033	3.071.372,40
75 años y mayores	3,8997	3.859.581,60

Artículo 2. ***Unidad de pago por capitación por zona especial de dispersión geográfica.*** A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) prevista en el artículo 1 del presente acto administrativo, se le incluye una prima adicional para zona especial por dispersión geográfica del 10% en los municipios y áreas no municipalizadas señalados en el Anexo 1 de la presente resolución, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($1.088.683,20) que corresponde a un valor diario de TRES MIL VEINTICUATRO PESOS CON DOCE CENTAVOS ($3.024,12).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-C es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,9679	3.231.104,40
1-4 años	0,9530	1.037.516,40
5-14 años	0,3329	362.422,80
15-18 años hombres	0,3173	345.438,00
15-18 años mujeres	0,5014	545.864,40
19-44 años hombres	0,5646	614.671,20
19-44 años mujeres	1,0475	1.140.397,20
45-49 años	1,0361	1.127.984,40
50-54 años	1,3215	1.438.693,20
55-59 años	1,6154	1.758.657,60
60-64 años	2,0790	2.263.374,00
65-69 años	2,5861	2.815.444,80
70-74 años	3,1033	3.378.510,00
75 años y mayores	3,8997	4.245.537,60

Artículo 3. ***Unidad de pago por capitación para ciudades.*** A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) prevista en el artículo 1 de este acto administrativo, se le incluye una prima adicional del 9,86% en las ciudades de Armenia,

Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá Distrito Capital, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($1.087.297,20), que corresponde a un valor diario de TRES MIL VEINTE PESOS CON VEINTISIETE CENTAVOS ($3.020,27).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo UPC-C de estas ciudades, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,9679	3.226.989,60
1-4 años	0,9530	1.036.195,20
5-14 años	0,3329	361.962,00
15-18 años hombres	0,3173	344.998,80
15-18 años mujeres	0,5014	545.169,60
19-44 años hombres	0,5646	613.886,40
19-44 años mujeres	1,0475	1.138.942,80
45-49 años	1,0361	1.126.548,00
50-54 años	1,3215	1.436.864,40
55-59 años	1,6154	1.756.418,40
60-64 años	2,0790	2.260.490,40
65-69 años	2,5861	2.811.859,20
70-74 años	3,1033	3.374.208,00
75 años y mayores	3,8997	4.240.134,00

Artículo 4. ***Unidad de pago por capitación para zona alejada.*** A la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) prevista en el artículo 1 del presente acto administrativo, para la cobertura del departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se incluye una prima adicional por zona alejada del continente del 37,9%, dando como resultado un valor de la Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CATORCE PESOS ($1.364.814), que corresponde a un valor diario de TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA Y UN PESOS CON QUINCE CENTAVOS ($3.791,15).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo UPC-C de la zona alejada del continente, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,9679	4.050.630,00
1-4 años	0,9530	1.300.669,20
5-14 años	0,3329	454.345,20
15-18 años hombres	0,3173	433.054,80
15-18 años mujeres	0,5014	684.316,80
19-44 años hombres	0,5646	770.572,80
19-44 años mujeres	1,0475	1.429.642,80
45-49 años	1,0361	1.414.083,60
50-54 años	1,3215	1.803.600,00
55-59 años	1,6154	2.204.719,20
60-64 años	2,0790	2.837.448,00
65-69 años	2,5861	3.529.544,40
70-74 años	3,1033	4.235.428,80
75 años y mayores	3,8997	5.322.366,00

Artículo 5. ***Prima adicional a la UPC por ponderador de concentración de riesgo etario.*** La prima correspondiente al ponderador de concentración de riesgo etario a la EPS037

Nueva EPS será adicional a la prevista en el artículo 1 de este acto administrativo, y corresponderá al 4% para financiar las tecnologías y servicios de salud que se venían financiando, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) anual de UN MILLÓN VEINTINUEVE MIL TRESCIENTOS UN PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($1.029.301,20), que corresponde a un valor diario de DOS MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS CON DIECISIETE CENTAVOS ($2.859,17).

Parágrafo. La definición de la presente prima se da como resultado relativo de la concentración de riesgo para los grupos etarios mayores de cincuenta (50) años en las EPS - C, aplicado el Acuerdo 26 de 2011, modificado por la Resolución 6411 de 2016, teniendo en cuenta la información de la BDUA con corte a octubre de 2021 y calculando la edad a 31 de diciembre del año de análisis.

Artículo 6. ***Unidad de pago por capitación referente para regímenes Especial y de Excepción.*** Los regímenes Especial y de Excepción que utilicen como referencia la UPC dentro de sus esquemas de reconocimiento y pago, podrán tener en cuenta los valores establecidos en los artículos del 1 al 4 del presente acto administrativo.

Artículo 7. ***Porcentaje a trasladar a las IPS por la prestación de los servicios y tecnologías en salud en el régimen contributivo.*** Los incrementos del valor de los servicios de salud, cuando existan o no acuerdos de voluntades entre las EPS y las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, deberán reflejar el incremento de la Unidad de Pago por Capitación – UPC de las tecnologías y servicios de salud que se venían financiando y que corresponde al 5,42%, independientemente de los manuales o referentes tarifarios que estas adopten.

Artículo 8. ***Unidad de pago por capitación a reconocer en la vigencia 2022 con nuevas inclusiones***. Fíjase la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) a reconocer y pagar en el año 2022 por concepto de las tecnologías y servicios de salud que se venían financiando con esta fuente, y aquellas que se incluyen en la Resolución 2292 de 2021, en la suma de UN MILLÓN CIENTO NUEVE MIL DOSCIENTOS VEINTIUNO PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($1.109.221,20) que corresponde a un valor diario de TRES MIL OCHENTA Y UN PESOS CON DIECISIETE CENTAVOS ($3.081,17).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-C es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,9966	3.323.890,80
1-4 años	0,8618	955.926,00
5-14 años	0,3475	385.455,60
15-18 años hombres	0,3354	372.031,20
15-18 años mujeres	0,5262	583.671,60
19-44 años hombres	0,5785	641.685,60
19-44 años mujeres	1,0683	1.184.979,60
45-49 años	1,0902	1.209.272,40
50-54 años	1,3796	1.530.280,80
55-59 años	1,6332	1.811.581,20
60-64 años	2,0971	2.326.147,20
65-69 años	2,5977	2.881.425,60
70-74 años	3,1411	3.484.173,60
75 años y mayores	3,9188	4.346.816,40

Artículo 9. ***Unidad de pago por capitación a reconocer en la vigencia 2022 para zona especial por dispersión geográfica con nuevas inclusiones.*** Reconózcase y páguese una prima adicional a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) prevista en el artículo 8 de este acto administrativo, para zona especial por dispersión geográfica del 10% en los municipios y áreas no municipalizadas señalados en el Anexo 1

de la presente resolución, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN DOSCIENTOS VEINTE MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO PESOS CON CUARENTA CENTAVOS ($1.220.144,40) que corresponde a un valor diario de TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS CON VEINTINUEVE CENTAVOS ($3.389,29).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-C correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,9966	3.656.286,00
1-4 años	0,8618	1.051.520,40
5-14 años	0,3475	424.000,80
15-18 años hombres	0,3354	409.237,20
15-18 años mujeres	0,5262	642.038,40
19-44 años hombres	0,5785	705.852,00
19-44 años mujeres	1,0683	1.303.480,80
45-49 años	1,0902	1.330.200,00
50-54 años	1,3796	1.683.309,60
55-59 años	1,6332	1.992.740,40
60-64 años	2,0971	2.558.764,80
65-69 años	2,5977	3.169.569,60
70-74 años	3,1411	3.832.596,00
75 años y mayores	3,9188	4.781.502,00

Artículo 10. ***Unidad de pago por capitación a reconocer en la vigencia 2022 para ciudades con nuevas inclusiones.*** Reconózcase y páguese una prima adicional del 9,86% a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) prevista en el artículo 8 de este acto administrativo, a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá Distrito Capital, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico de Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($1.218.589,20), que corresponde a un valor diario de TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS CON NOVENTA Y SIETE CENTAVOS ($3.384,97).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo UPC-C de estas ciudades, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,9966	3.651.624,00
1-4 años	0,8618	1.050.181,20
5-14 años	0,3475	423.460,80
15-18 años hombres	0,3354	408.715,20
15-18 años mujeres	0,5262	641.221,20
19-44 años hombres	0,5785	704.955,60
19-44 años mujeres	1,0683	1.301.817,60
45-49 años	1,0902	1.328.504,40
50-54 años	1,3796	1.681.164,00
55-59 años	1,6332	1.990.198,80
60-64 años	2,0971	2.555.503,20
65-69 años	2,5977	3.165.530,40
70-74 años	3,1411	3.827.710,80
75 años y mayores	3,9188	4.775.407,20

Artículo 11. ***Unidad de Pago por Capitación a reconocer en la vigencia 2022 para zona alejada con nuevas inclusiones.*** Reconózcase y páguese una prima adicional a la Unidad

de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) prevista en el artículo 8 de este acto administrativo, al departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, por zona alejada del continente un 37,9%, dando como resultado un valor de la Unidad de Pago por Capitación UPC-C anual de UN MILLÓN QUINIENTOS VEINTINUEVE MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS CON OCHENTA CENTAVOS ($1.529.614,80), que corresponde a un valor diario de CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS CON NOVENTA Y TRES CENTAVOS ($4.248,93).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo UPC-C de la zona alejada del continente, es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,9966	4.583.642,40
1-4 años	0,8618	1.318.222,80
5-14 años	0,3475	531.540,00
15-18 años hombres	0,3354	513.032,40
15-18 años mujeres	0,5262	804.884,40
19-44 años hombres	0,5785	884.883,60
19-44 años mujeres	1,0683	1.634.086,80
45-49 años	1,0902	1.667.584,80
50-54 años	1,3796	2.110.255,20
55-59 años	1,6332	2.498.166,00
60-64 años	2,0971	3.207.754,80
65-69 años	2,5977	3.973.482,00
70-74 años	3,1411	4.804.671,60
75 años y mayores	3,9188	5.994.255,60

Artículo 12. ***Unidad de Pago por Capitación a reconocer en la vigencia 2022 en aplicación del Acuerdo 026 de 2011 con nuevas inclusiones.*** Reconózcase y páguese una prima adicional correspondiente al ponderador de concentración de riesgo etario a la EPS037 Nueva EPS. Esta prima será adicional a la prevista en el artículo 8 de este acto administrativo, y corresponderá al 4% dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo (UPC-C) anual de UN MILLÓN CIENTO CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UN PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($1.153.591,20), que corresponde a un valor diario de TRES MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS CON CUARENTA Y DOS CENTAVOS ($3.204,42).

Artículo 13. ***Reconocimiento por actividades de promoción y prevención***. Fijase el valor anual a reconocer y pagar a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención durante el año 2022, en la suma de VEINTICUATRO MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS CON CUARENTA CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($24.152,40) que corresponde a un valor diario de SESENTA Y SIETE PESOS CON NUEVE CENTAVOS MONEDA CORRIENTE ($67,09).

Artículo 14. ***Traslados por solidaridad***. La cotización obligatoria de los afiliados aportantes del Régimen Contributivo, en la Ley 1438 de 2011, artículo 45 que establece la distribución de los recursos de la cotización del régimen contributivo, a partir del cual, le corresponde a este Ministerio definir hasta el uno punto cinco (1.5) de la cotización, previsto en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007, seguirá contribuyendo por solidaridad al Régimen Subsidiado.

Parágrafo. De acuerdo con lo señalado en el aparte 2 numeral 1 del artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, los Regímenes Especial y de Excepción de salud remitirán un punto cinco puntos (1,5) de la cotización, por solidaridad a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

Artículo 15. *Reconocimiento y pago de incapacidad de origen común por enfermedad general.* Fíjese en un 0,40% del Ingreso Base de Cotización, el reconocimiento y pago de incapacidades de origen común por enfermedad general, incluido el pago de las incapacidades superiores a los quinientos cuarenta (540) días continuos, a los afiliados cotizantes con derecho de las EPS, valor que incluye lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5 del artículo 3. 2. 1. 10 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

Artículo 16. *Reconocimiento de licencias de maternidad y paternidad*. Las licencias de maternidad y paternidad se pagarán con cargo a los recursos que gestiona la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. Se incluirá en este valor lo correspondiente a los aportes de los trabajadores independientes que debe asumir la Entidad Promotora de Salud - EPS con base en lo dispuesto en el inciso 5 del artículo 3.2.1.10 del Decreto 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya.

Capítulo II
Unidad de Pago por Capitación Régimen Subsidiado

Artículo 17. *Unidad de Pago por Capitación*. Determínese como valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) para el año 2022, por concepto de tecnologías y servicios de salud que se venían financiando con esta fuente, la suma de NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL SETECIENTOS VEINTITRES PESOS CON SESENTA CENTAVOS ($927.723,60) que corresponde a un valor diario de DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS CON UN CENTAVO ($2.577,01).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-S es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,7654	2.565.525,60
1-4 años	0,8179	758.786,40
5-14 años	0,3267	303.087,60
15-18 años hombres	0,3847	356.896,80
15-18 años mujeres	0,6381	591.980,40
19-44 años hombres	0,6415	595.134,00
19-44 años mujeres	1,0154	942.012,00
45-49 años	1,0376	962.607,60
50-54 años	1,2973	1.203.537,60
55-59 años	1,5738	1.460.052,00
60-64 años	1,9465	1.805.814,00
65-69 años	2,4125	2.238.134,40
70-74 años	2,9424	2.729.732,40
75 años y mayores	3,6575	3.393.147,60

Artículo 18. *Unidad de pago por Capitación para zonas especiales por dispersión geográfica.* Determínese una prima para zonas especiales por dispersión geográfica del 11,47% en los municipios y áreas no municipalizadas señalados en el Anexo 1 de la presente resolución, adicional a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) prevista en el artículo 17 de este acto administrativo, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-S anual de UN MILLÓN TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS CON CUARENTA CENTAVOS ($1.034.132,40) correspondiente a un valor diario de DOS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS CON CINCUENTA Y NUEVE CENTAVOS ($2.872,59).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-S es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,7654	2.859.789,60
1-4 años	0,8179	845.816,40
5-14 años	0,3267	337.852,80

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
15-18 años hombres	0,3847	397.832,40
15-18 años mujeres	0,6381	659.880,00
19-44 años hombres	0,6415	663.397,20
19-44 años mujeres	1,0154	1.050.058,80
45-49 años	1,0376	1.073.016,00
50-54 años	1,2973	1.341.579,60
55-59 años	1,5738	1.627.516,80
60-64 años	1,9465	2.012.940,00
65-69 años	2,4125	2.494.843,20
70-74 años	2,9424	3.042.831,60
75 años y mayores	3,6575	3.782.340,00

Artículo 19. ***Unidad de pago por capitación para ciudades.*** Determínese una prima adicional del 15% a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) prevista en el artículo 17 de este acto administrativo, a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá Distrito Capital, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, por un valor anual de UN MILLÓN SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS CON SESENTA CENTAVOS ($1.066.881,60) que corresponde a un valor diario de DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y TRES PESOS CON CINCUENTA Y SEIS CENTAVOS ($2.963,56).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC-S de estas ciudades es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,7654	2.950.354,80
1-4 años	0,8179	872.604,00
5-14 años	0,3267	348.552,00
15-18 años hombres	0,3847	410.428,80
15-18 años mujeres	0,6381	680.778,00
19-44 años hombres	0,6415	684.403,20
19-44 años mujeres	1,0154	1.083.312,00
45-49 años	1,0376	1.106.996,40
50-54 años	1,2973	1.384.066,80
55-59 años	1,5738	1.679.058,00
60-64 años	1,9465	2.076.685,20
65-69 años	2,4125	2.573.852,40
70-74 años	2,9424	3.139.192,80
75 años y mayores	3,6575	3.902.119,20

Artículo 20. ***Unidad de Pago por Capitación para zona alejada.*** Determínese el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) para las tecnologías y servicios de salud que se venían financiando, al Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en UN MILLÓN TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS CON OCHENTA CENTAVOS ($1.346.662,80), que corresponde a un valor diario de TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS CON SETENTA Y TRES CENTAVOS ($3.740,73).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC-S de la zona alejada del continente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,7654	3.724.059,60

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
1-4 años	0,8179	1.101.434,40
5-14 años	0,3267	439.956,00
15-18 años hombres	0,3847	518.061,60
15-18 años mujeres	0,6381	859.305,60
19-44 años hombres	0,6415	863.884,80
19-44 años mujeres	1,0154	1.367.402,40
45-49 años	1,0376	1.397.296,80
50-54 años	1,2973	1.747.026,00
55-59 años	1,5738	2.119.377,60
60-64 años	1,9465	2.621.278,80
65-69 años	2,4125	3.248.823,60
70-74 años	2,9424	3.962.419,20
75 años y mayores	3,6575	4.925.419,20

Artículo 21. ***Porcentaje a trasladar a las IPS por la prestación de los servicios y tecnologías en salud en el Régimen Subsidiado.*** Los incrementos del valor de los servicios de salud, cuando existan o no acuerdos de voluntades entre las EPS y las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, deberán reflejar el incremento de la Unidad de Pago por Capitación – UPC de las tecnologías y servicios de salud que se venían financiando y que corresponde al 6,33%, independientemente de los manuales o referentes tarifarios que estas adopten.

Artículo 22. ***Unidad de Pago por Capitación para EPSI.*** Determínese un incremento del 4,81% al valor fijado a la Unidad de Pago por Capitación prevista en el artículo 17 de la presente resolución, a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, dando como resultado la suma anual de NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS CON SESENTA CENTAVOS ($972.345,60), que corresponde a un valor diario de DOS MIL SETECIENTOS PESOS CON NOVENTA Y SEIS CENTAVOS ($2.700,96).

La estructura de costo por grupo etario de la UPCDI para las EPSI es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,7654	2.688.922,80
1-4 años	0,8179	795.283,20
5-14 años	0,3267	317.664,00
15-18 años hombres	0,3847	374.061,60
15-18 años mujeres	0,6381	620.452,80
19-44 años hombres	0,6415	623.761,20
19-44 años mujeres	1,0154	987.318,00
45-49 años	1,0376	1.008.907,20
50-54 años	1,2973	1.261.425,60
55-59 años	1,5738	1.530.277,20
60-64 años	1,9465	1.892.671,20
65-69 años	2,4125	2.345.785,20
70-74 años	2,9424	2.861.028,00
75 años y mayores	3,6575	3.556.353,60

Al valor fijado en el artículo 17 de la presente resolución, se establece una prima adicional del 12% para la EPSI03, dando como resultado la suma anual de UN MILLÓN TREINTA Y NUEVE MIL CINCUENTA PESOS ($1.039.050), que corresponde a un valor diario de DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS CON VEINTICINCO CENTAVOS ($2.886,25). El mantenimiento del piloto estará sujeto al reporte de información de suficiencia en las condiciones de oportunidad y calidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 23. ***Unidad de Pago por Capitación para zona Especial por dispersión geográfica para EPSI.*** Determínese una prima adicional a las Entidades Promotoras de

Salud Indígenas - EPSI, por dispersión geográfica del 11,47% sobre el valor fijado en el artículo 22 de la presente resolución, a los municipios y áreas no municipalizadas señalados en el Anexo 1 de la presente resolución, dando como resultado la suma anual de la Unidad de Pago por Capitación Diferencial - UPCDI de UN MILLÓN OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS CON SESENTA CENTAVOS ($1.083.873,60) que corresponderá a un valor diario de TRES MIL DIEZ PESOS CON SETENTA Y SEIS CENTAVOS ($3.010,76).

La estructura de costo por grupo etario de la UPCDI para las EPSI correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,7654	2.997.345,60
1-4 años	0,8179	886.500,00
5-14 años	0,3267	354.103,20
15-18 años hombres	0,3847	416.966,40
15-18 años mujeres	0,6381	691.621,20
19-44 años hombres	0,6415	695.304,00
19-44 años mujeres	1,0154	1.100.566,80
45-49 años	1,0376	1.124.625,60
50-54 años	1,2973	1.406.109,60
55-59 años	1,5738	1.705.798,80
60-64 años	1,9465	2.109.758,40
65-69 años	2,4125	2.614.845,60
70-74 años	2,9424	3.189.189,60
75 años y mayores	3,6575	3.964.266,00

Al valor fijado en el inciso final del artículo 22 de la presente resolución, se establece una prima adicional del 11,47% para la EPSI03, en los municipios y áreas no municipalizadas señalados en el Anexo 1 de la presente resolución, dando como resultado la suma anual de UN MILLÓN CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS VEINTIOCHO PESOS ($1.158.228) que corresponde a un valor diario de TRES MIL DOSCIENTOS DIECISIETE PESOS CON TREINTA CENTAVOS ($3.217,30).

Artículo 24. ***Unidad de Pago por Capitación en ciudades para EPSI.*** Determínese una prima adicional a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas – EPSI, del 15% sobre el valor fijado en el artículo 22 de la presente resolución, a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá Distrito Capital, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, que corresponde a un valor anual de la UPCDI de UN MILLÓN CIENTO DIECIOCHO MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS PESOS ($1.118.196) y a un valor diario de TRES MIL CIENTO SEIS PESOS CON DIEZ CENTAVOS ($3.106,10).

La estructura de costo por grupo etario de la UPCDI para las EPSI es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,7654	3.092.259,60
1-4 años	0,8179	914.572,80
5-14 años	0,3267	365.313,60
15-18 años hombres	0,3847	430.171,20
15-18 años mujeres	0,6381	713.520,00
19-44 años hombres	0,6415	717.321,60
19-44 años mujeres	1,0154	1.135.414,80
45-49 años	1,0376	1.160.240,40
50-54 años	1,2973	1.450.634,40

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
55-59 años	1,5738	1.759.816,80
60-64 años	1,9465	2.176.567,20
65-69 años	2,4125	2.697.649,20
70-74 años	2,9424	3.290.180,40
75 años y mayores	3,6575	4.089.801,60

Al valor fijado en el inciso final del artículo 22 de la presente resolución, se establece una prima adicional del 15% para la EPSI03 en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá Distrito Capital, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, dando como resultado la suma anual de UN MILLÓN CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS CON CUARENTA CENTAVOS ($1.194.908,40), que corresponde a un valor diario de TRES MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS CON DIECINUEVE CENTAVOS ($3.319,19).

Artículo 25. ***Unidad de Pago por Capitación a reconocer en la vigencia 2022 con nuevas inclusiones.*** Fijase el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) a reconocer y pagar en el año 2022 por concepto de los servicios y tecnologías que se venían financiando, y aquellas que se incluyen en la Resolución 2292 de 2021, en la suma de NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SIETE PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($964.807,20) que corresponde a un valor diario de DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS CON DOS CENTAVOS ($2.680,02).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-S es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,7654	2.668.078,80
1-4 años	0,8179	789.116,40
5-14 años	0,3267	315.201,60
15-18 años hombres	0,3847	371.160,00
15-18 años mujeres	0,6381	615.643,20
19-44 años hombres	0,6415	618.922,80
19-44 años mujeres	1,0154	979.664,40
45-49 años	1,0376	1.001.084,40
50-54 años	1,2973	1.251.644,40
55-59 años	1,5738	1.518.415,20
60-64 años	1,9465	1.877.997,60
65-69 años	2,4125	2.327.598,00
70-74 años	2,9424	2.838.848,40
75 años y mayores	3,6575	3.528.781,20

Artículo 26. ***Unidad de pago por Capitación a reconocer en la vigencia 2022 para zonas especiales por dispersión geográfica con nuevas inclusiones.*** Reconózcase y páguese una prima adicional a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) prevista en el artículo 25 de este acto administrativo, por dispersión geográfica del 11,47% a los municipios y áreas no municipalizadas señalados en el Anexo 1 de la presente resolución, dando como resultado un valor de Unidad de Pago por Capitación UPC-S anual de UN MILLÓN SETENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y UN PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($1.075.471,20) que corresponderá a un valor diario de DOS MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS CON CUARENTA Y DOS CENTAVOS ($2.987,42).

La estructura de costo por grupo etario de la UPC-S es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,7654	2.974.107,60
1-4 años	0,8179	879.627,60
5-14 años	0,3267	351.356,40
15-18 años hombres	0,3847	413.733,60
15-18 años mujeres	0,6381	686.257,20
19-44 años hombres	0,6415	689.914,80
19-44 años mujeres	1,0154	1.092.034,80
45-49 años	1,0376	1.115.910,00
50-54 años	1,2973	1.395.208,80
55-59 años	1,5738	1.692.576,00
60-64 años	1,9465	2.093.403,60
65-69 años	2,4125	2.594.574,00
70-74 años	2,9424	3.164.464,80
75 años y mayores	3,6575	3.933.536,40

Artículo 27. ***Unidad de pago por Capitación a reconocer en la vigencia 2022 para ciudades con nuevas inclusiones.*** Reconózcase y páguese una prima adicional del 15% a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) prevista en el artículo 25 del presente acto administrativo, a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá Distrito Capital, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, que corresponde a un valor anual de la UPC-S de UN MILLÓN CIENTO NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($1.109.527,20) y a un valor diario de TRES MIL OCHENTA Y DOS PESOS CON DOS CENTAVOS ($3.082,02).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC-S de estas ciudades es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,7654	3.068.287,20
1-4 años	0,8179	907.480,80
5-14 años	0,3267	362.484,00
15-18 años hombres	0,3847	426.834,00
15-18 años mujeres	0,6381	707.990,40
19-44 años hombres	0,6415	711.763,20
19-44 años mujeres	1,0154	1.126.612,80
45-49 años	1,0376	1.151.244,00
50-54 años	1,2973	1.439.388,00
55-59 años	1,5738	1.746.172,80
60-64 años	1,9465	2.159.694,00
65-69 años	2,4125	2.676.733,20
70-74 años	2,9424	3.264.674,40
75 años y mayores	3,6575	4.058.096,40

Artículo 28. ***Unidad de Pago por Capitación a reconocer en la vigencia 2022 para zona alejada con nuevas inclusiones.*** Reconózcase y páguese el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) por concepto de los servicios y tecnologías que se venían financiando, y aquellas que se incluyen en la Resolución 2292 de 2021, al Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, en la suma anual de UN MILLÓN CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CIENTO CUARENTA PESOS ($1.489.140), que corresponde a un valor diario de CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS CON CINCUENTA CENTAVOS ($4.136,50).

La estructura de costo por grupo etario de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado UPC-S de la zona alejada del continente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,7654	4.118.068,80
1-4 Años	0,8179	1.217.966,40
5-14 Años	0,3267	486.500,40
15-18 Años Hombres	0,3847	572.871,60
15-18 Años Mujeres	0,6381	950.220,00
19-44 Años Hombres	0,6415	955.281,60
19-44 Años Mujeres	1,0154	1.512.072,00
45-49 Años	1,0376	1.545.130,80
50-54 Años	1,2973	1.931.860,80
55-59 Años	1,5738	2.343.607,20
60-64 Años	1,9465	2.898.612,00
65-69 Años	2,4125	3.592.551,60
70-74 Años	2,9424	4.381.646,40
75 años y Mayores	3,6575	5.446.530,00

Artículo 29. ***Unidad de Pago por Capitación para EPSI.*** Reconózcase y páguese un incremento del 4,81% al valor fijado para la Unidad de Pago por Capitación en el artículo 25 de la presente resolución, a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, dando como resultado la suma anual de UN MILLÓN ONCE MIL DOSCIENTOS CATORCE PESOS CON OCHENTA CENTAVOS ($1.011.214,80), que corresponde a un valor diario de DOS MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS CON NOVENTA Y TRES CENTAVOS ($2.808,93).

La estructura de costo por grupo etario de la UPCDI para las EPSI es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,7654	2.796.415,20
1-4 años	0,8179	827.071,20
5-14 años	0,3267	330.364,80
15-18 años hombres	0,3847	389.016,00
15-18 años mujeres	0,6381	645.256,80
19-44 años hombres	0,6415	648.694,80
19-44 años mujeres	1,0154	1.026.788,40
45-49 años	1,0376	1.049.238,00
50-54 años	1,2973	1.311.847,20
55-59 años	1,5738	1.591.448,40
60-64 años	1,9465	1.968.328,80
65-69 años	2,4125	2.439.554,40
70-74 años	2,9424	2.975.400,00
75 años y mayores	3,6575	3.698.517,60

Al valor fijado en el artículo 25 de la presente resolución, se establece una prima adicional del 12% para la EPSI03, dando como resultado la suma anual de UN MILLÓN OCHENTA MIL QUINIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($1.080.583,20), que corresponde a un valor diario de TRES MIL UN PESOS CON SESENTA Y DOS CENTAVOS ($3.001,62). El mantenimiento del piloto estará sujeto al reporte de información de suficiencia en las condiciones de oportunidad y calidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 30. ***Unidad de Pago por Capitación en zona especial por dispersión geográfica para EPSI con nuevas inclusiones.*** Reconózcase y páguese a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas - EPSI, una prima adicional para la zona especial por dispersión geográfica del 11,47% al valor fijado en el artículo 29 de la presente resolución, a los municipios y áreas no municipalizadas señalados en el Anexo 1 de la presente resolución, dando como resultado la suma anual de la UPCDI de UN MILLÓN CIENTO VEINTISIETE MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS CON SESENTA CENTAVOS ($1.127.199,60)

que corresponde a un valor diario de TRES MIL CIENTO TREINTA Y UN PESOS CON ONCE CENTAVOS ($3.131,11).

La estructura de costo por grupo etario de la UPCDI para las EPSI correspondiente es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,7654	3.117.157,20
1-4 años	0,8179	921.934,80
5-14 años	0,3267	368.254,80
15-18 años hombres	0,3847	433.634,40
15-18 años mujeres	0,6381	719.265,60
19-44 años hombres	0,6415	723.099,60
19-44 años mujeres	1,0154	1.144.558,80
45-49 años	1,0376	1.169.582,40
50-54 años	1,2973	1.462.316,40
55-59 años	1,5738	1.773.986,40
60-64 años	1,9465	2.194.095,60
65-69 años	2,4125	2.719.368,00
70-74 años	2,9424	3.316.672,80
75 años y mayores	3,6575	4.122.730,80

Al valor fijado en el inciso final del artículo 29 de la presente resolución, se establece una prima adicional del 11,47% para la EPSI03, dando como resultado la suma anual de UN MILLÓN DOSCIENTOS CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS CON SESENTA CENTAVOS ($1.204.527,60) que corresponde a un valor diario de TRES MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS CON NOVENTA Y UN CENTAVOS ($3.345,91).

Artículo 31. ***Unidad de Pago por Capitación en ciudades para EPSI con nuevas inclusiones.*** Reconózcase y páguese a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas – EPSI, una prima adicional del 15% al valor fijado en el artículo 29 de la presente resolución, por las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá Distrito Capital, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, que corresponde a un valor anual de la UPCDI de UN MILLÓN CIENTO SESENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS CON VEINTE CENTAVOS ($1.162.897,20) que corresponde a un valor diario de TRES MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS CON VEINTISIETE CENTAVOS ($3.230,27).

La estructura de costo por grupo etario de la UPCDI para las EPSI es la siguiente:

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO
Menores de un año	2,7654	3.215.876,40
1-4 años	0,8179	951.134,40
5-14 años	0,3267	379.918,80
15-18 años hombres	0,3847	447.364,80
15-18 años mujeres	0,6381	742.046,40
19-44 años hombres	0,6415	745.999,20
19-44 años mujeres	1,0154	1.180.807,20
45-49 años	1,0376	1.206.622,80
50-54 años	1,2973	1.508.626,80
55-59 años	1,5738	1.830.168,00
60-64 años	1,9465	2.263.579,20
65-69 años	2,4125	2.805.490,80
70-74 años	2,9424	3.421.710,00
75 años y mayores	3,6575	4.253.295,60

Al valor fijado en el inciso final del artículo 29 de la presente resolución, se establece una prima adicional del 15% para la EPSI03, en las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Bello, Bogotá Distrito Capital, Bucaramanga, Buenaventura Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico, Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Guadalajara de Buga, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta Distrito Turístico, Cultural e Histórico, Santiago de Cali, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio, dando como resultado la suma anual de UN MILLÓN DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS CON SESENTA CENTAVOS ($1.242.669,60), que corresponde a un valor diario de TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS CON OCHENTA Y SEIS CENTAVOS ($3.451,86).

Capítulo III
Reporte de información

Artículo 32. ***Obligados a reportar información.*** Las secretarias de salud o las entidades que hagan sus veces, las Entidades Promotoras de Salud -EPS, los prestadores de servicios de salud, las Cajas de Compensación Familiar- CCF, las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL y los demás actores y agentes del Sistema, deberán proveer la información solicitada por parte de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, con calidad, oportunidad, de forma confiable y en la estructura que se establezca, atendiendo el nivel de detalle que se requiera, en los instructivos, formatos y conforme con la metodología prevista para el efecto.

Artículo 33. ***Forma de reportar información.*** La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, requerirá la información que permita recolectar, procesar, estimar, monitorear y evaluar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, en los instructivos y formatos que deberán contener como mínimo tiempos de reporte y retroalimentación, sin perjuicio de que pueda solicitar información adicional tanto histórica como de la vigencia.

La información sobre los servicios y tecnologías de salud prestados a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, suministrados por los diferentes actores y agentes, deberá estar codificada según las disposiciones que establezca la normativa vigente y aplicable al momento del reporte, así:

- En caso de medicamentos, se atenderá a lo dispuesto en la Resolución 255 de 2007, la Resolución 3166 de 2015 y demás normas que las modifiquen o sustituyan.

- En caso de servicios y procedimientos, se atenderá a lo dispuesto en la norma vigente para el momento de entrega de la información.

Parágrafo. Los cálculos del estudio de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación – UPC y mecanismos de ajuste de riesgo se realizarán con las bases de información que se encuentren disponibles.

Artículo 34. ***Solicitud y fechas de reporte anual.*** Las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado reportarán la información que requiera la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, para adelantar estudios, en los siguientes términos:

Estudio	Mes de solicitud de información	Mes de reporte de información	Periodicidad del reporte
Solicitud de información a entidades promotoras de salud, para el estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de	Diciembre de 2021	1 al 15 de mayo de 2022	Anual

riesgo para el cálculo de la UPC recursos para garantizar la financiación de servicios y tecnologías de salud año 2022			
Solicitud de información a Entidades Promotoras de Salud, para el reconocimiento y el pago de incapacidades de origen común por enfermedad general a los afiliados del régimen contributivo	Diciembre de 2021	15 al 30 de junio de 2022	Anual

Artículo 35. ***Solicitud y fechas de reporte periódico.*** El reporte de información corresponderá a los servicios y tecnologías en salud prestados durante el período del **1 de enero al 31 de diciembre 2022**. El reporte se debe realizar de forma trimestral y acumulativa, incluyendo las autorizaciones que se hayan generado y que al corte no se hayan facturado, así:

Periodo de la información reportada		**Periodo de recepción del archivo**	
Fecha inicial	Fecha final y fecha de corte	Fecha inicial	Fecha final
2022-01-01	2022-03-31	Abril 22 de 2022	Abril 29 de 2022
2022-01-01	2022-06-30	Julio 22 de 2022	Julio 29 de 2022
2022-01-01	2022-09-30	Octubre 21 de 2022	Octubre 28 de 2022
2022-01-01	2022-12-31	Enero 25 de 2023	Enero 31 de 2023

Una vez recibida la información, se realizarán los procesos de calidad y se retroalimentará a los actores y agentes del SGSSS, sin perjuicio de solicitar en cualquier oportunidad información complementaria para la elaboración de estudios y reportes.

Parágrafo. La solicitud de información de los servicios y tecnologías de salud de la vigencia año 2022, y de información de las incapacidades de origen común por enfermedad general, incluidas las derivadas del diagnóstico confirmado por coronavirus covid19, deberá ser reportada por las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado en las fechas requeridas.

Artículo 36. ***Fuente de información adicional.*** El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud-RIPS ajustado según la implementación de la facturación electrónica y articulado con los lineamientos asociados a la interoperabilidad de los sistemas de información en los términos que el esquema de transición disponga, constituirá una de las fuentes de información para los cálculos del estudio de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación- UPC en las futuras vigencias.

Parágrafo. En la medida que se verifique la calidad de la información suministrada por los diferentes actores y agentes, este Ministerio podrá suprimir reportes de información o simplificar su contenido.

Capítulo IV
Disposiciones finales

Artículo 37. ***Observancia de las notas técnicas.*** Las EPS e IPS observaran las notas técnicas resultantes de los análisis del perfil epidemiológico de su población, sus necesidades en salud y las frecuencias de uso, para la contratación con su red de prestadores de servicios de salud, en procura de la eficiencia de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación, con los que se financian los beneficios en salud a que tienen derecho sus afiliados.

Artículo 38. ***Seguimiento a la implementación de la ruta de atención integral.*** La gestión de la información de que trata el Anexo 2 de la presente resolución, serán monitoreadas por la Dirección de Promoción y Prevención.

Artículo 39. ***Solicitud de información para el diseño de ajustadores por condiciones en salud.*** Este Ministerio a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas

del Aseguramiento en Salud evaluará la implementación de la UPC por condiciones en salud centrado en el diagnóstico oportuno, control y no progresión de la enfermedad durante el primer semestre de la vigencia 2022. Para este efecto, se solicitará de manera periódica la información correspondiente, siendo el primer reporte el 13 de abril con corte al 31 de marzo del año 2022, bajo las condiciones que este Ministerio defina.

Parágrafo. Una vez sea aplicable el ajustador de la UPC por condiciones en salud, entrará en operación un mecanismo de incentivos al desempeño encaminado a la prevención de riesgos, control de la enfermedad y mejoramiento de sus desenlaces, así como la calidad en el reporte de la información, el cual se definirá de manera ex post.

Artículo 40. ***Progresividad.*** La progresividad en la implementación y el porcentaje mínimo a cumplirse durante el año 2022, de las intervenciones de las que trata el artículo 4 de la Resolución 3280 de 2018, modificado por el artículo 1 de la Resolución 0276 de 2019, se encuentran contemplados en el ajuste del valor de la UPC tanto para el Régimen Contributivo como Subsidiado. El porcentaje y las metas de la vigencia 2021 se mantendrán durante el primer semestre del año 2022, a partir del cual podrán ser modificados de acuerdo a la información reportada por las EPS.

Artículo 41. ***Vigencia.*** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y surte efectos a partir del 1 de enero de 2022.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los 28 DIC 2021

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó:
Viceministra de Protección Social
Directora de Regulación, Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud
Director de Promoción y Prevención
Director de Financiamiento Sectorial
Directora Jurídica

ANEXO 1

Listado de municipios y áreas no municipalizadas por departamentos, a los que se les reconocerá prima adicional por zona especial de dispersión geográfica.

NÚMERO	CÓDIGO DANE	NOMBRE DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
1	05004	Antioquia	Abriaquí
2	05040	Antioquia	Anorí
3	05045	Antioquia	Apartadó
4	05051	Antioquia	Arboletes
5	05107	Antioquia	Briceño
6	05125	Antioquia	Caicedo
7	05147	Antioquia	Carepa
8	05172	Antioquia	Chigorodó
9	05234	Antioquia	Dabeiba
10	05250	Antioquia	El Bagre
11	05361	Antioquia	Ituango
12	05475	Antioquia	Murindó
13	05480	Antioquia	Mutatá
14	05490	Antioquia	Necoclí
15	05495	Antioquia	Nechí
16	05543	Antioquia	Peque
17	05591	Antioquia	Puerto Triunfo
18	05604	Antioquia	Remedios
19	05659	Antioquia	San Juan de Urabá
20	05665	Antioquia	San Pedro de Urabá
21	05790	Antioquia	Tarazá
22	05819	Antioquia	Toledo
23	05837	Antioquia	Turbo
24	05854	Antioquia	Valdivia
25	05873	Antioquia	Vigía del Fuerte
26	13006	Bolívar	Achí
27	13042	Bolívar	Arenal
28	13074	Bolívar	Barranco de Loba
29	13160	Bolívar	Cantagallo
30	13212	Bolívar	Córdoba
31	13300	Bolívar	Hatillo de Loba
32	13440	Bolívar	Margarita
33	13458	Bolívar	Montecristo
34	13473	Bolívar	Morales
35	13490	Bolívar	Norosí (1)
36	13549	Bolívar	Pinillos
37	13580	Bolívar	Regidor
38	13600	Bolívar	Río Viejo (1)(3)
39	13650	Bolívar	San Fernando
40	13655	Bolívar	San Jacinto del Cauca
41	13667	Bolívar	San Martín de Loba
42	13810	Bolívar	Tiquisio
43	15047	Boyacá	Aquitania
44	15097	Boyacá	Boavita

NÚMERO	CÓDIGO DANE	NOMBRE DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
45	15135	Boyacá	Campohermoso
46	15180	Boyacá	Chiscas
47	15183	Boyacá	Chita
48	15212	Boyacá	Coper
49	15218	Boyacá	Covarachía
50	15223	Boyacá	Cubará
51	15236	Boyacá	Chivor
52	15248	Boyacá	El Espino
53	15317	Boyacá	Guacamayas
54	15332	Boyacá	Güicán
55	15377	Boyacá	Labranzagrande
56	15403	Boyacá	La Uvita
57	15425	Boyacá	Macanal
58	15507	Boyacá	Otanche
59	15514	Boyacá	Páez
60	15522	Boyacá	Panqueba
61	15533	Boyacá	Paya
62	15550	Boyacá	Pisba
63	15580	Boyacá	Quípama
64	15660	Boyacá	San Eduardo
65	15667	Boyacá	San Luis de Gaceno
66	15673	Boyacá	San Mateo
67	15681	Boyacá	San Pablo de Borbur
68	15690	Boyacá	Santa María
69	15810	Boyacá	Tipacoque
70	15822	Boyacá	Tota
71	18029	Caquetá	Albania
72	18094	Caquetá	Belén de Los Andaquies
73	18150	Caquetá	Cartagena del Chairá
74	18205	Caquetá	Curillo
75	18247	Caquetá	El Doncello
76	18256	Caquetá	El Paujil
77	18410	Caquetá	La Montañita
78	18460	Caquetá	Milán
79	18479	Caquetá	Morelia
80	18592	Caquetá	Puerto Rico
81	18610	Caquetá	San José del Fragua
82	18753	Caquetá	San Vicente del Caguán
83	18756	Caquetá	Solano
84	18785	Caquetá	Solita
85	18860	Caquetá	Valparaíso
86	19050	Cauca	Argelia
87	19290	Cauca	Florencia
88	19318	Cauca	Guapi
89	19418	Cauca	López
90	19533	Cauca	Piamonte
91	19693	Cauca	San Sebastián
92	19701	Cauca	Santa Rosa

NÚMERO	CÓDIGO DANE	NOMBRE DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
93	19785	Cauca	Sucre
94	19809	Cauca	Timbiquí
95	20310	Cesar	González
96	20787	Cesar	Tamalameque
97	23068	Córdoba	Ayapel
98	23580	Córdoba	Puerto Libertador
99	25086	Cundinamarca	Beltrán
100	25148	Cundinamarca	Caparrapí
101	25168	Cundinamarca	Chaguaní
102	25293	Cundinamarca	Gachala
103	25324	Cundinamarca	Guataquí
104	25368	Cundinamarca	Jerusalén
105	25372	Cundinamarca	Junín
106	25438	Cundinamarca	Medina
107	25530	Cundinamarca	Paratebueno
108	25580	Cundinamarca	Pulí
109	25662	Cundinamarca	San Juan de Rio Seco
110	25839	Cundinamarca	Ubalá
111	25885	Cundinamarca	Yacopí
112	27001	Chocó	Quibdó
113	27006	Chocó	Acandí
114	27025	Chocó	Alto Baudo
115	27050	Chocó	Atrato
116	27073	Chocó	Bagadó
117	27075	Chocó	Bahía Solano
118	27077	Chocó	Bajo Baudó
119	27099	Chocó	Bojaya
120	27135	Chocó	El Cantón del San Pablo
121	27150	Chocó	Carmen del Darien
122	27160	Chocó	Cértegui
123	27205	Chocó	Condoto
124	27245	Chocó	El Carmen de Atrato
125	27250	Chocó	El Litoral del San Juan
126	27361	Chocó	Istmina
127	27372	Chocó	Juradó
128	27413	Chocó	Lloró
129	27425	Chocó	Medio Atrato
130	27430	Chocó	Medio Baudó
131	27450	Chocó	Medio San Juan
132	27491	Chocó	Nóvita
133	27495	Chocó	Nuquí
134	27580	Chocó	Río Iro
135	27600	Chocó	Río Quito
136	27615	Chocó	Riosucio(2)
137	27660	Chocó	San José del Palmar
138	27745	Chocó	Sipí
139	27787	Chocó	Tadó
140	27800	Chocó	Unguía

NÚMERO	CÓDIGO DANE	NOMBRE DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
141	27810	Chocó	Unión Panamericana
142	41244	Huila	Elías
143	41359	Huila	Isnos
144	41483	Huila	Nátaga
145	41503	Huila	Oporapa
146	41530	Huila	Palestina
147	41660	Huila	Saladoblanco
148	41668	Huila	San Agustín
149	41807	Huila	Timaná
150	44035	La Guajira	Albania
151	44078	La Guajira	Barrancas
152	44090	La Guajira	Dibulla
153	44098	La Guajira	Distracción
154	44110	La Guajira	El Molino
155	44279	La Guajira	Fonseca
156	44378	La Guajira	Hatonuevo
157	44420	La Guajira	La Jagua del Pilar
158	44430	La Guajira	Maicao
159	44560	La Guajira	Manaure
160	44650	La Guajira	San Juan del Cesar
161	44847	La Guajira	Uribia
162	44855	La Guajira	Urumita
163	44874	La Guajira	Villanueva
164	47258	Magdalena	El Piñon
165	47541	Magdalena	Pedraza
166	47545	Magdalena	Pijiño del Carmen
167	47660	Magdalena	Sabanas de San Angel
168	47692	Magdalena	San Sebastián de Buenavista
169	47703	Magdalena	San Zenón
170	47960	Magdalena	Zapayán
171	50006	Meta	Acacías
172	50110	Meta	Barranca de Upía
173	50124	Meta	Cabuyaro
174	50150	Meta	Castilla la Nueva
175	50223	Meta	Cubarral
176	50226	Meta	Cumaral
177	50245	Meta	El Calvario
178	50251	Meta	El Castillo
179	50270	Meta	El Dorado
180	50287	Meta	Fuente de Oro
181	50313	Meta	Granada
182	50318	Meta	Guamal
183	50325	Meta	Mapiripán
184	50330	Meta	Mesetas
185	50350	Meta	La Macarena
186	50370	Meta	Uribe
187	50400	Meta	Lejanías

NÚMERO	CÓDIGO DANE	NOMBRE DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
188	50450	Meta	Puerto Concordia
189	50568	Meta	Puerto Gaitán
190	50573	Meta	Puerto López
191	50577	Meta	Puerto Lleras
192	50590	Meta	Puerto Rico
193	50606	Meta	Restrepo
194	50680	Meta	San Carlos de Guaroa
195	50683	Meta	San Juan de Arama
196	50686	Meta	San Juanito
197	50689	Meta	San Martín
198	50711	Meta	Vistahermosa
199	52079	Nariño	Barbacoas
200	52227	Nariño	Cumbal
201	52233	Nariño	Cumbitara
202	52250	Nariño	El Charco
203	52256	Nariño	El Rosario
204	52385	Nariño	La Llanada
205	52390	Nariño	La Tola
206	52405	Nariño	Leiva
207	52427	Nariño	Magüi
208	52473	Nariño	Mosquera
209	52490	Nariño	Olaya Herrera
210	52520	Nariño	Francisco Pizarro
211	52540	Nariño	Policarpa
212	52621	Nariño	Roberto Payán
213	52678	Nariño	Samaniego
214	52696	Nariño	Santa Bárbara
215	52699	Nariño	Santacruz
216	54128	Norte Santander	Cachirá
217	54174	Norte Santander	Chitagá
218	54206	Norte Santander	Convención
219	54245	Norte Santander	El Carmen
220	54344	Norte Santander	Hacarí
221	54385	Norte Santander	La Esperanza
222	54398	Norte Santander	La Playa
223	54670	Norte Santander	San Calixto
224	54800	Norte Santander	Teorama
225	54820	Norte Santander	Toledo
226	54871	Norte Santander	Villa Caro
227	66456	Risaralda	Mistrató
228	66572	Risaralda	Pueblo Rico
229	68013	Santander	Aguada
230	68020	Santander	Albania
231	68101	Santander	Bolívar
232	68152	Santander	Carcasí
233	68179	Santander	Chipatá
234	68245	Santander	El Guacamayo
235	68250	Santander	El Peñón

NÚMERO	CÓDIGO DANE	NOMBRE DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
236	68264	Santander	Encino
237	68266	Santander	Enciso
238	68271	Santander	Florián
239	68298	Santander	Gambita
240	68320	Santander	Guadalupe
241	68324	Santander	Guavatá
242	68368	Santander	Jesús Maria
243	68377	Santander	La Belleza
244	68385	Santander	Landázuri
245	68397	Santander	La Paz
246	68425	Santander	Macaravita
247	68502	Santander	Onzaga
248	68673	Santander	San Benito
249	68686	Santander	San Miguel
250	68720	Santander	Santa Helena del Opón
251	68770	Santander	Suaita
252	68773	Santander	Sucre
253	70110	Sucre	Buenavista
254	70124	Sucre	Caimito
255	70204	Sucre	Coloso
256	70215	Sucre	Corozal
257	70221	Sucre	Coveñas
258	70230	Sucre	Chalán
259	70233	Sucre	El Roble
260	70235	Sucre	Galeras
261	70265	Sucre	Guaranda
262	70400	Sucre	La Unión
263	70418	Sucre	Los Palmitos
264	70429	Sucre	Majagual
265	70473	Sucre	Morroa
266	70508	Sucre	Ovejas
267	70523	Sucre	Palmito
268	70670	Sucre	Sampués
269	70678	Sucre	San Benito Abad
270	70702	Sucre	San Juan de Betulia
271	70708	Sucre	San Marcos
272	70713	Sucre	San Onofre
273	70717	Sucre	San Pedro
274	70742	Sucre	San Luis de Sincé
275	70771	Sucre	Sucre
276	70820	Sucre	Santiago de Tolú
277	70823	Sucre	Tolú Viejo
278	73024	Tolima	Alpujarra
279	73067	Tolima	Ataco
280	73152	Tolima	Casabianca
281	73236	Tolima	Dolores
282	73347	Tolima	Herveo
283	73483	Tolima	Natagaima

NÚMERO	CÓDIGO DANE	NOMBRE DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
284	73555	Tolima	Planadas
285	73616	Tolima	Rioblanco
286	73873	Tolima	Villarrica
287	76243	Valle del Cauca	El Águila
288	76246	Valle del Cauca	El Cairo
289	76250	Valle del Cauca	El Dovio
290	76616	Valle del Cauca	Riofrío
291	76828	Valle del Cauca	Trujillo
292	76863	Valle del Cauca	Versalles
293	81065	Arauca	Arauquita
294	81220	Arauca	Cravo Norte
295	81300	Arauca	Fortul
296	81591	Arauca	Puerto Rondón
297	81736	Arauca	Saravena
298	81794	Arauca	Tame
299	85010	Casanare	Aguazul
300	85015	Casanare	Chameza
301	85125	Casanare	Hato Corozal
302	85136	Casanare	La Salina
303	85139	Casanare	Maní
304	85162	Casanare	Monterrey
305	85225	Casanare	Nunchía
306	85230	Casanare	Orocué
307	85250	Casanare	Paz de Ariporo
308	85263	Casanare	Pore
309	85279	Casanare	Recetor
310	85300	Casanare	Sabanalarga
311	85315	Casanare	Sácama
312	85325	Casanare	San Luis de Palenque
313	85400	Casanare	Támara
314	85410	Casanare	Tauramena
315	85430	Casanare	Trinidad
316	85440	Casanare	Villanueva
317	86001	Putumayo	Mocoa
318	86219	Putumayo	Colón
319	86320	Putumayo	Orito
320	86568	Putumayo	Puerto Asís
321	86569	Putumayo	Puerto Caicedo
322	86571	Putumayo	Puerto Guzmán
323	86573	Putumayo	Leguízamo
324	86749	Putumayo	Sibundoy
325	86755	Putumayo	San Francisco
326	86757	Putumayo	San Miguel
327	86760	Putumayo	Santiago
328	86865	Putumayo	Valle del Guamuez
329	86885	Putumayo	Villagarzón
330	91001	Amazonas	Leticia
331	91263	Amazonas	El Encanto (CD)

NÚMERO	CÓDIGO DANE	NOMBRE DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
332	91405	Amazonas	La Chorrera (CD)
333	91407	Amazonas	La Pedrera (CD)
334	91430	Amazonas	La Victoria (CD)
335	91460	Amazonas	Miriti - Paraná (CD)
336	91530	Amazonas	Puerto Alegría (CD)
337	91536	Amazonas	Puerto Arica (CD)
338	91540	Amazonas	Puerto Nariño
339	91669	Amazonas	Puerto Santander (CD)
340	91798	Amazonas	Tarapacá (CD)
341	94001	Guainía	Inírida
342	94343	Guainía	Barranco Minas (CD)
343	94663	Guainía	Mapiripana (CD)
344	94883	Guainía	San Felipe (CD)
345	94884	Guainía	Puerto Colombia (CD)
346	94885	Guainía	La Guadalupe (CD)
347	94886	Guainía	Cacahual (CD)
348	94887	Guainía	Pana Pana (CD)
349	94888	Guainía	Morichal (CD)
350	95001	Guaviare	San José del Guaviare
351	95015	Guaviare	Calamar
352	95025	Guaviare	El Retorno
353	95200	Guaviare	Miraflores
354	97001	Vaupés	Mitú
355	97161	Vaupés	Carurú
356	97511	Vaupés	Pacoa (CD)
357	97666	Vaupés	Taraira
358	97777	Vaupés	Papunaua (CD)
359	97889	Vaupés	Yavaraté (CD)
360	99001	Vichada	Puerto Carreño
361	99524	Vichada	La Primavera
362	99624	Vichada	Santa Rosalía
363	99773	Vichada	Cumaribo

ANEXO 2
Seguimiento a la implementación de la ruta de atención integral

Intervención	% cobertura Línea de base año 0	% cobertura proyección 2022
Atención en salud por medicina general o familiar a población entre 24 y 44 años (Juventud)	22%	31%
Atención en salud por medicina general o familiar a población entre 24 y 44 años (Adultez)	22%	31%
Atención en salud bucal (consulta por profesional de odontología) en todos los momentos del curso de la vida. PRIMERA INFANCIA	32%	34%
Atención en salud bucal (consulta por profesional de odontología) en todos los momentos del curso de la vida. INFANCIA	37%	39%
Atención en salud bucal (consulta por profesional de odontología) en todos los momentos del curso de la vida. ADOLESCENCIA	28%	30%
Atención en salud bucal (consulta por profesional de odontología) en todos los momentos del curso de la vida. JUVENTUD	44%	45%
Atención en salud bucal (consulta por profesional de odontología) en todos los momentos del curso de la vida. ADULTEZ	35%	36%
Atención en salud bucal (consulta por profesional de odontología) en todos los momentos del curso de la vida. VEJEZ	26%	28%
Fortificación casera con micronutrientes en polvo	15,0%	37,1%
Tamizaje con ADN VPH	1,5%	4,8%
Tamizaje para cáncer de colon	0,60%	1,8%
Atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna	0,22%	7,37%
Educación grupal en los diferentes momentos del curso de la vida. PRIMERA INFANCIA	4%	22%
Educación grupal en los diferentes momentos del curso de la vida. INFANCIA	4%	12%
Educación grupal en los diferentes momentos del curso de la vida. ADOLESCENCIA	3%	12%
Educación grupal en los diferentes momentos del curso de la vida. JUVENTUD	4%	6%
Educación grupal en los diferentes momentos del curso de la vida. ADULTEZ	4%	7%
Educación grupal en los diferentes momentos del curso de la vida. VEJEZ	7%	13%
Atención preconcepcional	6,31%	25,94%
Atención para la promoción de la alimentación y nutrición en el embarazo	12,52%	19,43%
Tamizaje auditivo del recién nacido sin riesgo de hipoacusia	1,17%	8,33%

APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD

Centro Comercio y Servicios

GC-F-004v.05

El empleo es de todos

Mintrabajo

Decreto 4747 del 2007



SENA

GC-F-004v.06



Decreto 4747 del 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo y se dictan otras disposiciones.



Decreto 4747 del 2007

ACUERDO DE VOLUNTADES

Objeto y Aplicación

Tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

OBJETO

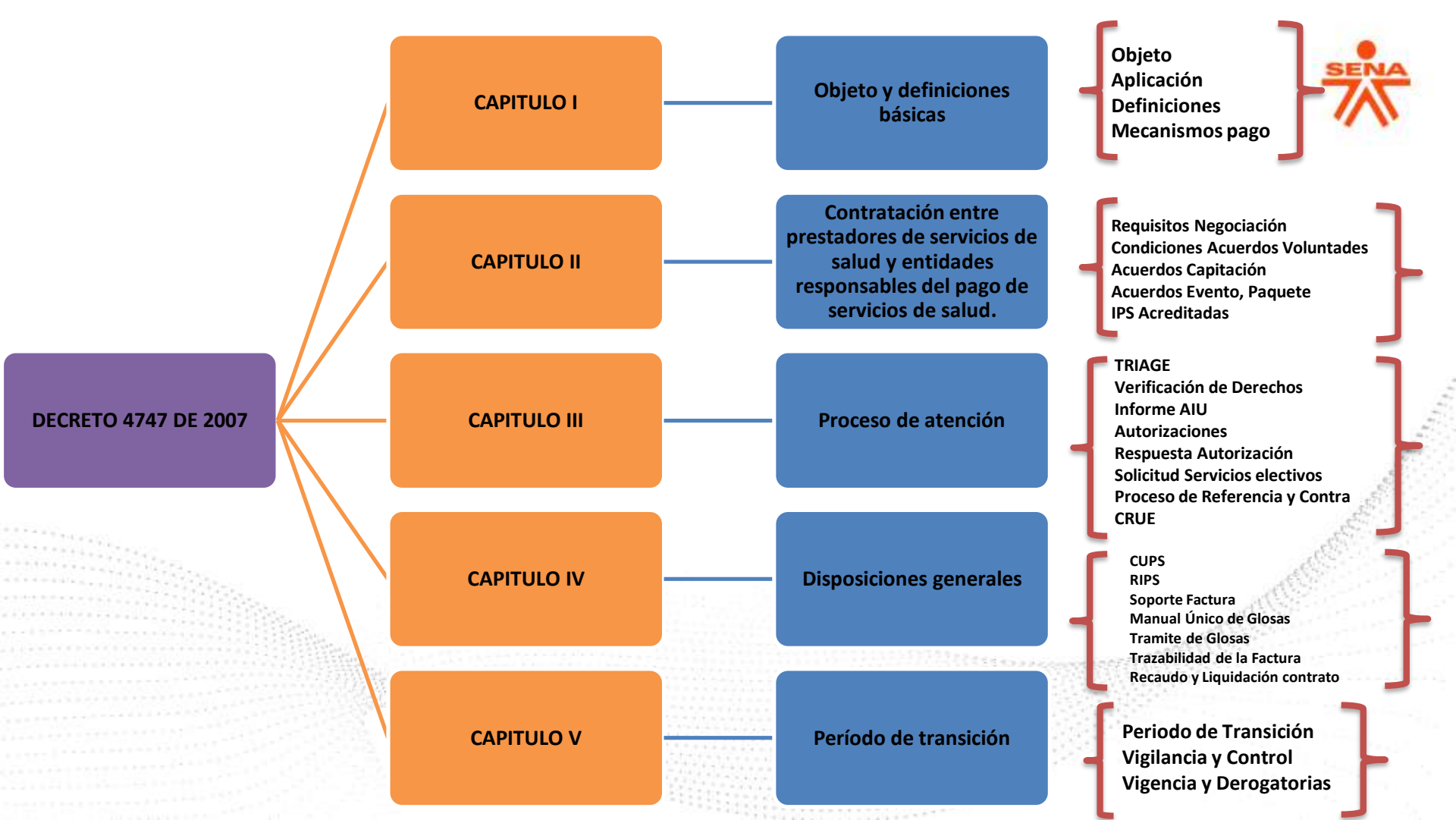
APLICAR

Aplica a los prestadores de servicios de salud ya toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud, deberán cumplir con los términos aquí establecidos.



Decreto 4747 del 2007

CUADRO SINOPTICO


DECRETO 4747 DE 2007
CAPITULO I
Objeto y definiciones básicas
Objeto
Aplicación
Definiciones
Mecanismos pago
CAPITULO II
Contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud.
Requisitos Negociación
Condiciones Acuerdos Voluntades
Acuerdos Capitación
Acuerdos Evento, Paquete
IPS Acreditadas
CAPITULO III
Proceso de atención
TRIAGE
Verificación de Derechos
Informe AIU
Autorizaciones
Respuesta Autorización
Solicitud Servicios electivos
Proceso de Referencia y Contra
CRUE
CAPITULO IV
Disposiciones generales
CUPS
RIPS
Soporte Factura
Manual Único de Glosas
Tramite de Glosas
Trazabilidad de la Factura
Recaudo y Liquidación contrato
CAPITULO V
Período de transición
Periodo de Transición
Vigilancia y Control
Vigencia y Derogatorias

Objeto y Definiciones





CAPITULO I

- **Objeto**
- **Campo de aplicación.**
- **Definiciones**
- **Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud**

Definiciones



Prestadores de servicios de salud



Entidades responsables del pago de servicios de salud



Red de prestación de servicios

Definiciones



Modelo de atención.



Referencia y contrarreferencia.



Acuerdo de voluntades.

Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud

Pago por capitación

- Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido.

Pago por evento

- Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud.

Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico

- Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico.

Contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud

CAPITULO II

Contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud

- Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Son requisitos mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios
- Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios.
- Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por capitación.
- Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
- Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas en salud.



Contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud

Contratación IPS - ERP

- Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios.
- Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios.
- Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por capitación
- Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.
- IPS Acreditadas en salud.



Contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud

Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Son requisitos mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:



Por parte de los prestadores de servicios de salud



Habilitación de los servicios por prestar.



Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.



Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.



Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del SOGC Atención en Salud.

Contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud

B



Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Son requisitos mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo

- Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
- Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.
- Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago. (ERP)
- Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
- Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información par la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red.

Contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud

Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Son requisitos mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

Parágrafo 1. En el diseño y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativo de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de éstos sea más favorable recibirlo en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud

Parágrafo 2. Las entidad es responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera permanente en la página Web de la entidad dicho listado actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias.

En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.

Contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud

Parágrafo 3. De los requisitos mínimos establecidos en el presente artículo, tanto los prestadores de servicios de salud como las entidades responsables del pago de los servicios de salud, deberán conservar la evidencia correspondiente.

Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios

Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:

- **Término de duración.**
- **Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.**
- **Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.**
- **Servicios contratados.**
- **Mecanismos y forma pago.**
- **Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.**

Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios

Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:

- **Proceso y operación del sistema de referencia y contra referencia.**
- **Periodicidad en la entrega de información de prestaciones de servicios de salud -RIPS.**
- **Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad y la revisoría de cuentas.**
- **Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.**
- **Mecanismos para la solución de conflictos.**
- **Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.**

Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios

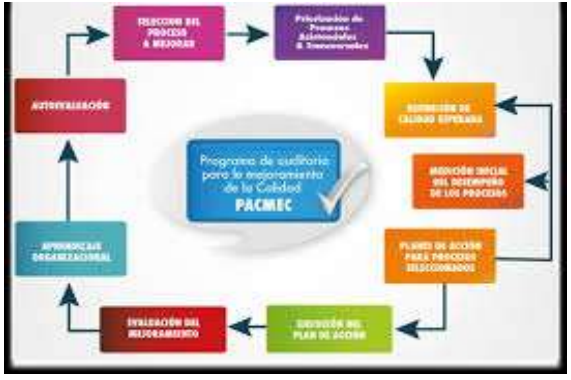
Parágrafo 1. Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del parágrafo 1 del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las entidades responsables del pago de servicios de salud, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades.

En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible.

Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios

Parágrafo 2. Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.



Parágrafo 3. La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, de cada uno de los actores, definido en el Decreto 1011 de 2006 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por capitación.

Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con prestado res de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo, mediante el mecanismo de pago por capitación, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo 6 del presente decreto, las siguientes:



Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por capitación.

Base de datos con la identificación de los usuarios cubiertos con el acuerdo de voluntades.

Perfil epidemiológico de la población objeto del acuerdo de voluntades.

Monto que debe ser pagado por el responsable del pago por cada persona con derecho a ser atendida, en un período determinado, en el marco de los servicios convenidos o pactados con el prestador de servicios.

Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, de acuerdo con la codificación que establezca el Ministerio de la Protección Social.

Metas de cobertura, resolutividad y oportunidad en la atención, que tengan en cuenta la normatividad vigente.

Condiciones de ajuste en el precio asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.

Condiciones para el reemplazo de personas cubiertas por el acuerdo de voluntades, asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.



Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por capitación.

Parágrafo 1. Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, la entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención.

Parágrafo 2. Este mecanismo de pago no genera en ningún caso la transferencia de las obligaciones propias del aseguramiento a cargo exclusivo de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud.



Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.



Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con los prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo bajo el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo 6 del presente decreto, los siguientes aspectos:

Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico.

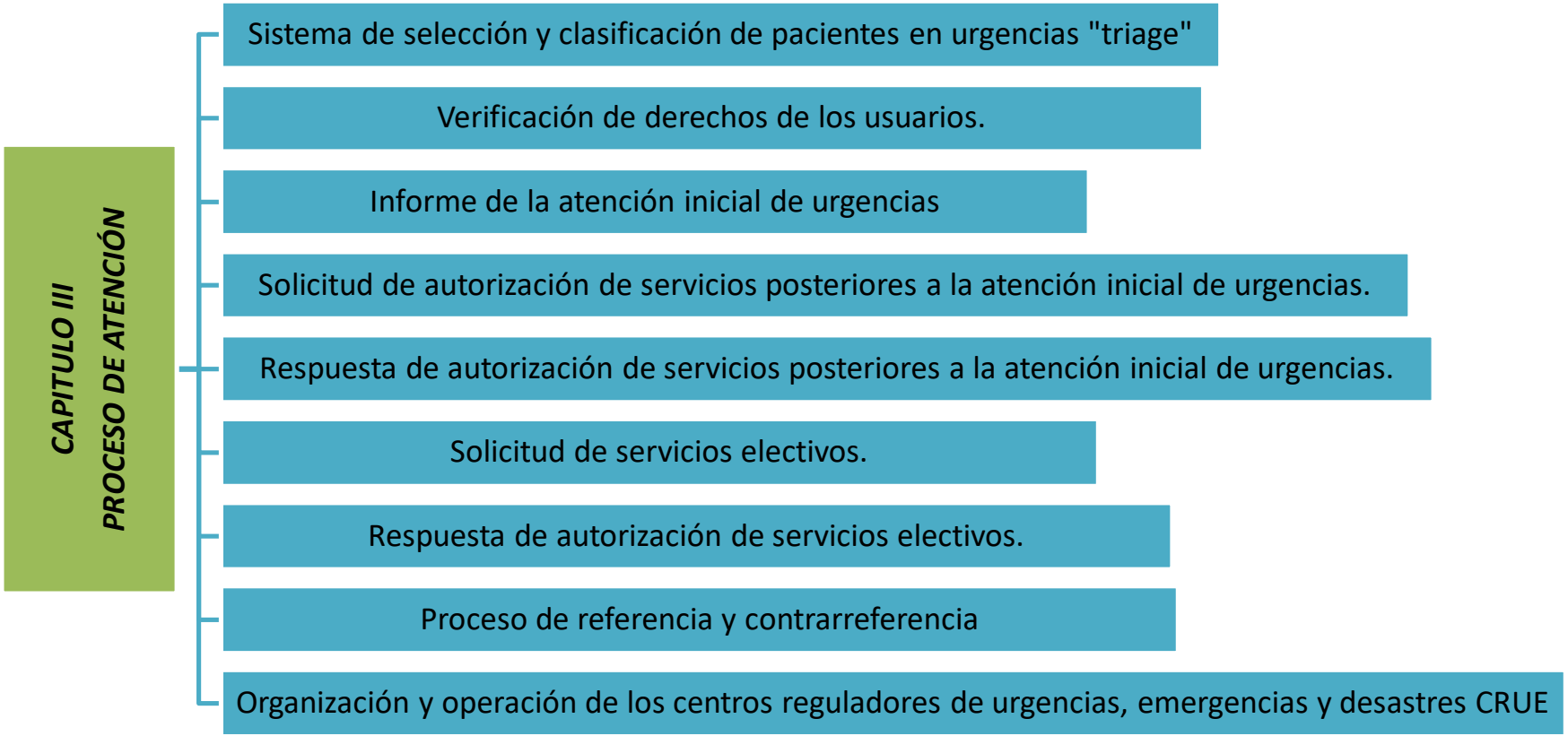
Actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos	Tarifas que deben ser aplicadas
Deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud, o listado y descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico.	A las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, o los conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico. La identificación y denominación de los procedimientos en salud deberá tener en cuenta lo establecido en el artículo 19 del presente decreto.

Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas en salud.

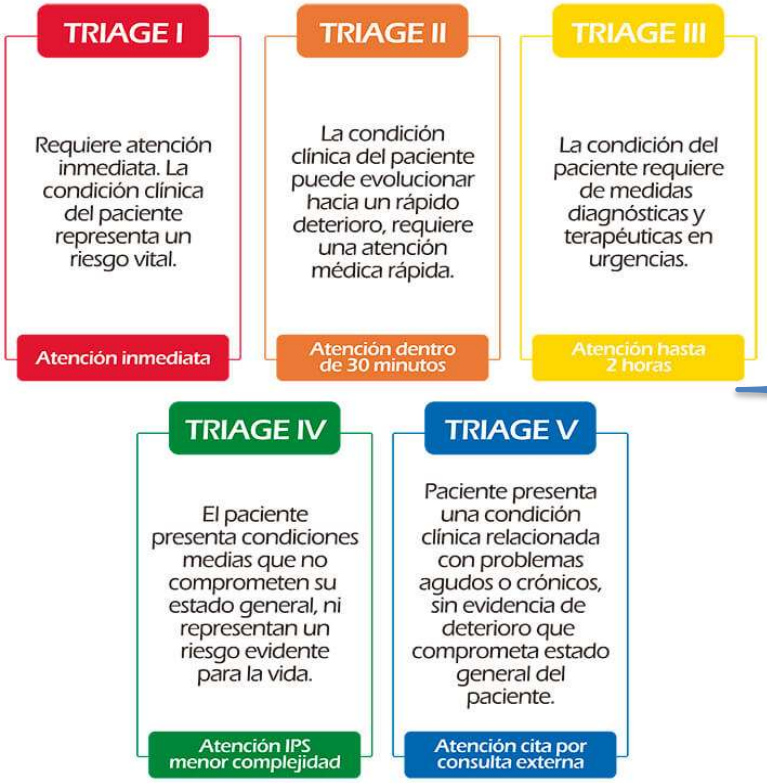


Las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado que tengan afiliados en el área de influencia de una institución prestadora de servicios de salud acreditada en salud, privilegiarán su inclusión en la red de prestación de servicios para lo cual suscribirán los acuerdos de voluntades correspondientes, siempre y cuando la institución acreditada lo acepte.

PROCESO DE ATENCIÓN



PROCESO DE ATENCIÓN



Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage". El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios.

TRIAGE I

Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital.

Atención inmediata

TRIAGE II

La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro, requiere una atención médica rápida.

Atención dentro de 30 minutos

TRIAGE III

La condición del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias.

Atención hasta 2 horas

TRIAGE IV

El paciente presenta condiciones medias que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida.

Atención IPS menor complejidad

TRIAGE V

Paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos, sin evidencia de deterioro que comprometa estado general del paciente.

Atención cita por consulta externa

PROCESO DE ATENCIÓN

Verificación de derechos de los usuarios.

La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.



PROCESO DE ATENCIÓN

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el Parágrafo 1 del Artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, a más tardar el primer día hábil del mes de marzo de 2008. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte.

No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.
En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del régimen contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador, así como la fotocopia de ser necesaria.

PROCESO DE ATENCIÓN

Parágrafo 1

- El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

Parágrafo 2

- El Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento y formato para que los prestadores de servicios de salud informen las posibles inconsistencias que detecten en las bases de datos, al momento de verificar los derechos de los usuarios que demandan sus servicios, sin que su diligencia miento y trámite afecte la prestación y el pago de los servicios.

PROCESO DE ATENCIÓN



Informe de la atención inicial de urgencias

Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención.

El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social.

PROCESO DE ATENCIÓN

Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para el efecto. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud.

PROCESO DE ATENCIÓN

Artículo 14. Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente y es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago.

PROCESO DE ATENCIÓN

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

- Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.
- Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.
- De no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.
- Cuando las entidades responsables del pago de servicios de salud consideren que no procede la autorización de los servicios, insumos y/o medicamentos solicitados, deberán diligenciar el Formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

PROCESO DE ATENCIÓN

Artículo 15. Solicitud de servicios electivos. Si para la realización de servicios de carácter electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios de salud tienen establecido como requisito la autorización, ésta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social.





Artículo 16. Respuesta de autorización de servicios electivos. Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a los usuarios de las solicitudes de autorización de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, dentro de los términos, por las vías y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social, sin que el trámite de la autorización pueda ser trasladado al usuario o su acudiente.

PROCESO DE ATENCIÓN

Artículo 17. Proceso de referencia y contrarreferencia. es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

- Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remisora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.



PROCESO DE ATENCIÓN

Artículo 18. Organización y operación de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, **corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia.** El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los **CENTROS REGULADORES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS Y DESASTRES, - CRUE,**

CRUE es la encargada de coordinar la atención y resolución de las urgencias médicas, las emergencias y los desastres del Distrito Capital a través del Sistema de Emergencias Médicas.

» Presta los servicios de:

- Atención Prehospitalaria en urgencias y emergencias.
- Asesoría telefónica en salud e intervención psicológica.
- Formación y fortalecimiento de los actores del Sistema de Emergencias Médicas Distritales.
- Apoyo en la gestión de riesgo para la prevención y atención de emergencias y desastres en el sector salud.
- Asesoría y asistencia técnica en planes hospitalarios de emergencia a la red prestadora de servicios de salud pública y privada.
- Asesoría en la construcción de planes preparativos y respuestas a emergencias sector salud.
- Coordinación de la respuesta en salud en las actividades de aglomeración de público en el Distrito Capital. (salud capital , s.f.).

DISPOSICIONES GENERALES

CAPITULO IV

DISPOSICIONES GENERALES

Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS.	Registro Individual de Prestaciones de Salud - RIPS.	Soportes de las facturas de prestación de servicios.	Manual único de glosas, devoluciones y respuestas.	Trámite de glosas.	Reconocimiento de intereses	Registro conjunto de trazabilidad de la factura.	Responsabilidad del recaudo de copagos y cuotas moderadoras.	Liquidación o terminación de acuerdo de voluntades de prestación de servicios de salud.

DISPOSICIONES GENERALES

Capítulo I | Capítulo II | Capítulo III | **Capítulo IV** | Capítulo V

Capítulo IV Disposiciones generales.

Artículo 19. Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS. Para la codificación de procedimientos se utilizará la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, la cual será de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud.

- Dicha clasificación será actualizada de manera periódica por el Ministerio de la Protección Social, para lo cual podrá consultar con las asociaciones científicas y otros actores del sistema.

DISPOSICIONES GENERALES



Artículo 20. Registro Individual de Prestaciones de Salud - RIPS. El Ministerio de la Protección Social revisará y ajustará el formato, codificaciones, procedimientos y malla de validación de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el reporte del Registro Individual de Prestaciones de Salud - RIPS.

RIPS es "el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la Resolución en mención. (MINISTERIO DE SALUD, s.f.)

Artículo 21. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social.



DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 22. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.





DISPOSICIONES GENERALES



Artículo 23. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas.

- Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

- El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud.

- Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas.

- Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 24. Reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a título de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 25. Registro conjunto de trazabilidad de la factura. Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud.

Artículo 26. Responsabilidad del recaudo de copagos y cuotas moderadoras. La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. En el caso en que se pacte en los acuerdos de voluntades el recaudo de estos por parte de los prestadores de servicios de salud, solamente podrán considerarse como parte del pago a los prestado res de servicios de salud cuando exista un recaudo efectivo de su valor.

Artículo 27. Liquidación o terminación de acuerdo de voluntades de prestación de servicios de salud. Todos los acuerdos de voluntades que se celebren entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud para efectos de prestar los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes, deberán ser liquidados o terminados a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su vencimiento.

Capítulo V Período de transición

Artículo 28. Período de transición. Se establece un período de seis (6) meses contados a partir de la fecha de publicación de los procedimientos y formatos que establezca el

Ministerio de la Protección Social en desarrollo del presente decreto, para que los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud los adopten.

Artículo 29. Vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de lo establecido en el presente decreto y en caso de incumplimiento realizará las acciones pertinentes de acuerdo con sus competencias.

Artículo 30. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga el Decreto 2759 de 1991, el Decreto 723 de 1997, los artículos 9, 10, 11 Y 12 del Decreto 3260 de 2004 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

7. Bibliografía

Decreto 4747 del 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

GRACIAS

Línea de atención al ciudadano: 018000 910270
Línea de atención al empresario: 018000 910682

@SENAcomunica

www.sena.edu.co

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

DECRETO NUMERO 4747 DE 2007

(Diciembre 7)

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y por los artículos 154 literales a) y b), 178 Y 179 de la Ley 100 de 1993, 5 Y 6 del Decreto - Ley 1295 de 1994, 7 del Decreto - Ley 1281 de 2002, y los artículos 13 literal d) y 44 de la Ley 1122 de 2007,

DECRETA:

Capítulo I
Objeto y definiciones básicas

Artículo 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Artículo 2. Campo de aplicación. El presente decreto aplica a los prestadores de servicios de salud ya toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente decreto, deberán cumplir con los términos aquí establecidos.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:

a. Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

b. Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

c. Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y

coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

d. Modelo de atención. Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

e. Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

   La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

   La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

f. Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

Artículo 4. Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

a. Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

b. Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

c. Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados

a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

Capítulo II
Contratación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud

Artículo 5. Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Son requisitos mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

a. Por parte de los prestadores de servicios de salud:

    1. Habilitación de los servicios por prestar.
    2. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
    3. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.
    4. Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

b. Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:

    1. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
    2. Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.
    3. Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.
    4. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
    5. Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información par la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
    6. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red.

Parágrafo 1. En el diseño y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativo de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de éstos sea más favorable recibirlo en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Parágrafo 2. Las entidad es responsables del pago de los servicios de salud deberán difundir entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual deberán publicar anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad. Adicionalmente se deberá publicar de manera permanente en la página Web de la entidad dicho listado

actualizado, o entregarlo a la población a su cargo como mínimo una vez al año con una guía con los mecanismos para acceder a los servicios básicos electivos y de urgencias.

En aquellos municipios en donde no circule de manera periódica y permanente un medio de comunicación escrito, esta información se colocará en un lugar visible en las instalaciones de la alcaldía, de la entidad responsable del pago y de los principales prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio.

Parágrafo 3. De los requisitos mínimos establecidos en el presente artículo, tanto los prestadores de servicios de salud como las entidades responsables del pago de los servicios de salud, deberán conservar la evidencia correspondiente.

Artículo 6. Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Independientemente del mecanismo de pago que se establezca en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, estos deberán contener, como mínimo los siguientes aspectos:

1. Término de duración.
2. Monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo.
3. Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
4. Servicios contratados.
5. Mecanismos y forma pago.
6. Tarifas que deben ser aplicadas a las unidades de pago.
7. Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
8. Periodicidad en la entrega de información de prestaciones de servicios de salud - RIPS.
9. Periodicidad y forma como se adelantará el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad y la reviso ría de cuentas.
10. Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.
11. Mecanismos para la solución de conflictos.
12. Mecanismos y términos para la liquidación o terminación de los acuerdos de voluntades, teniendo en cuenta la normatividad aplicable en cada caso.

Parágrafo 1. Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del parágrafo 1 del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las entidades responsables del pago de servicios de salud, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible.

Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

Parágrafo 2. Los servicios que se contraten deberán garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo 3. La auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad

PAMEC, de cada uno de los actores, definido en el Decreto 1011 de 2006 o la norma que lo adicione, modifique o sustituya.

Artículo 7. Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por capitación. Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con prestado res de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo, mediante el mecanismo de pago por capitación, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo 6 del presente decreto, las siguientes:

1. Base de datos con la identificación de los usuarios cubiertos con el acuerdo de voluntades.
2. Perfil epidemiológico de la población objeto del acuerdo de voluntades.
3. Monto que debe ser pagado por el responsable del pago por cada persona con derecho a ser atendida, en un período determinado, en el marco de los servicios convenidos o pactados con el prestador de servicios.
4. Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, de acuerdo con la codificación que establezca el Ministerio de la Protección Social.
5. Metas de cobertura, resolutividad y oportunidad en la atención, que tengan en cuenta la normatividad vigente.
6. Condiciones de ajuste en el precio asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.
7. Condiciones para el reemplazo de personas cubiertas por el acuerdo de voluntades, asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.

Parágrafo 1. Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados por capitación son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, la entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención.

Parágrafo 2. Este mecanismo de pago no genera en ningún caso la transferencia de las obligaciones propias del aseguramiento a cargo exclusivo de las entidades responsables de cubrir el riesgo en salud.

Artículo 8. Condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico. Los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios que celebren las entidades responsables del pago de servicios de salud con los prestadores de servicios de salud establecidos en su red para la atención de la población a su cargo bajo el mecanismo de pago por evento, caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico, deberán contemplar, además de las condiciones mínimas establecidas en el artículo 6 del presente decreto, los siguientes aspectos:

1. Actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud, o listado y descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico.
2. Tarifas que deben ser aplicadas a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, o los conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico. La identificación y denominación de los

procedimientos en salud deberá tener en cuenta lo establecido en el artículo 19 del presente decreto.

Artículo 9. Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas en salud. Las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado que tengan afiliados en el área de influencia de una institución prestadora de servicios de salud acreditada en salud, privilegiarán su inclusión en la red de prestación de servicios para lo cual suscribirán los acuerdos de voluntades correspondientes, siempre y cuando la institución acreditada lo acepte.

Capítulo III
Proceso de atención

Artículo 10. Sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias "triage". El Ministerio de la Protección Social definirá un sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", el cual será de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios.

Artículo 11. Verificación de derechos de los usuarios. La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el Parágrafo 1 del Artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, a más tardar el primer día hábil del mes de marzo de 2008. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte.

No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del régimen contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador, así como la fotocopia de ser necesaria.

Parágrafo 1. El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias.

Parágrafo 2. El Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento y formato para que los prestadores de servicios de salud informen las posibles inconsistencias que detecten en las bases de datos, al momento de verificar los derechos de los usuarios que demandan sus servicios, sin que su diligencia miento y trámite afecte la prestación y el pago de los servicios.

Artículo 12. Informe de la atención inicial de urgencias. Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 13. Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Si para la prestación de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud han establecido como requisito una autorización particular, una vez realizada la atención inicial de urgencias, el prestador de servicios de salud deberá informar a la entidad responsable del pago, la necesidad de prestar el servicio cuya autorización se requiere, utilizando para ello el formato y siguiendo los procedimientos y términos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para el efecto. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o a su acudiente y es de responsabilidad exclusiva del prestador de servicios de salud.

Artículo 14. Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente y es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago.

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

a. Para atención subsiguiente a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.
b. Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de la Protección Social, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.

Parágrafo 1. Cuando las entidades responsables del pago de servicios de salud, consideren que no procede la autorización de los servicios, insumos y/o medicamentos solicitados, deberán diligenciar el Formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2. Si el prestador de servicios de salud que brindó la atención inicial de urgencias hace parte de la red de prestadores de servicios de salud de la entidad responsable del pago, la atención posterior deberá continuarse prestando en la institución que realizó la atención inicial de urgencias, si el servicio requerido está contratado por la entidad responsable del pago, sin que la institución prestad ora de servicios de salud pueda negarse a prestar el servicio, salvo en los casos en que por requerimientos del servicio se justifique que deba prestarse en mejores condiciones por parte de otro prestador de servicios de salud, no exista disponibilidad para la prestación de servicio, o exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

Artículo 15. Solicitud de servicios electivos. Si para la realización de servicios de carácter electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios de salud tienen establecido como requisito la autorización, ésta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 16. Respuesta de autorización de servicios electivos. Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a los usuarios de las solicitudes de autorización de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, dentro de los términos, por las vías y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social,

sin que el trámite de la autorización pueda ser trasladado al usuario o su acudiente. Este trámite es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago, así como la garantía al usuario de la integralidad de la atención, en función del modelo de atención establecido en los acuerdos de voluntades suscritos con los prestadores de servicios de salud.

El Ministerio de la Protección Social determinará los términos y procedimientos de seguimiento que permitan garantizar la oportunidad en la asignación de citas para la prestación de servicios electivos.

Artículo 17. Proceso de referencia y contrarreferencia. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remisora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

Artículo 18. Organización y operación de los centros reguladores de urgencias, emergencias y desastres. Sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los centros reguladores de urgencias y emergencias y desastres, - CRUE,

Capítulo IV
Disposiciones generales

Artículo 19. Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS. Para la codificación de procedimientos se utilizará la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, la cual será de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud.

Dicha clasificación será actualizada de manera periódica por el Ministerio de la Protección Social, para lo cual podrá consultar con las asociaciones científicas y otros actores del sistema.

Artículo 20. Registro Individual de Prestaciones de Salud - RIPS. El Ministerio de la Protección Social revisará y ajustará el formato, codificaciones, procedimientos y malla de validación de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para el reporte del Registro Individual de Prestaciones de Salud - RIPS.

Artículo 21. Soportes de las facturas de prestación de servicios. Los prestadores de servicios de salud deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 22. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas. El Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 23. Trámite de glosas. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el presente decreto y a través de su anotación y envío en el Registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando éste sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud.

Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas.

Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.

Artículo 24. Reconocimiento de intereses. En el evento en que las devoluciones o glosas formuladas no tengan fundamentación objetiva, el prestador de servicios tendrá derecho al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha de presentación de la factura o cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el Artículo 7° del Decreto Ley 1281 de 2002.

En el evento en que la glosa formulada resulte justificada y se haya pagado un valor por los servicios glosados, se entenderá como un valor a descontar a titulo de pago anticipado en cobros posteriores. De no presentarse cobros posteriores, la entidad responsable del pago tendrá derecho a la devolución del valor glosado y al reconocimiento de intereses moratorios desde la fecha en la cual la entidad responsable del pago canceló al prestador.

Artículo 25. Registro conjunto de trazabilidad de la factura. Para efectos de contar con un registro sistemático del cobro, glosas y pago de servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá la estructura y operación de un registro conjunto de trazabilidad de la factura.

Artículo 26. Responsabilidad del recaudo de copagos y cuotas moderadoras. La responsabilidad del recaudo de los copagos y cuotas moderadoras es de las entidades responsables del pago de servicios de salud. En el caso en que se pacte en los acuerdos de voluntades el recaudo de los mismos por parte de los prestadores de servicios de salud, solamente podrán considerarse como parte del pago a los prestado res de servicios de salud cuando exista un recaudo efectivo de su valor.

Artículo 27. Liquidación o terminación de acuerdo de voluntades de prestación de servicios de salud. Todos los acuerdos de voluntades que se celebren entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud para efectos de prestar los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con independencia de la naturaleza jurídica de las partes, deberán ser liquidados o terminados a más tardar dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su vencimiento.

Capítulo V
Período de transición

Artículo 28. Período de transición. Se establece un período de seis (6) meses contados a partir de la fecha de publicación de los procedimientos y formatos que establezca el Ministerio de la Protección Social en desarrollo del presente decreto, para que los prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de los servicios de salud los adopten

Parágrafo. Los acuerdos de voluntades entre entidades responsables del pago de los servicios de salud y prestado res de servicios de salud que se encuentren en curso a la fecha en que entre a regir el presente decreto, continuarán sujetos a las condiciones establecidas en los mismos hasta su terminación. En caso de que los acuerdos de voluntades sean prorrogados, las prórrogas deberán ajustarse a lo aquí dispuesto.

Artículo 29. Vigilancia y control. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará el cumplimiento de lo establecido en el presente decreto y en caso de incumplimiento realizará las acciones pertinentes de acuerdo con sus competencias.

Artículo 30. Vigencia y derogatorias. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga el Decreto 2759 de 1991, el Decreto 723 de 1997, los artículos 9, 10, 11 Y 12 del Decreto 3260 de 2004 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

Dado en Bogotá, D.C., a los. 07 días del mes de Diciembre del año 2007.

(Original firmado por)
DIEGO PLACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

DIARIO OFICIAL NO. 45.474 DE FEBRERO 27 DE 2004

ACUERDO NUMERO 000260 DE 2004

(febrero 4)

por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en ejercicio de las facultades legales conferidas en el numeral 7 del artículo 172 y el artículo 187 de la Ley 100 de 1993,

ACUERDA:

Artículo 1º. *Cuotas moderadoras.* Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

Artículo 2º. *Copagos*. Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

Artículo 3º. *Aplicación de las cuotas moderadoras y copagos.* Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

Parágrafo. De conformidad con el numeral tercero del artículo 160 de la Ley 100 de 1993, es deber del afiliado cotizante y de los beneficiarios cancelar las cuotas moderadoras y los copagos correspondientes.

Artículo 4º. *Ingreso base para la aplicación de las cuotas moderadoras y copagos.* Las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Si existe más de un cotizante por núcleo familiar se considerará como base para el cálculo de las cuotas moderadoras y copagos, el menor ingreso declarado.

Artículo 5º. *Principios para la aplicación de cuotas moderadoras y de copagos.* En la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, deberán respetarse los siguientes principios básicos:

1. Equidad. Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acce so a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.

2. Información al usuario. Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras y copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deberán publicar su sistema de cuotas moderadoras y copagos anualmente en un diario de amplia circulación.

3. Aplicación general. Las Entidades Promotoras de Salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras establecidos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo.

4. No simultaneidad. En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán organizar y establecer la aplicación de cuotas moderadoras y copagos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo, sin que se requiera autorización previa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 6º. *Servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras.* Se aplicarán cuotas moderadoras a los siguientes servicios, en las frecuencias que autónomamente definan las EPS:

1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
2. Consulta externa por médico especialista.
3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.
4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas.
5. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota

moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítems incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas.

6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

Parágrafo 1º. En ningún caso podrá exigirse el pago anticipado de la cuota moderadora como condición para la atención en los servicios de urgencias.

Parágrafo 2º. Si el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios.

Parágrafo 3º. Las cuotas moderadoras se pagarán al momento de utilización de cada uno de los servicios, en forma independiente.

Artículo 7º. *Servicios sujetos al cobro de copagos.* Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

1. Servicios de promoción y prevención.
2. Programas de control en atención materno infantil.
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias.
6. Los servicios enunciados en el artículo precedente.

Artículo 8º. *Monto de cuotas moderadoras.* Las cuotas moderadoras se aplicarán por cada actividad contemplada en el artículo 6º del presente acuerdo, a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos, así:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 11.7% de un salario mínimo diario legal vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos, el 46.1% de un salario mínimo diario legal vigente.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos, el 121.5% de un (1) salario mínimo diario legal vigente.

Parágrafo. Para efectos de facilitar el cobro de las cuotas moderadoras, los

valores en pesos resultantes de la aplicación de los anteriores porcentajes se ajustarán a la centena inmediatamente superior.

Artículo 9º. *Monto de copagos por afiliado beneficiario.* El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que exceda del 115% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, por un mismo evento.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que por un mismo evento exceda del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

Parágrafo. Para efectos del presente acuerdo se entiende por la atención de un mismo evento el manejo de una patología específica del paciente en el mismo año calendario.

Artículo 10. *Tope máximo d e copagos por afiliado beneficiario.* El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 57.5% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 460% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

Artículo 11. *Contribuciones de los afiliados dentro del régimen subsidiado.* Los beneficiarios del régimen subsidiado contribuirán a financiar el valor de los servicios de salud que reciban, a través de copagos establecidos según los niveles

o categorías fijadas por el Sisbén de la siguiente manera:

1. Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas, la atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos.
2. Para el nivel 1 del Sisbén y la población incluida en listado censal, el copago máximo es del 5% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de una cuarta parte del salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de medio salario mínimo legal mensual vigente.
3. Para el nivel 2 del Sisbén el copago máximo es del 10% del valor de la cuenta, sin que el cobro por un mismo evento exceda de la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente. El valor máximo por año calendario será de un salario mínimo legal mensual vigente.

Artículo 12. En el Régimen Subsidiado se prohíbe el cobro de copagos al control prenatal, la atención del parto y sus complicaciones y a la atención del niño durante el primer año de vida.

Artículo 13. *Autonomía de las EPS.* Las Entidades Promotoras de Salud están en libertad para definir las frecuencias de aplicación de las cuotas moderadoras y copagos para lo cual deberán tener en cuenta la antigüedad del afiliado y los estándares de uso de servicios. En todo caso deberán contar con un sistema de información que permita conocer las frecuencias de uso por afiliado y por servicios, de manera tal que en un año calendario esté exenta del cobro de cuota moderadora la primera consulta o servicio previstos en el artículo 6º del presente acuerdo con excepción de la consulta externa médica de que trata el numeral 1.

Así mismo, están en libertad para definir de manera general el no pago de cuotas moderadoras en los casos de órdenes de ayudas diagnósticas o de fórmulas de medicamentos con dos o menos ítems.

Igualmente podrán establecer los procedimientos de recaudo que más se adapten a su capacidad administrativa tales como bonos, estampillas, valeras o la cancelación en efectivo, directamente o mediante convenios con las IPS en los términos en que estas lo acuerden. En todo caso las EPS deberán aceptar el pago por cada evento si así lo solicita el afiliado.

La totalidad de los recaudos por concepto de copagos y cuotas moderadoras pertenecen a la Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo 1º. Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán establecer y hacer público en un medio masivo de información, por lo menos una vez al año, su Plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, o cualquier modificación a este.

Parágrafo 2º. En ningún caso se podrá suprimir totalmente el cobro de las cuotas moderadoras.

Artículo 14. *Vigencia*. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que sean contrarias, en especial los Acuerdos 30 y 61 y el artículo 9º del Acuerdo 218.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 4 de febrero de 2004.

El Ministro de la Protección Social, Presidente CNSSS,

Diego Palacio Betancourt.

El Ministro de Hacienda y Crédito Público,

Alberto Carrasquilla Barrera.

El Secretario Técnico CNSSS,

Juan Gonzalo López Casas.