



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2020

()

“Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas en el numeral 13 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, y en desarrollo de lo previsto en el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del libro 2, del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, define en el artículo 2.5.1.3.1.1 el Sistema Único de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica, científica, técnico-administrativa, de suficiencia patrimonial y financiera indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, el cual busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios, los cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de las entidades a las que hace referencia la Resolución 2515 de 2018.

Que, a su vez, el Capítulo 3, Título 2, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2018, reguló lo atinente a la autorización de funcionamiento y las condiciones de habilitación y permanencia de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y se fijó el término para la verificación del cumplimiento de estas condiciones.

Que el Ministerio de Salud y Protección social, con miras a contrarrestar las dificultades evidenciadas que afrontan las entidades aseguradoras ha establecido la progresividad para el cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia, determinando que las entidades responsables del aseguramiento en salud deberán cumplir con las condiciones de habilitación, previo acatamiento de los requisitos establecidos, a más tardar el 31 de diciembre de 2021.

Que este Ministerio, a través de la Resolución 2515 del 15 de junio de 2018, reglamentó las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y los estándares de oportunidad y acceso para la operación territorial del aseguramiento.

Que por ocasión de la declaración de emergencia sanitaria las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud se han visto obligadas a ajustar sus procesos técnicos, operativos, financieros y administrativos para garantizar la integralidad y acceso a la atención en salud de sus afiliados. Estos cambios en las condiciones epidemiológicas, sociales y económicas han dificultado el cumplimiento de las condiciones de habilitación previstas en las normas que han regulado la materia.

Que conforme a lo expuesto, se hace necesario modificar los criterios y progresividad del

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia a través de las cuales se demuestra la observancia de la capacidad técnico-administrativa, científica, tecnológica y financiera de las entidades responsables del aseguramiento en salud; así como el manual que desarrolla los criterios y estándares de autorización, habilitación y permanencia, lo cual le permita ejercer a dichas entidades sus funciones de aseguramiento.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto y Alcance. La presente resolución tiene por objeto modificar las condiciones para la autorización de las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud, y las condiciones de habilitación y permanencia de las Entidades Responsables de la Operación del Aseguramiento en Salud, así como, adoptar el Manual de Criterios y Estándares para la autorización y habilitación de estas entidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2. Ámbito de Aplicación. La presente Resolución aplica a las personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud y administrar los recursos destinados a garantizar los derechos de la población afiliada en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a las Entidades Promotoras de Salud – EPS, a las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud que se encuentran autorizadas para operar el aseguramiento en salud, a las Cajas de Compensación Familiar que operan en los regímenes contributivo y subsidiado, independientemente de su naturaleza jurídica, a las Entidades Adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS en los procesos de evaluación y seguimiento y a la Superintendencia Nacional de Salud en el ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud.

Parágrafo. Las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud que se encuentren con medida impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud son igualmente responsables del cumplimiento de las condiciones de habilitación en los términos y plazos establecidos en el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del libro 2, del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. El plazo para el cumplimiento de las condiciones de habilitación para estas entidades nunca podrá ser superior al plazo de cumplimiento definido para las entidades que no se encuentren incurso en medidas.

Artículo 3. Condiciones para la Habilitación. Las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud deberán demostrar su capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica, a través del cumplimiento permanente de los criterios y estándares definidos en el manual, que hace parte integral de la presente resolución, el cual contiene los siguientes grupos:

- I - Gobierno organizacional
- II - Sistema de gestión de riesgos
- III - Afiliación, novedades y libre elección en el SGSSS
- IV - Reconocimiento de prestaciones económicas
- V - Atención al usuario
- VI - Sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas
- VII - Fortalecimiento de la cultura de la seguridad social
- VIII - Garantía de la prestación de los servicios de salud

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

IX - Gestión de la salud pública
X - Contratación y pago de tecnologías en salud
XI - Gestión del talento humano
XII – Tecnologías de información

Artículo 4. Líneamientos del Sistema de Gestión de Riesgos. El Sistema de Gestión de Riesgos centrado en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, debe permitir a las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, la identificación, evaluación, medición, seguimiento y monitoreo de los riesgos que pueden afectar la salud de la población afiliada y la operación de la entidad. La implementación del Sistema de Gestión de Riesgos, pretende:

- 4.1 Fortalecer el proceso de gestión integral del riesgo en salud de la entidad, con el fin de garantizar el acceso equitativo, oportuno, continuo y eficiente a los servicios de salud de la población afiliada, integrando las perspectivas diferenciales de atención, para el mejoramiento de la experiencia de los usuarios con la atención y la obtención de mejores resultados en salud, con la mejor utilización de los recursos disponibles.
- 4.2 Fortalecer la capacidad de la entidad para abordar los riesgos y oportunidades asociados con su contexto, funciones y objetivos, generando condiciones de estabilidad operativa y financiera a través de la definición de políticas, procesos y procedimientos de gestión, que incluyan metodologías de identificación, evaluación, medición, seguimiento y monitoreo de diferentes categorías de riesgos.
- 4.3 Promover una cultura institucional de autoevaluación, mejora continua, innovación y desarrollo de capacidades, orientadas al fortalecimiento de la gestión del aseguramiento en salud por parte de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud.
- 4.4 Estimular una cultura organizacional de servicio centrada en el usuario, orientada a la transparencia, autorregulación, calidad, mejor uso de la información y mejoramiento continuo en todos los procesos propios de la entidad.

Artículo 5. Operación Territorial del Aseguramiento. Las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, deben organizar un modelo de atención y prestación de servicios de salud en las entidades territoriales donde se encuentren autorizadas, el cual debe atender y reconocer las prioridades de salud en el ámbito territorial específico, garantizar el acceso, la oportunidad, la calidad, la eficiencia, la suficiencia y la continuidad de los servicios de salud.

Estas entidades dispondrán para los afiliados, el recurso humano y los procesos administrativos de soporte y comunicación apropiados al contexto socio – cultural integrando los enfoques diferenciales y poblacionales, de forma que facilite y agilice las solicitudes de demanda y autorización de servicios y tecnologías, la comunicación entre la entidad y los afiliados, el reporte y solución de las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias recibidas, logrando la trazabilidad de cada proceso.

Los criterios y estándares para la autorización y habilitación en la operación territorial del aseguramiento se encuentran definidos y se verificarán de conformidad con lo dispuesto en el manual que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 6. Validación de los Requisitos de Permanencia de las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud. Al realizarse la validación frente al cumplimiento de los requisitos establecidos para la habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, las cuales tienen por objeto ser constantes en el tiempo, la

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

misma dará lugar al cumplimiento de los estándares de permanencia; so pena de ser sujetos de las disposiciones establecidas en el artículo 2.5.2.3.5.3 que trata las condiciones de revocatoria de la autorización de funcionamiento de las entidades objeto de la presente.

Artículo 7. *Progresividad para el Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación.* De conformidad con el artículo 1 del Decreto XXXX de 2020, incorporado en el artículo 2.5.2.3.3.6 del Decreto 780 de 2016 el plazo para el cumplimiento de los criterios y estándares de habilitación será al 31 de diciembre de 2021.

Parágrafo. El cumplimiento progresivo de los criterios y estándares de habilitación será establecido en el Anexo Técnico “Manual de criterios y estándares para la autorización y habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud”, el cual hace parte integral de la presente Resolución; en el que se determinará cuales criterios y estándares, tendrán cumplimiento en diciembre 31 de 2020, en junio 30 de 2021 y diciembre 31 de 2021.

Artículo 8. *Procedimientos de Verificación y Evaluación.* La Superintendencia Nacional de Salud, establecerá e implementará un cronograma de verificación y evaluación de las condiciones de habilitación, a partir de enero de 2021, de acuerdo a la progresividad establecida en el manual de verificación que se determine previamente.

Artículo 9. *Condiciones Financieras y de Solvencia.* Para el seguimiento y verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud, se dará cumplimiento al Decreto 2702 de 2014, Decreto 2117 de 2016, Decreto 718 de 2017 incorporados en el Decreto 780 de 2016 Unico Reglamentario del Sector Salud, o las normas que los adicionen, modifiquen o sustituyan.

Artículo 10. *Monitoreo de las Entidades Responsables de la Operación del Aseguramiento en Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud consolidará la información obtenida sobre la autorización, habilitación y permanencia de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud y elaborará con la misma un repositorio que identifique: i) las entidades con autorización nueva o actualizada y la vigencia de la misma, ii) las condiciones y alcance de las autorizaciones concedidas, iii) las entidades en medida administrativa especial autorizadas y la vigencia de la autorización, iv) las entidades autorizadas que cumplen las condiciones de habilitación. Dicha información deberá estar disponible para conocimiento de las entidades control y de este Ministerio, a partir del 1 de enero de 2022.

Artículo 11. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga la Resolución 2515 de 2018.

Dada en Bogotá, D.C.,

FERNANDO RUIZ GOMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

ANEXO TÉCNICO

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

Manual de criterios y estándares para la autorización y habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en Salud

I - Gobierno organizacional

Criterios	Estándares		Gradualidad Habilidadación
	Autorización	Habilitación	
1. Estatutos y organización de la entidad.	1.1. Demostrar la existencia y representación del asegurador como persona jurídica (Artículo 117 del Código de Comercio), mediante la inscripción del objeto social, las reformas y los nombramientos de administradores y representantes legales, en la cámara de comercio con jurisdicción en el domicilio de la respectiva sociedad.	1.1 Actualizar la evidencia de la existencia y representación del asegurador como persona jurídica y su representación legal, así como el cumplimiento de los trámites requeridos en procesos de venta de acciones o cuotas y/o capitalización, e identificar el origen de los recursos en dichos procesos, de acuerdo con la normatividad vigente.	31 de diciembre de 2020
	1.2. Contar con un procedimiento interno para evaluar las incompatibilidades e inhabilidades de carácter legal, la adecuación del candidato a las necesidades del cargo, a través de la evaluación de un conjunto de criterios que deben cumplir los perfiles funcionales y personales (idoneidad y experiencia) de los miembros del máximo órgano social, órgano de administración y órgano de control y hacer toda la debida diligencia correspondiente.	1.2. Cumplir con los requisitos para su funcionamiento de acuerdo con la naturaleza jurídica de la sociedad.	31 de diciembre de 2020
	1.3. Establecer una estructura orgánica y funcional donde se observe los perfiles y cargos de acuerdo con las funciones relacionadas con el aseguramiento en salud; esto debe estar respaldado por un	1.3. Demostrar el funcionamiento del Máximo Órgano Social y el Órgano de Administración de acuerdo a los estatutos de la entidad y a los reglamentos internos de cada órgano	31 de diciembre de 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

	organigrama y la aprobación del órgano competente.		
		1.4. Ejecución de operaciones que garanticen la no desviación de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	31 de diciembre de 2020
		1.5. Demostrar el funcionamiento de la Junta Directiva y Representante legal, acerca de la orientación estratégica de la entidad, gestión de riesgos (salud, económicos y reputacionales, entre otros) e implementación del Sistema de Control Interno y de Gestión a la Calidad.	31 de diciembre de 2020
		1.6. Evidenciar el cumplimiento de los compromisos, metas e indicadores establecidos en los Comités: Comité de Riesgos, Comité de Contraloría Interna, Comité de Gobierno Organizacional y Comité de Conducta, evaluados a través de tableros de control y mediante la evidencia específica del cumplimiento.	31 de diciembre de 2020
		1.7. Argumentar y evidenciar el cumplimiento de los compromisos establecidos para subsanar los hallazgos de la Revisoría Fiscal y el Auditor, inmersos en el dictamen de la Revisoría Fiscal y los informes de auditoría.	31 de diciembre de 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

2. Código de Conducta y de Gobierno Organizacional.	2.1 Documentar un Código de Conducta y de Gobierno Organizacional, atendiendo los lineamientos del órgano competente orientados a una atención en salud efectiva y humanizada, trato equitativo en igualdad de condiciones para todos los usuarios, promoción de políticas anticorrupción en la entidad, incluyendo la conformación de los comités, la estructura orgánica y funcional de la entidad y la distribución de funciones acorde con sus obligaciones.	2.1. Implementación de mejores prácticas organizacionales y del código de conducta y de buen gobierno organizacional y diseño y promoción de políticas antilavado-anticorrupción en la entidad. Demostrar el seguimiento a través de un tablero de control y análisis que debe evaluarse en los Comités de Gobierno Corporativo según corresponda.	31 de diciembre de 2020
	2.2. Definir una Política General de Revelación de Información y Transparencia de la entidad, áreas responsables y herramientas destinadas para su cumplimiento, debe estar aprobada por la Junta Directiva.	2.2. Evidenciar los contenidos actualizados y la efectividad de las herramientas para el desarrollo de la Política General de Revelación de Información y Transparencia de la entidad; donde los usuarios, entes de control, órganos de gobierno organizacional accedan con facilidad a la información relevante.	31 de diciembre de 2020
3. Rendición de cuentas.	3.1 Documentar la Política de Rendición de Cuentas, su metodología y plan de acción.	3.1. Demostrar la implementación de la política y de metodologías de rendición de cuentas, a través de los medios y herramientas (videos, sitios web, aplicativos) mostrando la información dispuesta, la participación de las asociaciones de usuarios y/o los representantes de la población afiliada, entidades de control, órganos de gobierno organizacional y otros usuarios.	31 de diciembre de 2020
	3.2 Documentar una política que especifique los criterios con los cuales evalúa a los prestadores contratados	3.2. Disponibilidad permanente con información actualizada en la página web de la entidad, del micrositio con la Rendición de Cuentas	31 de diciembre de 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

	y la forma como los aplica	anual a la Ciudadanía por 3 años.	
	3.3 Documentar una política de pagos que especifique los criterios con los cuales administra la liquidez y los plazos de pagos a los proveedores	3.3 Demostrar la implementación de la política de pagos y compras de acuerdo a lo establecido por la entidad (procedimientos, pagos y plazos).	31 de diciembre de 2020
	3.4 Documentar una política de compras que incluya los criterios y procedimientos, así como las áreas responsables para la adquisición de bienes y servicios necesarios para la operación y sus respectivas atribuciones		

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

II - Sistema de gestión de riesgos

Criterios	Estándares		Gradualidad Habilitación
	Autorización	Habilitación	
1. Sistema de Gestión de Riesgos de la entidad.	1.1. Disponer del diseño del Sistema de Gestión de Riesgos que identifique, valore, ejecute acciones, evalúe, controle y mitigue los riesgos relacionados con el cumplimiento de las funciones del aseguramiento, con énfasis en los riesgos de salud. Debe incluir: a) Estructura orgánica para la administración del Sistema Integral de Gestión de Riesgos en la entidad (riesgo operativo, riesgo SARLAFT, riesgo de mercado, riesgo de liquidez, riesgo reputacional, riesgo de salud, riesgos de fallas en el mercado de salud, riesgo actuarial, riesgo de crédito, riesgo de grupo). b) Documento de funciones o Manual de Funciones/cargos con el detalle de funciones y responsabilidades de la estructura orgánica definida para cada tipo de riesgo y/o de la unidad integral. c) Documento que contenga las inhabilidades, impedimentos y sanciones aplicables a la estructura orgánica de los cargos que ejecutan la administración del Sistema de Riesgos en la entidad. d) Documento de competencias que contenga los perfiles de las personas que	1.1 Mostrar los resultados del ciclo de gestión de riesgos a nivel territorial (departamento, distritos y municipios) y consolidado, con periodicidad semestral y evaluación anual en análisis comparativo; el análisis debe incluir como mínimo la evaluación de los riesgos operativo, SARLAFT, de mercado, de liquidez, reputacional, salud, fallas en el mercado de salud, actuarial, de crédito y de grupo. Debe incluir: a) Identificación y evaluación periódica de los riesgos inherentes, residuales y netos globales; b) Establecimiento de las causas, efectos potenciales y la interacción; c) Valoración de la frecuencia y severidad, la probabilidad de ocurrencia e impacto; d) Resultados de las estrategias de mitigación aplicadas, a través de mediciones concretas (en herramienta metodológica y tablero de control); e) Implementación de procedimientos de retroalimentación y mejoras.	31 de diciembre 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

	pueden ejecutar la administración del Sistema de Riesgos en la entidad.		
	1.2 Procesos y Procedimientos de cada uno de los Sistemas de Riesgos que se deben implementar en la entidad (riesgo operativo, riesgo SARLAFT, riesgo de mercado, riesgo de liquidez, riesgo reputacional, riesgo de salud, riesgos de fallas en el mercado de salud, riesgo actuarial, riesgo de crédito, riesgo de grupo).	1.2. Exponer y evidenciar la herramienta tecnológica, metodología, fichas de indicadores, definición de mediciones y rangos de categorización y tablero de control, dispuestos por el asegurador para desarrollar el ciclo de Gestión de Riesgos.	31 de diciembre 2020
		1.3. Funcionamiento del sistema de gestión de riesgo de forma continua en coherencia con el cumplimiento de las funciones del aseguramiento.	31 de diciembre 2020
2. Gestión integral del riesgo en salud (OT).	2.1. Documentar un modelo de salud en la entidad aseguradora, que incluya los procedimientos para disponer de: a) Caracterización de la población que se pretende asegurar, por perfil etario, grupo de riesgo, incidencia de morbilidad, condiciones territoriales, entre otros aspectos. b) Estimación de la demanda de servicios y tecnologías de salud que requiere la población por grupo de riesgo, a nivel territorial. c) Estimación de la oferta de servicios disponible en la red de prestadores de servicios de salud, que se tendrá a disposición, para cumplir con la	2.1. Demostrar los resultados de la implementación y evaluación del modelo de salud a nivel territorial (departamentos, distritos y municipios) y consolidado; evidenciado la trazabilidad, gestión y resultados en el sistema de Información o herramienta tecnológica disponible.	31 de diciembre 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

	demanda de servicios; a nivel territorial. d) Estrategias para definir acuerdos de voluntades, modelos de contratación y pagos en las relaciones asegurador-prestador. e) Estrategias de articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes alrededor de prioridades en salud de los territorios. f) Los mecanismos para el monitoreo de procesos y evaluación de los resultados. g) La descripción del sistema de información para soportar la gestión del riesgo en salud. h) Las estrategias, métodos y procedimientos para actualizar la estimación y análisis del riesgo en salud de la población.		
	2.2. Plan de implementación del modelo en los 12 meses posteriores a la recepción de la autorización de funcionamiento de la entidad, que incluya un cronograma de actividades, en el caso de las entidades que entran a operar.	2.2. Evidenciar el cumplimiento de las metas normativas o establecidas en los comités de gestión, en cuanto a la prestación de servicios, vigilancia epidemiológica, calidad, atención al usuario, satisfacción del usuario, relación asegurador - prestador, siniestralidad, nota técnica, afiliación y traslados, entre otros. El análisis se deberá realizar de forma semestral y anual, comparativo.	31 de diciembre 2020

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones".

		2.3. Evidenciar la implementación del Modelo de Salud, su evaluación y los resultados obtenidos a través de un modelo o metodología de análisis que determine como mínimo: a) Categorías de diagnóstico, de riesgo en salud o de atención requerida, para cada afiliado con el objetivo de clasificar la población por cohortes o grupos homogéneos, brindando información de base para definir prioridades y protocolos de atención. b) Cálculo de la demanda real de los servicios según los grupos de clasificación del riesgo en salud de los afiliados; discriminando las acciones de autocuidado, demanda inducida, búsqueda activa, tratamiento de la enfermedad, rehabilitación y paliación. c) Modelo de organización de la demanda real a nivel de contrato o modalidad de acuerdo de servicios, incluyendo CUPS y CUM, según la oferta real disponible para la prestación de los servicios y la entrega de productos médicos (medicamentos y dispositivos médicos); adicionando la información financiera de los contratos para cada periodo. d) Modelo para identificar, organizar, monitorear y evaluar la prestación efectiva de los servicios y/o entrega de productos médicos (medicamentos y dispositivos médicos), en las etapas de promoción y prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación. Se articula con información de los prestadores y gestores farmacéuticos,	30 de junio 2021
--	--	--	---------------------

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

		reserva técnica, de facturación o cuentas médicas y de contratación. e) Modelo para mantener actualizada una nota técnica que concluya sobre la gestión del riesgo en salud y financiero; evalúe el ingreso operacional vs el costo médico en diversos tipos de agrupadores, alimente un tablero de control con indicadores de uso, frecuencias, intensidad, costos per cápita, costos por procedimiento, costos por grupo de diagnóstico, etc. La metodología o modelo deberá tener en cuenta un análisis a nivel de afiliado, grupo diagnóstico, territorial (departamentos, distritos y municipios) y consolidado; con información mensual y acumulada, comparativa; cálculo de indicadores de gestión y resultado, semaforización de un tablero de control.	
--	--	--	--

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

III - Afiliación, novedades y libre elección en el SGSSS

Criterios	Estándares		Gradualidad Habilitación
	Autorización	Habilitación	
1. Afiliación y reporte de novedades (OT)	1.1. Procesos y procedimientos de afiliación, reporte de novedades y seguimiento de los aportes	1.1. Demostrar en la base de afiliación la resolución oportuna de las novedades; el seguimiento a los aportes y la mora, los procesos de compensación, liquidación mensual de afiliado y otros procesos relacionados.	31 de diciembre 2020
2. Estrategias para evitar la selección de riesgo	2.1. Disponer de estrategias para evitar la incorporación selectiva de afiliados con los riesgos en salud más bajos o que limiten la permanencia de los afiliados con los riesgos de salud más altos.	2.1. Implementación de estrategias para evitar la selección de riesgos de los afiliados en los procesos de afiliación, traslado, movilidad, retiro y otras novedades en el SGSSS.	31 de diciembre 2020
3. Garantía de la libre elección de los afiliados.	3.1. Documentar las estrategias y los mecanismos para comunicar a los afiliados la garantía de la libre elección en la afiliación entre aseguradores y la elección de los prestadores de servicios de salud.	3.1. Garantizar el derecho a la libre elección en los términos previstos en la ley, a través de la implementación de mecanismos para permitir a los afiliados ejercer la libre elección de prestador primario y la libre elección para efectuar su afiliación a la EPS o traslado a otro asegurador; a través de canales web, aplicativos y otros, con ruta de fácil acceso y contenidos actualizados. Se debe realizar la capacitación de los afiliados en el manejo del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT).	31 de diciembre 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

IV - Reconocimiento de prestaciones económicas

Criterios	Estándares		Gradualidad Habilitación
	Autorización	Habilitación	
1. Reconocimiento de prestaciones económicas (OT)	1.1. Procesos y procedimientos de reconocimiento de prestaciones económicas que incluyan la estrategia de capacitación y comunicación a los funcionarios de la entidad y a los afiliados.	1.1. Trazabilidad en el proceso de autorización, reconocimiento y pago oportuno de las prestaciones económicas; dicha información deberá estar disponible para consulta por parte de los aportantes.	31 de diciembre 2020
		1.2. Demostrar el reconocimiento, liquidación y pago oportuno de las incapacidades por enfermedad general y de las licencias de paternidad / maternidad.	31 de diciembre 2020
		1.3. Implementación de procesos de auditoría y control de incapacidades.	31 de diciembre 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

V - Atención al usuario

Criterios	Estándares		Gradualidad Habilitación
	Autorización	Habilitación	
1. Atención al usuario a través de diferentes canales de comunicación. (OT)	1.1. Describir los canales de atención al usuario y las herramientas para su aplicación, identificando el flujo de los canales de atención al usuario y su interacción, en cumplimiento de las normas vigentes.	1.1. Demostrar la efectividad de los canales de atención al usuario, a través de la resolución oportuna y pertinente de los requerimientos, evaluación de las herramientas disponibles (línea gratuita nacional 7/24, página Web con información de red y canales de atención, oficinas de atención presenciales y/o virtuales, aplicativos y/o medios electrónicos) que permitan facilitar y minimizar a los usuarios los diferentes trámites. Evidenciar los resultados, indicadores y tableros de control para la evaluación y su mejoramiento. Análisis a nivel territorial (departamentos, distritos y municipios) y consolidado.	31 de diciembre 2020
2. Red de oficinas y puntos de atención al usuario (OT)	2.1. Documentar la red de oficinas y puntos de atención al usuario, en la cual se precisen las modalidades de atención, la ubicación geográfica de las oficinas de atención y la capacidad de atención a instalar.	2.1. Disponibilidad de canales de atención (Oficinas de Atención al Usuario físicas, no presenciales, virtuales, canales virtuales u otros) que garanticen la comunicación permanente y oportuna para el usuario y la entidad.	31 de diciembre 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

VI - Sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas

Criterios	Estándares		Gradualidad Habilitación
	Autorización	Habilitación	
1. Sistema estandarizado de gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (OT).	1.1. Procesos y procedimientos para la recepción, análisis, trámite y solución de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, que ingresen por los diferentes canales de atención, de conformidad con lo dispuesto por la normatividad vigente y con las características particulares para el asegurador y/o su población.	1.1. Evidenciar la solución oportuna y efectiva de las solicitudes de PQRD efectuadas por los usuarios, en forma oportuna y pertinente, identificando y priorizando el riesgo de la solicitud, las poblaciones especiales y situaciones particulares; discriminando las solicitudes de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) y aquellos no incluidos en el PBS (NO PBS) según los términos establecidos en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.	31 de diciembre 2020
	1.2. Descripción del sistema de evaluación periódica y mejora continua según sus resultados.	1.2. Demostrar el cumplimiento de los procedimientos para la recepción, análisis, trámite y solución efectiva, así como la implementación de un modelo o metodología que evidencie la trazabilidad de las solicitudes y los responsables; esta debe incluir el cálculo de indicadores de gestión, de resultados y tableros de control por territorio (departamentos, distritos y municipios) y consolidado.	31 de diciembre 2020
		1.3. Disponer de un sistema de información para la recepción y gestión de las PQRD de acuerdo con los lineamientos y definiciones establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud.	31 de diciembre 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

		1.4. Seguimiento de la gestión de las PQRD, donde se registre como mínimo: a) Fecha de radicación b) Canal de recepción c) Motivo de la PQRD d) Antecedentes (si es reiterada) e) Sentido de la respuesta f) Responsable de la respuesta g) Fecha de la respuesta h) Evaluación de la oportunidad en la respuesta i) Fecha de comunicación de la decisión al usuario j) Medio por el que se realizó la comunicación de la respuesta al usuario k) Clasificación de la PQRD en "con Riesgo de Vida" o "Sin Riesgo de Vida"	31 de diciembre 2020
2. Sistema estandarizado de la gestión de requerimientos judiciales: tutelas, incidentes de desacato y sanciones. (OT)	2.1. Procesos y procedimientos de la entidad para el registro, seguimiento, análisis y resolución de requerimientos judiciales, de acuerdo a la normatividad vigente y definiciones propias del asegurador.	2.1. Evidenciar la solución oportuna y efectiva de los requerimientos judiciales efectuados por los usuarios, identificando el suministro y/o la prestación efectiva, así como el cumplimiento de los procesos y procedimientos establecidos para la recepción, análisis, trámite y solución efectiva; mostrar la solución por nivel de riesgo. Así como la implementación de un modelo y/o metodologías que muestren la trazabilidad de las solicitudes y los responsables de la solución efectiva; estas deben incluir indicadores de gestión, de resultados y tableros de control por territorial (departamentos, distritos y municipios) y consolidado.	31 de diciembre 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

	2.2. Descripción del sistema de evaluación periódica y mejora continua según sus resultados.	2.2. Funcionamiento del sistema de gestión de tutelas que permita su trazabilidad, para ello es necesario que registre como mínimo: a) Fecha de radicación b) Motivo de la tutela c) Fecha del fallo de primera instancia d) Sentido del fallo de primera instancia e) Fecha del fallo de segunda instancia f) Sentido del fallo de segunda instancia g) Fecha de cumplimiento del fallo h) Existencia de Incidentes de Desacato. i) Clasificación de la tutela acorde a si es por tecnologías en salud cubiertas o no por el Plan de Beneficios en salud (PBS). j) Clasificación de la tutela acorde a si involucra prestaciones continuas o no.	31 de diciembre 2020
--	---	---	-----------------------------

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

VII - Fortalecimiento de la cultura de la seguridad social

Criterios	Estándares		Gradualidad Habilitación
	Autorización	Habilitación	
1. Mecanismos de Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas	1.1. Definir la estrategia para incentivar la participación ciudadana, la articulación con las Asociaciones de Usuarios; establecer los procesos y procedimientos de participación ciudadana y rendición de cuentas.	1.1. Mostrar los resultados de la implementación de estrategias, para incentivar la participación ciudadana, resolver los requerimientos recibidos a través de dichos mecanismos e implementar mecanismos de rendición de cuentas.	31 de diciembre 2020
		1.2. Despliegue de acciones dirigidas a promover la conformación de alianzas de usuarios y participación ciudadana.	31 de diciembre 2020
		1.3. Ejecución del procedimiento de convocatorias a los usuarios para el ejercicio de los mecanismos de la participación ciudadana.	31 de diciembre 2020
		1.4. Ejecución del procedimiento que permita tanto a las asociaciones de usuarios, como al usuario en general, acceder a la información que requiera para el ejercicio del control social.	31 de diciembre 2020
2. Impulso a la cultura de la Seguridad Social en Salud	2.1. Estrategias de capacitación al usuario en cultura de la Seguridad Social en Salud	2.1. Implementación de la capacitación al usuario en cultura de la Seguridad Social en Salud.	30 de junio 2021

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

VIII - Garantía de la prestación de los servicios de salud

Criterios	Estándares		Gradualidad Habilitación
	Autorización	Habilitación	
1. Prestación Efectiva de Servicios y Tecnologías en Salud (OT).	1.1 Procesos y procedimientos de la entidad para la recepción, trámite, autorización, prestación y/o suministro efectivo de los ordenamientos médicos de servicios y/o tecnologías en salud que requieran los afiliados, en los que se contemple continuidad en la atención y reducción de barreras de acceso.	1.1. Demostrar la prestación efectiva (ejecución de procedimientos, entrega de productos médicos (medicamentos y dispositivos médicos)) de la demanda real de los afiliados; en forma oportuna, pertinente y de calidad.	31 de diciembre 2020
	1.2. Descripción del sistema de evaluación periódica y de aprobación de planes de mejora para los procesos de autorización y prestación efectiva de servicios de salud.	1.2. Evidenciar a través de una metodología y/o modelo la trazabilidad de los ordenamientos médicos que emiten los prestadores de servicios de salud en ejecución de los diferentes acuerdos de servicios así como la programación de intervenciones individuales de valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud, programas especiales y gestión de riesgo en las modalidades de capitación, pago global prospectivo, entre otros modelos, pasando por la remisión o autorización de servicios hasta llegar a evidenciar la prestación efectiva de los procedimientos o entrega de productos médicos (medicamentos y dispositivos médicos). Análisis a nivel territorial (departamentos, distritos y municipios) y consolidado, incluyendo análisis por prestador y gestor farmacéutico.	31 de diciembre 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

	1.3. Establecer mecanismos para garantizar los derechos diferenciales en materia de copagos y cuotas moderadoras de grupos de población exceptuada del pago y la aplicación de los montos máximos permitidos por usuario.	1.3. Disponer de un modelo y/o metodología para identificar, organizar, cuantificar, valorar, monitorear y evaluar la prestación efectiva de la demanda real en salud de los usuarios; para esto deben contar con una herramienta que les permita disponer de la información de los prestadores de servicios y gestores farmacéuticos, a nivel territorial (departamentos, distritos y municipios) y consolidado. Deben contar con indicadores de gestión y/o de resultado, disponer de un tablero de control semaforizado por rangos de evaluación, para la gestión del asegurador y de cada prestador de servicios y gestores farmacéuticos.	31 de diciembre 2020
		1.4. Implementación del sistema de evaluación periódica (trimestral, semestral y anual) de la autorización y prestación efectiva de servicios para mejorar su efectividad y oportunidad.	31 de diciembre 2020
		1.5. Demostrar el cobro eficiente y pertinente de copagos y cuotas moderadoras, a través de la supervisión de los acuerdos de servicios, garantizando los derechos diferenciales para grupos de población exceptuada del pago, evaluando no superar el monto acumulado máximo permitido por usuario; mostrar los resultados de la implementación de herramientas que informen a los usuarios y prestadores la no ejecución de cobros y/o copagos, monitorear periódicamente (trimestral, semestral y anual) las bases de datos de cuotas moderadoras y copagos que entreguen los prestadores y gestores	31 de diciembre 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

		farmacéuticos dentro de la ejecución de los contratos.	
2. Red de Prestadores de Servicios de Salud (OT).	2.1. Descripción de la red de prestadores de servicios de salud con la que contará la entidad, según el modelo de salud, la demanda de necesidades de atención en salud de la población afiliada y la oferta de los servicios de salud disponible.	2.1. Conformación, organización y operación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud que proporcione el acceso a los servicios de salud que requiera la población afiliada en los departamentos o distritos donde están autorizados para operar, en los términos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicha conformación debe tener en cuenta la oferta de servicios de los territorios donde está autorizado a operar.	31 de diciembre de 2020
		2.2 Evidenciar la efectividad de la red de prestación de servicios (resultados en la atención con oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad optimizando el uso de recursos) en la operación y/o conformación de la red por cada territorio(departamento, distrito y municipio) y a nivel nacional; a través del análisis periódico (semestral y anual comparativo) y consolidado de las prestaciones efectivas por cada prestador y/o gestor farmacéutico comparando con la información de: a) Programación de intervenciones individuales de valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud, b) Remisión y/o autorización de ordenamientos médicos, c) Ejecución de los modelos de contratación (prestaciones efectivas, facturación y pago). d) Resultado en indicadores de calidad, vigilancia epidemiológica, entre otros.	31 de diciembre 2021

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

		2.3 Mostrar el ajuste en la red de prestación de servicios de salud, de acuerdo a la demanda real respecto a la oferta real de los prestadores y gestores farmacéuticos, con base en el análisis de la efectividad de la red de prestación y teniendo en cuenta la PQRDs y Tutelas por la no garantía de acceso resolutivo, equitativo, oportuno, continuo, eficiente y diferenciado de los servicios y tecnologías de salud a cargo de los prestadores de servicios y las acciones del asegurador para mantener la eficiencia de su red integral.	31 de diciembre 2021
3. Referencia y contrarreferencia. (OT)	3.1. Procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia de los usuarios afiliados, con responsabilidades y mecanismos de coordinación en cabeza de la entidad responsable de la operación del aseguramiento en salud, que garanticen accesibilidad, oportunidad y continuidad de la atención.	3.1. Implementación de los procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia.	31 de diciembre 2020
		3.2. Trazabilidad de los procesos de referencia y contrarreferencia para los usuarios en general con prioridad en cohortes de afiliados según criterio de riesgo; evitando la pérdida de la continuidad y completitud en la atención requerida por los usuarios.	31 de diciembre 2020
		3.3. Disponibilidad de canales de atención 7/24 que permitan la comunicación oportuna entre el asegurador y los prestadores. Así como la información al afiliado frente al estado del proceso.	31 de diciembre 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

X - Contratación y pago de tecnologías en salud

Criterios	Estándares		Gradualidad Habilitación
	Autorización	Habilitación	
1. Política de contratación y pagos	1.1 Determinar la política de contratación para los proveedores de tecnologías en salud y otros; está debe incluir las estrategias para la contratación de servicios que incentiven la gestión del riesgo en salud por parte de los prestadores y prioricen la generación de resultados; deberá incluir el manejo de conflicto de intereses.	1.1 Demostrar la implementación del Manual de Contratación establecido por el asegurador, especificando cada modalidad de contratación, en las etapas precontractual, contractual , de ejecución y liquidación tanto para los proveedores de tecnologías de salud como demás servicios que requiera la entidad para su funcionamiento. Se deberá demostrar la contratación de la demanda real de servicios respecto a la oferta disponible de cada prestador y/o proveedor de tecnologías en salud en coherencia con las modalidades de contratación. Se debe tener en cuenta la información derivada de la nota técnica en la contratación; previa firma de cualquier contrato.	31 de diciembre de 2020
	1. 2 Determinar la política de pagos para los proveedores de tecnologías en salud y otros; esta deberá estar acorde con las estrategias para la contratación de tecnologías en salud que incentiven la gestión del riesgo en salud por parte de los prestadores y prioricen la generación de resultados.	1.2. En todo momento, se deberá garantizar la ejecución los contratos en cuanto a la prestación efectiva de los servicios y tecnologías de salud; de igual forma para los demás servicios que requiera la entidad para su funcionamiento.	31 de diciembre de 2020
		1.3 Contar con un modelo y/o metodología para el monitoreo permanente y evaluación de la ejecución de los acuerdos de voluntades, incluyendo información del contrato respecto a las tarifas, presupuestos, metas e indicadores de gestión y resultado, información de ejecución (facturación, glosas, pagos, cuentas por	30 de junio 2021

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones".

		pagar, resultados de los indicadores). Deberá incluir un tablero de control por territorio (departamento, distritos y municipios), por prestador de servicios de salud y gestores farmacéuticos. Este deberá ser consolidado y presentado de manera periódica en el comité de riesgos.	
		1.4 Mostrar la trazabilidad en los pagos, de conformidad con los acuerdos de voluntades y la normativa vigente, efectuados a prestadores y proveedores de tecnologías de salud de acuerdo a la prestación y entrega efectiva de servicios y tecnologías en salud.	31 de diciembre 2021
		1.5. Cumplir con el pago acordado de los recursos a los prestadores de servicios de salud y gestores farmacéuticos por las obligaciones causadas por concepto de servicios y tecnologías en salud	31 de diciembre 2021
2. Organización y estructura de auditoría (OT)	2.1. Procesos de auditoría de calidad, concurrente, de cuentas médicas y otros, articulados con el proceso contractual, contable para reconocer la cuenta por pagar y aplicar una metodología de pagos. Precisar las herramientas y/o el sistema de información que permitan articular los diferentes procesos.	2.1. Evidenciar el resultado de la auditoría concurrente y de cuentas médicas a través de un modelo o metodología que muestre la trazabilidad desde el momento de radicación de la facturación por los diferentes medios electrónicos, digitales o físicos, los procedimientos de validación de tarifas y parámetros contratados, el estado de la auditoría, las glosas y la conciliación, el reconocimiento de las cuentas por pagar y los pagos efectuados.	31 de diciembre 2020
		2.2 Demostrar la existencia de un sistema de monitoreo y evaluación de la calidad en la red de prestadores y gestores farmacéuticos; este deberá visualizarse a nivel de territorial (departamentos, distritos y municipios) y consolidado.	30 de junio 2021

Continuación de la resolución “*Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones*”.

		2.3. Implementación de procedimientos que permitan establecer la atención efectiva de los usuarios, el cumplimiento de los contratos en el ámbito de prestación de servicios, financiero, de calidad y de satisfacción al usuario.	31 de diciembre 2021
--	--	--	----------------------

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

XI- Gestión del talento humano

Criterios	Estándares		Gradualidad Habilitación
	Autorización		
1. Gestión del Talento Humano	1.1. Procesos de talento humano, con énfasis en el desarrollo de competencias, especificando las fases de: a. Selección de personal, b. Inducción, formación continua y evaluación periódica del talento humano. c. Política y estrategias de talento humano. d. Evaluación del desempeño.	1.1. Evidenciar la implementación de la política de talento humano y los procesos de selección, capacitación y evaluación del desempeño que garanticen el conocimiento, competencias, experiencia y optimo desempeño del personal que hace parte de la entidad	31 de diciembre 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

XII – Tecnologías de información

Criterios	Estándares		Gradualidad Habilitación
	Autorización	Habilitación	
1. Plan estratégico de tecnologías de información.	1.1. Documentar el Plan estratégico de tecnologías de información para el desarrollo de sistemas de información en la entidad incluyendo la relación de los sistemas de información a adquirir y su plazo de implementación, los estándares de comunicación entre sedes, la estructura organizacional para la gestión de las tecnologías de información y las estrategias de tecnologías móviles para atención de los usuarios.	1.1 Evidenciar el óptimo funcionamiento del Sistema de Información, mostrando el desarrollo de los módulos y/o herramientas que permitan recopilar, analizar, interoperar y disponer de la información de los diferentes procesos del asegurador, la automatización de los procedimientos internos, la conexión remota entre sedes, los mecanismos de seguimiento, control y mejora de los servicios de tecnología, evaluación del grado de satisfacción de los usuarios.	31 de diciembre 2021
		1.2. Existencia de un área responsable y estrategia de planeación, desarrollo, gestión y evaluación de los sistemas de información de la entidad, que de como resultados la mejora continua de los mismos.	

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

2. Sistemas de información (OT).	2.1. Manuales del usuario y herramientas de entrenamiento en el uso de los sistemas de información.	2.1 Demostrar el funcionamiento, la interoperabilidad y las salidas continuas de información para los siguientes sistemas: a) Afiliación, novedades y reconocimiento de prestaciones económicas, que permita su depuración y el correcto y oportuno registro, para disponer de la información nominal actualizada para la operación del aseguramiento. Además de la sincronización de la información con el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). b) Peticiones, quejas, reclamos y denuncias, que permita su adecuada gestión. c) Gestión de requerimientos judiciales, que permita la trazabilidad en la gestión de los requerimientos. d) Gestión de riesgos en salud, que permita la verificación periódica del estado de salud, la trazabilidad y gestión individual de riesgos en salud, con énfasis en las actividades de valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud. Demostrar el cumplimiento del reporte oportuno, completo y de calidad de las fuentes de información que llegan al SISPRO tales como (BDUA, RIPS, SIVIGILA, CUPS, entre otros.); así como el seguimiento y las acciones de mejora en su red de IPS que reportan fuentes de información. e) Gestión de la red integral de prestación de servicios de salud y gestores farmacéuticos, permitiendo evidenciar el accionar de las Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud. f) Gestión de los procesos de referencia y contrarreferencia, con los elementos de	31 de diciembre 2021
----------------------------------	---	---	----------------------

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

		trazabilidad que den cuenta de la oportunidad, acceso y continuidad en la prestación de los servicios de salud al afiliado g) Gestión de riesgos económicos y operativos de la entidad. h) Gestión financiera y contable; generación de los estados financieros de la entidad, que brinden información financiera comprensible, transparente, comparable, pertinente, confiable y útil. i) Consolidación sobre contratación, facturación, auditoría y pago a proveedores de tecnologías en salud. La radicación de las facturas por parte de los prestadores y proveedores de tecnologías en salud, que garantice su trazabilidad y la información sobre su trámite en la Web de la entidad. j) Disponibilidad de la información para los procesos de gestión de los recursos con ADRES, que como mínimo incluya: recaudo de cotizaciones, compensación, liquidación mensual de afiliados, prestaciones económicas, giro directo, recobros por tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud y los demás que defina la Superintendencia Nacional de Salud. k) Recaudo agregado anual de los costos compartidos por los usuarios (copagos y cuotas moderadoras) a partir de lo reportado por las IPS de la red contratada.	
3. Seguridad, privacidad y trazabilidad de la información de la entidad (OT).	3.1. Política de seguridad, privacidad y confidencialidad de la información, adecuada al Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información para Gobierno en Línea y la normatividad vigente	3.1 Evidenciar la implementación periódica y ordenada de controles y mecanismos para alcanzar los niveles requeridos de seguridad, privacidad y trazabilidad de los Sistemas de Información y la información como tal.	31 de diciembre 2020

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

	sobre protección de datos personales y de manejo de información en el sector salud.		
		3.2 Cumplir con la calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia de la información solicitada por el Ministerio de salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, acorde con la normatividad vigente en cada materia.	31 de diciembre 2020
4. Contingencia, continuidad y respaldo de los sistemas de información de la entidad.	4.1. Plan de contingencia, continuidad y sistemas de respaldo que le permitan a la entidad, garantizar la integridad y disponibilidad de la información y continuar su operación ante un daño total o parcial de sus sistemas, destrucción de infraestructura, pérdida de información o robo de sus equipos de cómputo, así como regresar a su normal funcionamiento.	4.1 Demostrar la funcionalidad del plan de contingencia, continuidad y sistemas de respaldo. Implementación de procesos y procedimientos de soporte, y mantenimiento preventivo y correctivo de los servicios de tecnologías de la información, acorde con las necesidades de su operación. Mecanismos para realizar el mantenimiento evolutivo, gestión de cambios y corrección de fallos en sus sistemas de información y Entrenamiento al talento humano de la organización en el manejo del plan de contingencia.	31 de diciembre 2021
	4.2 Diseño de los módulos del sistema de información que contiene la información de los ordenamientos médicos, la remisión y/o autorización al Prestador o Proveedor según la modalidad de contrato, los valores o costo, la información de la atención o del suministro efectivo, el tablero de control y/o las herramientas de seguimiento y control a la prestación efectiva.	4.2. Funcionamiento efectivo del Sistema de Información que permita el manejo de los datos y operatividad acerca de la prestación de los servicios de salud, en forma pertinente y ágil, suministrando con alto grado de confiabilidad la información relevante acerca de la prestación de los servicios de salud, que incluya: a) Información oportuna y en línea de los ordenamientos médicos de los diferentes prestadores, b) Disponibilidad de mecanismos de remisión y/o autorización electrónica de servicios, para prestadores de servicios y usuarios, según las modalidades de contratación.	31 de diciembre 2021

Continuación de la resolución “Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”.

		c) Información oportuna y en línea de las atenciones recibidas por los usuarios, en prestadores y gestores farmacéuticos, en todas las modalidades de contratación. d) Interoperabilidad con los canales de comunicación dispuestos para el usuario que permitan la remisión y/o autorización de las tecnologías en salud, por medios electrónicos. e) Análisis de efectividad y oportunidad en la remisión y/o autorización de procedimientos, productos médicos (medicamentos y dispositivos médicos). f) Análisis de efectividad y oportunidad en la prestación efectiva de los servicios de salud y entrega de productos médicos (medicamentos y dispositivos médicos) ordenados o programados para los usuarios. g) Análisis de nota técnica en las remisiones y/o autorizaciones, en la prestación efectiva de los servicios de salud y entrega de productos médicos (medicamentos y dispositivos médicos) ordenados o programados para los usuarios.	
		4.3. Demostrar el uso efectivo de aplicativos y/o herramientas tecnológicas que le permitan a los afiliados y/o usuarios, disponer de la información de prestador primario asignado, red de servicios en cada ámbito de prestación, programación de acciones de promoción y prevención, remisiones, ordenamientos médicos y/o autorización de los ordenamientos médicos recibidos por el usuario, cobro de cuotas moderadoras y copagos, atenciones en salud recibidas por procedimiento y producto médico (medicamentos y dispositivos médicos).	31 de diciembre 2021

Continuación de la resolución *“Por la cual se modifica la Resolución 2515 de 2018 y se dictan otras disposiciones”*.
