

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

CIRCULAR EXTERNA NÚMERO [000007] DE 2020

PARA: ENTIDADES TERRITORIALES Y ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DE LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

DE: SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

ASUNTO: POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES SOBRE EL EJERCICIO DE LAS FUNCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL A NIVEL TERRITORIAL, HACIENDO OBLIGATORIA LA ADOPCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE AUDITORÍA Y DEL INFORME DE AUDITORÍA DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS

FECHA: 09 ENE 2020

I. ANTECEDENTES

El artículo 48 de la Constitución Política establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado. Así mismo, el artículo 49 ídem prevé que corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud, así como ejercer su vigilancia y control, funciones que son reiteradas en el artículo 365 al referirse a la regulación, control y vigilancia de los servicios públicos.

Por su parte el artículo 113 constitucional consagra el principio de colaboración armónica entre los órganos del Estado y el artículo 209 dispone la coordinación entre las autoridades administrativas. En tal sentido, el artículo 6 de la Ley 489 de 1998 que versa sobre el principio de coordinación y colaboración, dispone que las autoridades administrativas deben garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los fines y cometidos estatales.

El artículo 287 de la Carta Política contempla que las entidades territoriales son autónomas dentro de los límites de la Constitución y la Ley. Mientras que el artículo 298 Superior establece que los departamentos ejercen funciones administrativas, de coordinación, de complementariedad de la acción municipal, de intermediación entre la Nación y los municipios y de prestación de servicios que determine la Constitución y las leyes.

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

La Ley 715 de 2001 define las competencias en el ámbito territorial del sector salud, estableciendo en el artículo 43 las responsabilidades de los Departamentos, a los cuales corresponde: *"dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción"*, para lo cual les asignan múltiples funciones:

En cuanto a la dirección del sector salud les corresponde:

"43.1.2. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.

(...)

43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes."

En lo relativo a la prestación de servicios de salud les compete:

"43.2.3. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación."

Respecto de Salud Pública, tienen a cargo:

"43.3.3. Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento.
(...)

43.3.6. Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
(...)

43.3.9. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas."

Supersalud 	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL	CÓDIGO	GDFL03
	FORMATO	CIRCULAR EXTERNA 000001	VERSIÓN	1

Finalmente, en referencia al aseguramiento de la Población al SGSSS, los departamentos deben:

"43.4.1. Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993."

Con relación a las competencias en el ámbito municipal, el numeral 44.1.3 del artículo 44 de la Ley 715 de 2001 establece como función de dirección la de: *"Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción."*

Conforme al artículo 45 ibídem los distritos también tendrán las mismas competencias de los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.

Ahora bien, la Ley 1438 de 2011 a través de su artículo 29 prevé en lo relativo al régimen subsidiado: *"(...) Los Entes Territoriales administrarán el Régimen Subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios"*.

El artículo 2.6.1.2.1.1 del Decreto No. 780 de 2016 establece con relación al régimen subsidiado que:

"Las entidades territoriales vigilarán permanentemente que las EPS cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios. De evidenciarse fallas o incumplimientos en las obligaciones de las EPS, estas serán objeto de requerimiento por parte de las entidades territoriales para que subsanen los incumplimientos y de no hacerlo, remitirán a la Superintendencia Nacional de Salud, los informes correspondientes."

Según lo previsto por la ley, la vigilancia incluirá el seguimiento a los procesos de afiliación, el reporte de novedades, la garantía del acceso a los servicios, la red contratada para la prestación de los servicios de salud, el suministro de medicamentos, el pago a la red prestadora de servicios, la satisfacción de los usuarios, la oportunidad en la prestación de los servicios, la prestación de servicios de promoción y prevención, así como otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado, sin perjuicio de las demás obligaciones establecidas en las normas vigentes".

El artículo 68 de la Ley 715 de 2001 determinó: *"Inspección y vigilancia. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá como competencia realizar la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud y de los recursos del mismo"*.



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

Por otra parte, el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007 creó el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual está en cabeza de la Superintendencia, así mismo, el artículo 39 ídem señaló que corresponde a ésta fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSS, por tanto, las autoridades administrativas del sector salud en sus diferentes niveles deben conformar un engranaje en sus funciones y competencias a efectos de dar cumplimiento a los principios de la función administrativa consagrados en el artículo 209 de la Constitución Política, de conformidad con los lineamientos dados por la Superintendencia..

Atendiendo lo anterior, corresponde a las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal, ejercer funciones de inspección, vigilancia y control en su jurisdicción o ámbito territorial de competencia, relativas al aseguramiento y la prestación de servicios de salud, las cuales deben ejercerse dentro del sistema de inspección, vigilancia y control en cabeza de esta superintendencia.

Por su lado, el artículo 6 del Decreto 2462 de 2013 modificado por el Decreto 1765 de 2019, establece en su numeral 4 como función de la Superintendencia: *"Emitir instrucciones a los sujetos vigilados sobre la manera como deben cumplirse las disposiciones normativas que regulan su actividad, fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación"*.

Así mismo, dentro de las competencias asignadas de forma concreta al Despacho del Superintendente Nacional de Salud el artículo 7 del Decreto 2462 de 2013, también modificado por el artículo 2 del Decreto 1765 de 2019 establece en su numeral 5 que le corresponde: *"Impartir a los sujetos vigilados, las directrices e instrucciones, para el debido cumplimiento de las disposiciones que regulan su actividad."*

El numeral 17 del artículo 3 de la Ley 1949 de 2019 que modificó el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, prevé que constituye una infracción administrativa, *"Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud."*

Conforme con lo dispuesto en el artículo 2.5.2.1.1.2 del Decreto 780 de 2016 son responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud las siguientes:

"a) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador"



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

y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.

(...)

d) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitalización correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

(...)"

De acuerdo con lo expuesto, la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la presente, imparte instrucciones para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control a nivel territorial respecto de las Entidades Promotoras de Salud, estableciendo por medio de la presente circular la obligatoriedad en la adopción e implementación por parte de las entidades territoriales de la Guía de Auditoría y el Informe de Auditoría, que orientan el ejercicio de las competencias de manera uniforme, conjunta y articulada, sirviendo de base para la adopción de medidas, previo análisis, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

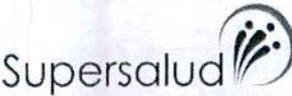
II. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Circular Externa está dirigida a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado y las Entidades Territoriales, quienes son sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con los numerales 121.1 y 121.2 del artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, respectivamente.

III. GENERALIDADES

La Superintendencia Nacional de Salud imparte instrucciones a las entidades territoriales y a las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, en ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia a nivel territorial, estableciendo por medio de la presente circular la obligatoriedad en la adopción e implementación por parte



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

de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales de la Guía de Auditoría que orienta el ejercicio de las competencias de manera estandarizada, uniforme, conjunta y articulada y el cargue de la información en el aplicativo dispuesto en ambiente web por la Superintendencia Nacional de Salud, el cual constituye el Informe de Auditoría.

La Guía de Auditoría y el Informe de Auditoría, el cual es diligenciado a través del aplicativo, tienen el propósito de armonizar y articular las competencias de Inspección y Vigilancia de las entidades territoriales de los diferentes órdenes, respecto de las Empresas Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, que operan en cada territorio, de manera que el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control responda a las realidades de cada uno de ellos.

La Guía de Auditoría está estructurada a partir de componentes, estándares, criterios a auditar, modo de verificación, situación evidenciada y normas presuntamente infringidas.

El Informe de Auditoría es el producto que debe ser presentado por las Entidades Territoriales a través de las Direcciones Territoriales de Salud ante la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los plazos fijados en la presente circular, a través del aplicativo dispuesto en ambiente web para su diligenciamiento y envío.

El aplicativo desarrolla la Guía de Auditoría y a través de éste se registran los hechos evidenciados y las pruebas documentales que sustentan los hallazgos en el ejercicio auditor, generando los reportes del caso, resultado de la auditoría.

En consecuencia, serán extemporáneos aquellos informes remitidos una vez vencidos los plazos aquí previstos; adicionalmente se tendrán por no presentados los informes enviados por mecanismos distintos a la herramienta tecnológica dispuesta para el efecto por la Superintendencia Nacional de Salud.

La Guía de Auditoría y el Informe de Auditoría estarán disponibles en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud como anexo de la presente Circular y serán actualizados por la entidad conforme a los cambios normativos y necesidades del sector salud, señalándose a qué versión corresponde.

IV. AUDITORÍA

Para el cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control, las entidades territoriales deben realizar auditoría al aseguramiento, la prestación de los servicios de salud y el deber de información a cargo de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado.



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

La auditoría debe entenderse como el proceso objetivo, sistemático y lógico para evaluar las evidencias relacionadas con los criterios, a fin de determinar la correspondencia de los hechos frente a las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud sobre las cuales se fundamentan los criterios objeto de evaluación.

A. Objeto de Auditoría

En cumplimiento de los principios de eficacia, economía y celeridad que deben orientar las actuaciones administrativas, definidos en los numerales 11, 12 y 13 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - C.P.A.C.A., la Superintendencia Nacional de Salud como cabeza del sistema de inspección, vigilancia y control, a través de la Guía de Auditoría y el Informe de Auditoría, focaliza los estándares y criterios relevantes para evaluar en el ámbito territorial las funciones asignadas a las Entidades Promotoras de Salud.

B. Etapas de la Auditoría

La realización de la auditoría debe llevarse a cabo respetando como mínimo, las siguientes etapas:

1. Planeación.

Para el éxito del ejercicio de auditoría, el equipo designado deberá:

- a) Conocer previamente la Guía de Auditoría y la estructura del Informe de Auditoría,
- b) Identificar las características generales de la entidad a valorar, como lo son: representante legal y gerente o director regional; dirección y datos de contacto; regímenes y capacidad de afiliación según el ámbito territorial autorizados por la Superintendencia Nacional de Salud, así como las medidas administrativas especiales en curso cuando aplique; población afiliada y caracterización poblacional; Redes de Prestadores de Servicios de Salud y; peticiones, quejas y reclamos presentados ante la entidad territorial contra la EPS.

Con base en los requisitos establecidos para esta etapa, la autoridad territorial competente, mediante acto administrativo de trámite ordenará la realización de la auditoría, estableciendo, como mínimo en su parte resolutive, los objetivos y alcances, fechas y lugares de ejecución, la identificación del equipo auditor y del coordinador de la auditoría.

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

Las entidades territoriales garantizarán todos los recursos necesarios para la ejecución de las auditorías.

La Entidad Territorial en esta etapa, comunicará por el medio más expedito y eficaz legalmente permitido, a la Empresa Promotora de Salud, la realización de la auditoría, dentro de los cinco días (5) hábiles anteriores a la fecha en que va a llevarse a cabo la misma, indicando la fecha y los requerimientos de información de que debe disponer el auditado para la adecuada ejecución de la auditoría, la cual se llevará a cabo en la jurisdicción del departamento, distrito o municipio que ejecuta la auditoría.

2. Ejecución

Esta etapa iniciará con una reunión de apertura, que contará con la participación de las personas designadas por la Dirección de la EPS y en la cual se presentará al equipo auditor y se expondrán las metodologías y los procedimientos aplicables al proceso; así mismo, se definirán los recursos necesarios y se revisarán los protocolos de seguridad y emergencia.

Posteriormente, se indagará y recopilará la información pertinente para evidenciar la observancia de los criterios definidos en la "Guía de Auditoría", procediéndose a registrar y cargar los soportes que den cuenta de los hechos encontrados, las valoraciones del equipo auditor y las evidencias que soportan las observaciones y hallazgos, a través de la herramienta tecnológica definida por la Superintendencia Nacional de Salud, que constituirá el Informe de Auditoría, archivo que podrá ser descargado por la entidad territorial una vez finalizado el proceso auditor.

3. Evaluación y Análisis

Con base en los resultados de las auditorías realizadas por las entidades territoriales, la Superintendencia Nacional de Salud previo análisis de los informes remitidos determinará las actuaciones a que haya lugar, de conformidad con las competencias definidas en la normatividad del SGSSS.

V. RESPONSABLES POR COMPONENTES

La Guía de Auditoría y el Informe de Auditoría constan de los componentes mínimos cuya implementación y aplicación son distribuidos entre las entidades territoriales, las cuales deberán auditar a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado que operen en su jurisdicción, así:

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

Entidades territoriales	Componente
Departamentos	Aseguramiento Información
Municipios	Prestación de Servicios Prestación de Servicios de Promoción y Prevención Información
Distritos	Aseguramiento Prestación de Servicios Prestación de Servicios de Promoción y Prevención Información

VI. PLAZOS Y PERIODO DE AUDITORIA

Los periodos objeto de auditoría y los plazos para el cargue de la información a través de la herramienta tecnológica por parte de las entidades territoriales a la Superintendencia Nacional de Salud, serán las siguientes:

1. Para departamentos y distritos:

Período objeto de auditoría	Plazos máximos para cargue de información
Julio 1º a diciembre 31	Último día hábil de marzo
Enero 1º a junio 30	Último día hábil de septiembre

2. Para municipios:

Período objeto de auditoría	Plazos para primer cargue de información por los municipios	Plazos para revisión de la información por el departamento	Plazos para ajustes a la información por los municipios	Plazos máximos para cargue de información avalada por el departamento
Julio 1º a diciembre 31	Enero 1º a febrero 15	Febrero 16 a 28	Marzo 1º a 15	Último día hábil de marzo
Enero 1º a junio 30	Julio 1º a agosto 15	Agosto 16 a 31	Septiembre 1º a 15	Último día hábil de septiembre



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

VII. INSTRUCCIONES

Para los fines del ejercicio de la inspección y vigilancia del aseguramiento y la prestación de servicios definidos en la presente Circular, se imparten las siguientes instrucciones:

A. A las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado

Las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado deberán:

1. Suministrar oportunamente la totalidad de la información requerida por las Entidades Territoriales de los diferentes niveles, en el ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control.
2. Contar con los recursos humanos, técnicos y logísticos que permitan el desarrollo de la auditoría por parte de las entidades territoriales de los diferentes niveles, para lo cual deberán entregar la información a la autoridad departamental, distrital o municipal que esté llevando a cabo la auditoría.

B. A las Entidades territoriales

Son deberes comunes para todas las entidades:

1. Aplicar la Guía de Auditoría establecida por la Superintendencia Nacional de Salud como instrumento para cumplir con las funciones de Inspección y Vigilancia respecto de las Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado que operen en su jurisdicción. Lo anterior, sin perjuicio de los demás asuntos sobre los cuales las entidades territoriales consideren necesario ejercer sus funciones.
2. Llevar a cabo la auditoría siguiendo para el efecto la Guía de Auditoría por cada Empresa Promotora de Salud que opere en su jurisdicción, conforme a la estructura definida por la Superintendencia Nacional de Salud, diligenciando la totalidad de los ítems que lo componen. Cuando una Empresa Promotora de Salud administre los dos regímenes, la auditoría se realizará por separado por cada régimen.
3. Remitir el Informe de Auditoría, dentro de los plazos establecidos en esta circular, a través de la herramienta tecnológica dispuesta por la Superintendencia Nacional de Salud en la página web.
4. Abstenerse de modificar la estructura y contenidos de la Guía de Auditoría.

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

5. Recolectar las evidencias que sirven de sustento de los hechos y hallazgos evidenciados en el desarrollo de la auditoría y adjuntarlas por cada criterio en el Informe de Auditoría. La evidencia deberá corresponder exclusivamente a los hechos cuyo cumplimiento se pretende verificar probar y será cargada por cada criterio en forma ordenada, lógica, legible y clara, de manera que sea congruente con las situaciones identificadas. No se deben cargar o acumular evidencias que no correspondan a cada criterio y elemento a auditar.
6. Valorar las evidencias de acuerdo con la normatividad vigente aplicable a cada criterio a auditar, de manera que los hallazgos respondan a la realidad de la institución objeto de auditoría.
7. Firmar digitalmente por parte del representante legal de la entidad territorial el Informe de Auditoría remitido a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo cual se observarán las pautas dadas en el Capítulo Primero denominado "SEGURIDAD TÉCNICA Y JURÍDICA PARA LAS COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD QUE REQUIEREN FIRMA DIGITAL" del Título Primero "DISPOSICIONES GENERALES" de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o aquella que la modifique o sustituya. (Circular Externa No. 047 de noviembre 30 de 2007).

C. A los Departamentos:

Además de las previstas en el literal B, deberán:

1. Brindar asistencia técnica a los municipios de su jurisdicción en la adopción e implementación de la Guía de Auditoría y en el diligenciamiento del Informe de Auditoría.
2. Validar las auditorías realizadas por los municipios de su jurisdicción, para lo cual deberá analizar la información cargada en el aplicativo, en cumplimiento del rol de verificador dado por éste, debiendo solicitar las aclaraciones y correcciones que estime necesarias a fin de que los mismos sean remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud en condiciones de calidad y oportunidad.

D. A los Municipios:

Además de las previstas en el literal B, deberán:



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

Realizar las aclaraciones y correcciones solicitadas por el departamento en el aplicativo con el objeto de que la información de las auditorías sea remitida a la Superintendencia Nacional de Salud en condiciones de calidad y oportunidad.

VIII. CONTROL AL CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR, VIGENCIA Y DEROGATORIAS

De conformidad con lo establecido en los artículos 3, 4 y 5 de la Ley 1949 de 2019, modificatorios de la Ley 1438 de 2011, la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en la presente circular dará lugar al inicio de los procesos administrativos sancionatorios correspondientes por parte de esta Superintendencia, sin perjuicio de otros tipos de responsabilidad que su infracción pudiera generar.

La presente Circular Externa rige a partir de su publicación en el Diario Oficial y deroga la Circular 006 de 2011 y la Resolución 420 de 2010.

Dada en Bogotá, a los **09 ENE 2020**

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,


FABIO ARISTIZÁBAL ÁNGEL
 Superintendente Nacional de Salud

- Elaboró: Carolina Ávila Lizarazo – Profesional Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional 
 Rodrigo Antonio Hernández – Profesional Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional 
 Revisó: José Manuel Suárez Delgado – Coordinador (E) Oficina Asesora Jurídica 
 Nidia Zoraya Cáceres Moreno – Director de Inspección y Vigilancia para Entidades Territoriales 
 Sulby Patricia McBain Millan – Director de Inspección y Vigilancia para Entidades Administradoras de Planes de Beneficios 
 Aprobó: Mario Camilo Leon Martínez – Jefe Oficina Asesora Jurídica 
 José Oswaldo Bonilla Rincón - Superintendente Delegado para la Supervisión Institucional 
 María Andrea Godoy Casadiego – Asesora Superintendencia Nacional de Salud 
 Daniel Andrés Pinzón Fonseca - Jefe Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgos 

Guía de Auditoría Inspección y Vigilancia del Aseguramiento y Prestación por parte de las Entidades Territoriales

1. OBJETIVO

Guiar el ejercicio de auditoría como estrategia para el cumplimiento de las funciones de inspección y vigilancia por parte de las Entidades Territoriales en relación con las responsabilidades y obligaciones del aseguramiento a cargo de las Empresas Promotoras de Salud.

2. ALCANCE

Auditar el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud a cargo de las Empresas Promotoras de Salud que operan en la jurisdicción de los departamentos, distritos y municipios.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Esta guía aplica para las entidades territoriales y Empresas Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

4. GENERALIDADES

La Ley 715 de 2001 define las competencias en el ámbito territorial del sector salud, estableciendo en el artículo 43 las responsabilidades de los Departamentos, las cuales en virtud el artículo 45 también deben ejercer los Distritos, correspondiéndoles **“dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción”**, para lo cual les asignan múltiples funciones.

En cuanto a la dirección del sector salud les corresponde:

“43.1.2. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.

(...)

43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.”

En lo relativo a la prestación de servicios de salud les compete:



“43.2.3. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.”

Respecto de Salud Pública, tienen a cargo:

*“43.3.3. Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento.
(...)”*

*43.3.6. Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
(...)”*

43.3.9. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.”

Finalmente, en lo que hace referencia al aseguramiento de la Población al SGSSS, deben:

“43.4.1. Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993.”

La misma ley citada define como función de dirección de los municipios en el numeral 44.1.3. del artículo 44 la de: *“Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.”*

Ahora bien, la Ley 1438 de 2011 a través de su artículo 29 en lo relativo al régimen subsidiado, hace extensiva esta competencia a todas las entidades territoriales, en los siguientes términos: *“Los Entes Territoriales administrarán el Régimen Subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios”.*

Concomitante con lo anterior, el artículo 2.6.1.2.1.1. del Decreto No. 780 de 2016 establece que *“las entidades territoriales vigilarán permanentemente que las EPS cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios. De evidenciarse fallas o incumplimientos en las obligaciones de las EPS, estas serán objeto de requerimiento por parte de las entidades territoriales para que subsanen los incumplimientos y de no hacerlo, remitirán a la Superintendencia Nacional de Salud, los informes correspondientes.*

Según lo previsto por la ley, la vigilancia incluirá el seguimiento a los procesos de afiliación, el reporte de novedades, la garantía del acceso a los servicios, la red contratada para la prestación de los servicios de salud, el suministro de medicamentos, el pago a la red prestadora de servicios, la satisfacción de los usuarios, la oportunidad en la prestación de los servicios, la prestación de servicios de promoción y prevención, así como otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado, sin perjuicio de las demás obligaciones establecidas en las normas vigentes”.



Atendiendo lo anterior, corresponde a las entidades territoriales ejercer funciones de inspección y vigilancia en su jurisdicción, relativas a la dirección del sector salud, prestación de los servicios, salud pública y aseguramiento, las cuales deben ejercerse dentro del sistema de inspección, vigilancia y control en cabeza de esta Superintendencia.

Por otra parte, el artículo 36 de la Ley 1122 de 2007 crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual está en cabeza de la Superintendencia, por tanto, las autoridades administrativas del sector salud en sus diferentes niveles deben conformar un engranaje en sus funciones y competencias a efectos de dar cumplimiento a los principios de la función administrativa consagrados en el artículo 209 de la Constitución Política.

De acuerdo con el numeral 5 del artículo 7 del Decreto 2462 de 2013 corresponde al Superintendente Nacional de Salud *“impartir a los sujetos vigilados, las directrices e instrucciones, para el debido cumplimiento de las disposiciones que regulan su actividad.”* En este sentido, conforme con el artículo 130 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 3º de la Ley 1949 de 2019, constituye una conducta que vulnera el SGSSS el *“incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia”*.

Con base en lo expuesto, esta Superintendencia imparte instrucciones a través de la presente Guía de Auditoría a ser adoptada e implementada por parte de las entidades territoriales, para orientar el ejercicio de las competencias de Inspección y Vigilancia en los territorios de manera uniforme, conjunta, articulada y que permita la adopción de medidas de conformidad con las competencias a cargo de este ente de control.

En este sentido, la presente guía está integrada por: i) componentes, ii) estándares, iii) criterios, iv) el modo de verificación, v) situación evidenciada, y; vi) normas presuntamente infringidas, de manera que el auditor ejecute la auditoría teniendo en cuenta los parámetros que se detallan más adelante. Igualmente, la guía contiene la estructura y condiciones para acceder y presentar las evidencias que soportan los hallazgos a ser remitidos ante esta Superintendencia.

5. DESARROLLO DE LA GUÍA

Para efectos de las acciones de Inspección y Vigilancia que en tal sentido debe adelantar las Entidades Territoriales, a continuación, se presentan las variables a seguir a fin de verificar lo correspondiente al aseguramiento y la prestación de los servicios de salud y la estructura de presentación de las evidencias y hallazgos a remitir a la Superintendencia Nacional de Salud.

5.1. COMPONENTE ASEGURAMIENTO

La siguiente tabla ilustra los criterios a evaluar para el Aseguramiento en Salud en la EPS:

ESTANDAR	CRITERIO PARA EVALUAR	MODO DE VERIFICACIÓN	SITUACIÓN EVIDENCIADA	NORMAS PRESUNTAMENTE INFRINGIDAS
Caracterización Poblacional	1. La EPS cuenta con una caracterización poblacional que contenga el análisis demográfico de su población afiliada.	Consulte en la BDUA el número de afiliados por sexo y edad y verifique que coincida con la caracterización poblacional de la EPS. Tenga en cuenta que coincida el corte de información de la BDUA con el corte de la construcción del documento de caracterización, la cual debe ser actualizada anualmente. (Art. 18 Res. 1536/15).	1. La caracterización de la población de la EPS contiene la población del Departamento caracterizada de acuerdo con el reporte de los afiliados de la BDUA. 2. La caracterización de la población de la EPS NO contiene la población del Departamento caracterizada de acuerdo con el reporte de los afiliados de la BDUA.	Artículos 12, 13 y 17 de la Resolución 1536 de 2015.
	2. Verifique que el documento de caracterización contenga la programación de las intervenciones de protección específica, detección temprana y de atención de las enfermedades de interés en salud pública (numeral 17.4 Artículo 17 Resolución 1536 de 2015. Indague el número de diagnósticos confirmados por cada evento de interés en salud pública. (Art. 7 Acuerdo 117/98)	Solicite los diez eventos de interés en salud pública (Art. 7 Acuerdo 117/98) del Departamento de mayor frecuencia y verifique que estén contenidos en la caracterización poblacional de la EPS. Indague el número de diagnósticos confirmados por cada evento. Tenga en cuenta que coincida el corte de información de los eventos de interés en salud pública con el corte de la construcción del documento de caracterización, la cual debe ser actualizada anualmente (Art. 18 Res. 1536/15).	1. La caracterización de la población de la EPS tiene en cuenta los principales eventos de interés en salud pública del Departamento. 2. La caracterización de la población de la EPS NO tiene en cuenta los principales eventos de interés en salud pública del Departamento.	Artículos 12, 13 y 17 de la Resolución 1536 de 2015.
Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS	3. La EPS realizó los trámites de Habilitación de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS ante la Entidad Territorial.	Manifieste si la EPS realizó la autoevaluación y declaración de acuerdo con el Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud ante la entidad territorial, dentro de los plazos previstos. Si a ello hubiere lugar, manifieste si la EPS subsanó los incumplimientos de los estándares y criterios de habilitación producto de la verificación realizada por la entidad territorial.	1. La EPS realizó la autoevaluación y declaración de acuerdo con el Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y, subsanó los incumplimientos. 2. La EPS NO realizó la autoevaluación y declaración de acuerdo con el Manual de Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y, no subsanó los incumplimientos.	Artículo 8 y numeral 14.2 del artículo 14 de la Resolución 1441 de 2016
Mejoramiento de los indicadores de calidad	4. La EPS realizó análisis de los indicadores de monitoreo de la calidad en salud (Res. 256/16) e implementó estrategias de mejoramiento.	Verifique los indicadores de calidad (33 en total) en la vigencia anterior e identifique aquellos cuyo comportamiento es desfavorable a las condiciones de salud de la población afiliada y respecto de éstos indague si la EPS ha adoptado estrategias de mejora para los resultados de esos indicadores.	1. La EPS analizó los indicadores de monitoreo de la calidad e implementó estrategias de mejoramiento. 2. La EPS NO analizó los indicadores de monitoreo de la calidad e implementó estrategias de mejoramiento.	Artículo 14 de la Resolución 256 de 2016
Afiliación y Novedades	5. La EPS cuenta con el rol en el Sistema de Afiliación Transaccional - SAT y realiza las verificaciones relacionadas con la afiliación y novedades.	Verifique que la EPS se encuentra inscrita en el rol de entidad promotora de salud en el SAT y de una muestra de afiliados compruebe que realiza las verificaciones de actualización y corrección de información del afiliado, condición e inclusión de beneficiario y, traslados por unificación familiar. La muestra será determinada según la metodología establecida por la SNS.	1. La EPS cuenta con el rol en el SAT y realiza las verificaciones de su competencia. 2. La EPS NO cuenta con el rol en el SAT y realiza las verificaciones de su competencia.	Artículos 2.1.2.3. y 2.1.2.5. del Decreto 780 de 2016, artículos 4, 8, 16 y 22 y literal i) del numeral 1 del Anexo de la Resolución 768 de 2018.
	6. La EPS garantiza a los usuarios en movilidad o portabilidad la continuidad del aseguramiento y la prestación de los servicios que venían recibiendo.	Tome una muestra de los afiliados que se encuentren en movilidad o portabilidad y verifique la autorización y/o prestación efectiva de los servicios solicitados, indagando la fecha de atención. La muestra será determinada según la metodología establecida por la SNS.	1. La EPS garantiza el aseguramiento y la prestación a los usuarios en movilidad o portabilidad. 2. La EPS NO garantiza el aseguramiento y la prestación a los usuarios en movilidad o portabilidad.	Artículo 3 y numeral 4.1.1. del artículo 4 de la Resolución 5600 de 2015, artículo 2.1.3.4 del Decreto 780 de 2016. Artículos 2.1.12.5 y 2.1.12.6 2.1.3.4 del Decreto 780 de 2016.

ESTANDAR	CRITERIO PARA EVALUAR	MODO DE VERIFICACIÓN	SITUACIÓN EVIDENCIADA	NORMAS PRESUNTAMENTE INFRINGIDAS
Información	7. La EPS cumple sus obligaciones de información	Verifique los requerimientos realizados por la Entidad Territorial a la EPS, realice la trazabilidad de estos, cerciorándose de que hayan sido recibidos por un canal válido de la EPS y determine cuáles no han sido respondidos oportunamente o fueron respondidos de manera incompleta o insuficiente. Incluya los requerimientos de información que surjan de la aplicación de este instrumento.	1. La EPS da respuesta oportuna a los requerimientos de la Entidad Territorial 2. La EPS NO da respuesta oportuna a los requerimientos de la Entidad Territorial	Numerales 11, 12 y 17 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019.

Tabla 1. Criterios de evaluación para el Aseguramiento en Salud

5.2. COMPONENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La siguiente tabla ilustra los criterios a evaluar para el Prestación de servicios en Salud en la EPS:

ESTANDAR	CRITERIO PARA EVALUAR	MODO DE VERIFICACIÓN	SITUACIÓN EVIDENCIADA	NORMAS PRESUNTAMENTE INFRINGIDAS
Garantía en la prestación de los servicios de salud	8. La EPS garantiza a los afiliados la atención de los servicios de salud con accesibilidad, oportunidad y continuidad.	Solicite las cohortes actualizadas de las enfermedades reportadas a la cuenta de alto costo (Cáncer, VIH, ERC, Hemofilia, Artritis Reumatoidea y Hepatitis C). De una muestra de casos, verifique los tiempos transcurridos entre la orden, autorización y prestación efectiva de los siguientes servicios ambulatorios, según patología: pediatría, ginecobstetricia, medicina interna, ortopedia y traumatología, cirugía general, cirugía oncológica pediátrica, oncología, oncología y hematología pediátrica, quimioterapia, radioterapia, nefrología, infectología, hematología, hematología oncológica, hemodiálisis, diálisis peritoneal, reumatología y, laboratorio clínico de alta complejidad. La muestra será determinada según la metodología establecida por la SNS.	1. La atención se garantizó con oportunidad, acceso y continuidad. 2. La atención NO se garantizó con oportunidad, acceso y continuidad. Nota: Para autorizaciones tenga en cuenta que el término no debe superar cinco días hábiles.	Numerales 1, 2 y 5 del artículo 2.5.1.2.1. del Decreto 780 de 2016 Artículo 2, literales c), d) y e) del artículo 6 y artículo 8 de la Ley 1751 de 2015. Artículo 125 del Decreto Ley 019 de 2012 Resolución 5857 de 2018.
	9. La EPS asigna las citas de odontología general y medicina general, sin exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud e, informa al usuario la fecha para la cual se asigna la cita.	Verifique telefónicamente la disponibilidad de citas para odontología general y medicina general en el municipio de residencia del afiliado, de acuerdo con la red suministrada por el asegurador, tomando como punto de partida el número de identificación de un afiliado.	1. La EPS asigna citas dentro de los tres (3) días hábiles e informa al usuario la fecha de asignación. 2. La EPS NO asigna citas dentro de los tres (3) días hábiles e informa al usuario la fecha de asignación.	Artículo 123 del Decreto 019 de 2012; parágrafo 3 del artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013; artículo 124 del Decreto Ley 019 de 2012; numerales 1 y 2 del artículo 2.5.1.2.1. y parágrafo 1 del artículo 2.5.3.4.5. del Decreto 780 de 2016; artículo 14 de la Resolución 5857 de 2018; parágrafo 1 del art. 16 de la Ley 1122 de 2007.
	10. La EPS tiene agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada todos los días hábiles del año e, informa al usuario la fecha para la cual se asigna la cita.	Verifique telefónicamente la disponibilidad de citas para medicina especializada (pediatría, ginecología, medicina interna, ortopedia, cirugía, oncología, cardiología, nefrología, infectología, hematología), de acuerdo con la red suministrada por el asegurador, tomando como punto de partida el	1. La EPS tiene agendas abiertas todos los días hábiles e informa al usuario la fecha de asignación de cita. 2. La EPS NO tiene agendas abiertas todos los días hábiles e informa al usuario la fecha de asignación de cita.	Artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013 Artículo 124 del Decreto Ley 019 de 2012 Numerales 1 y 2 del Artículo 2.5.1.2.1. del Decreto 780 de 2016 Artículo 12 de la Resolución 5857 de 2018.

ESTANDAR	CRITERIO PARA EVALUAR	MODO DE VERIFICACIÓN	SITUACIÓN EVIDENCIADA	NORMAS PRESUNTAMENTE INFRINGIDAS
		número de identificación de un afiliado que tenga autorizado el servicio.		
	11. La EPS garantiza la operación del sistema de referencia y contrarreferencia dispone de una red de prestadores disponible y suficiente en todos los niveles de complejidad, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.	De una muestra de casos que se encuentren en trámite de referencia y contrarreferencia, verifique que en pacientes cuya prioridad de remisión es urgente, la llegada del paciente al prestador receptor haya superado las 12 horas desde que se realizó la primera solicitud. La muestra será determinada según la metodología establecida por la SNS.	1. La EPS realizó las remisiones de los pacientes, catalogadas como urgentes dentro de las 12 horas siguientes a la solicitud. 2. La EPS NO realizó las remisiones de los pacientes, catalogadas como urgentes dentro de las 12 horas siguientes a la solicitud.	Artículo 2.5.3.2.16 y numeral 4 del artículo 2.5.2.3.8. del Decreto 780 de 2016
	12. La EPS asegura la entrega de medicamentos de manera inmediata y excepcionalmente dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud.	Solicite las cohortes actualizadas de las enfermedades reportadas a la cuenta de alto costo (Cáncer, VIH, ERC, Hemofilia y Hepatitis C). De una muestra de casos, verifique los tiempos transcurridos entre la orden, autorización y entrega efectiva de los siguientes medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios, según patología: quimioterapéuticos, inmunosupresores, retrovirales y factores de coagulación. La muestra será determinada según la metodología establecida por la SNS.	1. La entrega del medicamento se garantizó dentro de las 48 horas. 2. La entrega del medicamento NO se garantizó dentro de las 48 horas.	Artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 Artículos 38 y 47 de la Resolución 5269 de 2017 Números 1 y 2 del Artículo 2.5.1.2.1. del Decreto 780 de 2016 Artículo 1 de la Resolución 1604 de 2013.
	13. La EPS garantiza los mecanismos de atención al usuario.	Verifique que los afiliados a la EPS tengan en el municipio de residencia un lugar al cual acudir para ser atendidos por la aseguradora. Pruebe que la línea de atención telefónica y la página web estén funcionando para la recepción de PQRS.	1. La EPS garantiza los mecanismos de atención al usuario. 2. La EPS NO garantiza los mecanismos de atención al usuario.	Artículo 2.10.1.1.3. del Decreto 780 de 2016 e inciso 15 del numeral 4.2. y numeral 4.4. del artículo 4 de la Resolución 4343 de 2012.
	14. La EPS resuelve las peticiones, quejas y reclamos oportunamente.	Tome una muestra de PQR presentadas por los afiliados en la EPS y verifique que hayan sido resueltas de fondo dentro de los plazos establecidos (15 días o de inmediato cuando esté en peligro inminente la vida o la integridad). La muestra será determinada según la metodología establecida por la SNS.	1. La EPS resuelve oportunamente las PQRS de sus afiliados. 2. La EPS NO resuelve oportunamente las PQRS de sus afiliados.	Numerales 4.2. y 4.4. del artículo 4 de la Resolución 4343 de 2012, en concordancia con los artículos 14 y 20 de la Ley 1437 de 2011
	15. La EPS tiene fallos de tutela en contra por tecnologías en salud incluidas en el Plan de Beneficios.	Solicite los fallos de tutela emitidos a favor de afiliados contra la EPS residentes en el municipio. De una muestra de casos, verifique los tiempos transcurridos entre la orden, autorización y prestación efectiva de la tecnología en salud objeto de fallo de tutela. La muestra será determinada según la metodología establecida por la SNS.	1. La EPS tiene fallos de tutela de tecnologías en salud del Plan de Beneficios. 2. La EPS NO tiene fallos de tutela de tecnologías en salud del Plan de Beneficios.	Numerales 1, 2 y 5 del Artículo 2.5.1.2.1. del Decreto 780 de 2016. Artículo 2, literales c), d) y e) del artículo 6 y artículo 8 de la Ley 1751 de 2015. Artículo 9 de la Resolución 5857 de 2018

Tabla 2. Criterios de evaluación para el Prestación de servicios en Salud

5.3. COMPONENTE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

La siguiente tabla ilustra los criterios a evaluar para la prestación de servicios de promoción y prevención en la EPS:

ESTANDAR	CRITERIO PARA EVALUAR	MODO DE VERIFICACIÓN	SITUACIÓN EVIDENCIADA	NORMAS PRESUNTAMENTE INFRINGIDAS
Prestación de servicios de promoción y prevención	16. La EPS cuenta con estrategias de demanda inducida.	<p>*Verificar si tiene documentadas las estrategias de demanda inducida.</p> <p>*Verificar si se realizó, en menores de cinco años, demanda inducida para las actividades de: Vacunación y Atención Preventiva de salud bucal.</p> <p>*Verificar si se realizó, en personas de 27 a 59 años, demanda inducida para las actividades de: atención de planificación familiar, detección temprana de cáncer de cuello uterino y detección temprana de cáncer de seno.</p>	<p>1. La EPS realizó demanda inducida a menores de cinco años y adultos entre los 27 y 59 años.</p> <p>2. La EPS NO realizó demanda inducida a menores de cinco años y adultos entre los 27 y 59 años.</p>	<p>Artículo 14 de la Resolución 1536 de 2015</p> <p>Artículos 1 y 3 del Acuerdo 117 de 1998</p>
	17. La EPS garantiza las intervenciones individuales de la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud.	<p>Solicite las cohortes según la actividad por cursos de vida y de una muestra de casos trazadores, verifique si recibieron:</p> <p>a. Primera Infancia (7 días hasta un día antes de cumplir los 6 años) - Cohorte de niños en este curso de vida: i) Valoración Integral: Atención por enfermería – ii) Protección Específica: Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).</p> <p>b. Infancia (6 años hasta un día antes de cumplir los 12 años) - Cohorte de niños en este curso de vida: i) Valoración Integral: Atención en salud por medicina general o especialista en pediatría o medicina familiar. ii) Protección Específica: Aplicación de barniz de flúor.</p> <p>c. Adultez (29 a los 59 años): i) Detección Temprana: Colposcopia cervicouterina – Según hallazgos de las pruebas de tamización – Cohorte de mujeres con citologías con resultados positivos ii) Detección Temprana: Tamizaje para cáncer de mama (Mamografía) – Cohorte de mujeres desde los 50 hasta los 59 años iii) Detección Temprana: Biopsia de próstata – Según hallazgos de las pruebas de tamización – Cohorte de hombres desde los 50 hasta los 59 años con PSA anormal (elevado).</p> <p>d. Vejez (60 años en adelante): i) Detección Temprana: Biopsia de próstata – Según hallazgos de las pruebas de tamización – Cohorte de hombres desde los 60 hasta los 75 años con PSA anormal (elevado).</p> <p>La muestra será determinada según la metodología establecida por la SNS.</p>	<p>1. La EPS garantizó las actividades, procedimientos e intervenciones de la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud en su población afiliada.</p> <p>2. La EPS NO garantizó las actividades, procedimientos e intervenciones de la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud en su población afiliada.</p>	<p>Art. 2, 3, 8 y 9 de la Resolución 412 de 2000</p> <p>*Normas vigentes a partir del 03/02/2019.</p> <p>Numerales 3, 4, 5 y 6 del numeral 2.2.3. y; numerales 3.3.1, 3.3.2, 3.3.5 y 3.3.6 del Numeral 3.3. e inciso tercero ídem, del numeral I Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Resolución 3280 de 2018, en concordancia con los artículos 4 y 7 ídem.</p> <p>Numeral 9.4 del artículo 9 de la Resolución 3202 de 2016.</p> <p>Artículo 9 de la Resolución 5857 de 2018</p>
	18. La EPS garantiza las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal - RIAMP.	<p>Solicite las cohortes según la actividad y de una muestra de casos trazadores, verifique si recibieron:</p> <p>a. Detección Temprana – Atención de Cuidado Prenatal – Cohorte mujeres en período de gestación (gestantes): En la primera consulta: i) Realización de los siguientes exámenes de Laboratorio: urocultivo y antibiograma, hemograma y hemoclasificación, glicemia, prueba rápida para VIH, prueba para sífilis, antígeno de superficie para Hepatitis B, pruebas de IgG e IgM para toxoplasma y, ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas + 6 días. ii) Formulación y Entrega de los Micronutrientes: Ácido Fólico, Calcio y Hierro.</p> <p>b.– Protección Específica – Atención para el Cuidado del Recién Nacido – Cohorte de Recién Nacidos:</p>	<p>1. La EPS garantiza las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal - RIAMP.</p> <p>2. La EPS NO garantiza las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal - RIAMP.</p>	<p>Artículos 1, 3, 5, 6 y 9 del Acuerdo 117 de 1998</p> <p>**Normas vigentes antes del 03 de febrero de 2019:</p> <p>Artículos 2, 3, 8 y 9 de la Resolución 412 de 2000</p> <p>*Normas vigentes a partir del 03 de febrero de 2019:</p> <p>Numerales 3, 4, 5 y 6 del numeral 2.2.3. del numeral I Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Resolución 3280 de 2018. Item Solicitud de exámenes de laboratorio</p>

ESTANDAR	CRITERIO PARA EVALUAR	MODO DE VERIFICACIÓN	SITUACIÓN EVIDENCIADA	NORMAS PRESUNTAMENTE INFRINGIDAS
		i) Toma de muestra de sangre de cordón para hemoclasificación neonatal y para tamizaje de hipotiroidismo congénito con TSH neonatal. c.– Protección Específica – Atención para el Seguimiento al Recién Nacido– Cohorte de Recién Nacidos: i) Consulta de control ambulatorio del recién nacido (Entre los 3 y 5 días posterior al egreso hospitalario). La muestra será determinada según la metodología establecida por la SNS.		numerales 4.3.6.1.2 y 4.3.6.1.4 del numeral 4.3.6.1; numeral 4.10.4.2 del numeral 4.10; numeral 4.12.6.1 del numeral 4.12; del numeral III Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal de la Resolución 3280 de 2018. Numeral 9.4 del art. 9 de la Res. 3202 de 2016. Artículo 9 de la Resolución 5857/2018
Información	19. La EPS cumple sus obligaciones de información	Verifique los requerimientos realizados por la Entidad Territorial a la EPS, realice la trazabilidad de estos, cerciorándose de que hayan sido recibidos por un canal válido de la EPS y determine cuáles no han sido respondidos oportunamente o fueron respondidos de manera incompleta o insuficiente. Incluya los requerimientos de información que surjan de la aplicación de este instrumento.	1. La EPS da respuesta oportuna a los requerimientos de la Entidad Territorial 2. La EPS NO da respuesta oportuna a los requerimientos de la Entidad Territorial	Numerales 11, 12 y 17 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019

Tabla 3. Criterios de evaluación para la prestación de servicios de promoción y prevención en salud.

5.4. ESTRUCTURA INFORME DE AUDITORIA A SER PRESENTADO A LA SUPERINTENDENCIA

La información recopilada durante la auditoria será cargada a través de la herramienta tecnológica diseñada por la Superintendencia Nacional de Salud y la cual tendrá la siguiente estructura:

ENTIDAD TERRITORIAL	
NIT ENTIDAD TERRITORIAL	
DIRECCIÓN ENTIDAD TERRITORIAL	
REPRESENTANTE LEGAL ENTIDAD TERRITORIAL	
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	
NIT ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	
PERÍODO AUDITADO	DD/MM/AA a DD/MM/AA

ESTÁNDAR: CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL

Criterio 1: La EPS cuenta con una caracterización poblacional que contenga el análisis demográfico de su población afiliada

Las EPS deben realizar la caracterización poblacional por cada municipio, distrito y departamento donde tengan afiliados, la cual debe contener, entre otros, el análisis demográfico de su población, de conformidad con la Resolución 1536 de 2015.

La Entidad Territorial en la verificación de la caracterización poblacional de la EPS evidenció:

La EPS tiene documento de caracterización poblacional (Cumple/No cumple)	Población según BDU A		Población según Caracterización poblacional		Coherencia entre la población afiliada de la BDU A y de la caracterización poblacional de la EPS (Cumple/No cumple)	Soporte del Incumplimiento
	Descripción	Número	Descripción	Número		
	Afiliados		Afiliados			(Ej: Consulta BDU A y Documento de Caracterización Poblacional)
	Hombres		Hombres			
	Mujeres		Mujeres			

Hallazgo: La EPS NO cuenta con la caracterización poblacional que contenga el análisis demográfico de su población afiliada, incurriendo presuntamente en el incumplimiento de los artículos 12, 13 y 17 de la Resolución 1536 de 2015.

Criterio 2: La EPS cuenta con una caracterización poblacional que contenga la atención de eventos de interés en salud pública.

Las EPS deben incluir dentro de la caracterización poblacional, entre otros, la atención de las enfermedades de interés en salud pública, de conformidad con la Resolución 1536 de 2015.

La Entidad Territorial en la verificación de la caracterización poblacional de la EPS, evidenció:

Diez eventos de interés en salud de mayor frecuencia (Art. 7 Acuerdo 117/98 - De 21 escoja 10)	La caracterización poblacional identifica el evento de interés y define su forma de atención (Cumple /No Cumple)	No. de Pacientes con diagnóstico confirmado por evento	Soporte del Incumplimiento
Bajo peso al nacer			(Ej: Documento de caracterización poblacional, reporte de los diez eventos de interés en salud pública de mayor frecuencia)
Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico-calórica y obesidad)			
Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años)			
Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera			
Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar			
Meningitis Meningocócica			
Asma Bronquial			
Síndrome convulsivo			
Fiebre reumática			
Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.			
Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH)			
Hipertensión arterial			
Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo			
Menor y Mujer Maltratados			
Diabetes Juvenil y del Adulto			
Lesiones preneoplásicas de cuello uterino			
Lepra			
Malaria			
Dengue			
Leishmaniasis cutánea y visceral			

Diez eventos de interés en salud de mayor frecuencia (Art. 7 Acuerdo 117/98 - De 21 esboja 10)	La caracterización poblacional identifica el evento de interés y define su forma de atención (Cumple /No Cumple)	No. de Pacientes con diagnóstico confirmado por evento	Soporte del Incumplimiento
Fiebre Amarilla			

Hallazgo: La EPS **NO** cuenta con una caracterización poblacional que contenga la atención de los eventos de interés en salud pública de mayor frecuencia, incurriendo presuntamente en el incumplimiento de los artículos 12, 13 y 17 de la Resolución 1536 de 2015.

ESTÁNDAR: RED INTEGRAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – RIPSS

Criterio 3: La EPS realizó los trámites de Habilitación de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS ante la Entidad Territorial

Las EPS realizarán para cada departamento o distrito donde estén autorizadas para operar, la verificación interna del cumplimiento de los estándares definidos en la Resolución 1441 de 2016, relativos a las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, luego de lo cual procederán a realizar la declaración de la autoevaluación ante las entidades territoriales, quienes podrán solicitar los ajustes que consideren procedentes, que deberán ser subsanados por la EPS.

La Entidad Territorial en la verificación del trámite de habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, respecto de las obligaciones de la EPS evidenció:

La EPS realizó la declaración de la autoevaluación de la RIPSS (Cumple/ No Cumple)	La EPS subsanó las causales de incumplimiento determinadas por la entidad territorial (Cumple/No Cumple/No aplica)	Brevemente describa el incumplimiento	Soporte del Incumplimiento
			(E) Soportes de la declaración de la autoevaluación, de la corrección realizada por la entidad territorial y de las correcciones de la EPS)

Hallazgo: La EPS **NO** realizó los trámites de Habilitación de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud – RIPSS ante la Entidad Territorial, incurriendo presuntamente en el incumplimiento del artículo 8 y numeral 14.2 del artículo 14 de la Resolución 1441 de 2016 o la norma que la modifique, sustituya.

ESTÁNDAR: MEJORAMIENTO DE LOS INDICADORES DE CALIDAD

Criterio 4: La EPS realizó análisis de los indicadores de monitoreo de la calidad en salud e implementó estrategias de mejoramiento

Las EPS con base en los resultados del monitoreo de la calidad en salud, deben realizar un análisis semestral, con el objetivo de optimizar los resultados de los indicadores y deben buscar estrategias de mejoramiento que impacten favorablemente la gestión institucional, la gestión en red y que, a su vez, contribuyan al logro de los resultados en salud, conforme a lo previsto en el artículo 14 de la Resolución 256 de 2016.

La Entidad Territorial en la verificación de las acciones de mejora relacionadas con los resultados de los indicadores de calidad, respecto de las obligaciones de la EPS evidenció:

Dominio del Indicador	No. Indicador	Comportamiento del indicador en la vigencia (Favorable o desfavorable)	La EPS realizó análisis del comportamiento del indicador (Cumple/No Cumple)	La EPS implementó estrategias de mejoramiento (Cumple/No Cumple)	Soporte del Incumplimiento
Efectividad	E.1.1 Razón de Mortalidad Materna a 42 días				(Ej: Soportes de: comportamiento y análisis de los indicadores e informe de la implementación de las estrategias.
	E.1.2 Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer.				
	E.1.3 Tasa de mortalidad en niños menores de un año (mortalidad infantil)				
	E.1.4 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)				
	E.1.5 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDA.				
	E.1.6 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición				
	E.1.7 Letalidad por dengue.				
	E.1.8 Proporción de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis crónica programada				
	E.1.9 Proporción de progresión de enfermedad renal crónica				
Gestión del Riesgo	E.2.1 Proporción de tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en Gestantes.				
	E.2.2 Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para Virus de inmunodeficiencia Humano con Terapia Antirretroviral (TAR).				
	E.2.3 Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral.				
	E.2.4 Proporción de niños con diagnóstico de hipotiroidismo congénito que reciben tratamiento.				
	E.2.5 Captación de hipertensión arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años				
	E.2.6 Proporción de pacientes hipertensos controlados				
	E.2.7 Captación de diabetes mellitus de personas de 18 a 69 años				
	E.2.8 Proporción de pacientes diabéticos controlados				
	E.2.9 Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes				
	E.2.10 Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama				
	E.2.11 Proporción de mujeres con citología cervico-uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia				
	E.2.12 Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix				



Dominio del Indicador	No. Indicador	Comportamiento del indicador en la vigencia (Favorable o desfavorable)	La EPS realizó análisis del comportamiento del indicador (Cumple/No Cumple)	La EPS implementó estrategias de mejoramiento (Cumple/No Cumple)	Soporte del Incumplimiento
	E.2.13 Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino				
	E.2.14 Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata				
	E.2.15 Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de leucemia aguda pediátrica (LAP)				
Experiencia de la Atención	E.3.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General.				
	E.3.2 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General.				
	E.3.3 Tiempo promedio de espera para la autorización de Resonancia Magnética Nuclear.				
	E.3.4 Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas				
	E.3.5] Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera				
	E.3.6 Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica.				
	E.3.7 Proporción de satisfacción global de los usuarios en la EPS.				
	E.3.8 Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos				
	E.3.9 Proporción de usuarios que han pensado cambiarse de EPS				

Hallazgo: La EPS respecto de (l o los) indicador (es) _____ NO realizó análisis de monitoreo de la calidad, ni implementó estrategias de mejoramiento que impactaran favorablemente la gestión institucional, la gestión en red y que, a su vez, contribuyeran al logro de resultados en salud, incurriendo presuntamente en el incumplimiento del artículo 14 de la Resolución 256 de 2016.

ESTÁNDAR: AFILIACIÓN Y NOVEDADES

Criterio 5: La EPS cuenta con el rol en el Sistema de Afiliación Transaccional - SAT y realiza las verificaciones relacionadas con la afiliación y novedades

Las EPS deben contar con el rol de empresas promotoras de salud en el Sistema de Afiliación Transaccional – SAT, al tiempo que deben realizar la verificación de la afiliación y las novedades de su población a cargo, de acuerdo con la Resolución 768 de 2018, reglamentaria del Título II del Decreto 780 de 2016.

La Entidad Territorial en la verificación del Sistema de Afiliación Transaccional - SAT, respecto de las obligaciones de la EPS evidenció:



Tipo de Identificación	No. de Identificación del Afiliado	La EPS realizó la verificación de la actualización y corrección de información del afiliado (Cumple / No Cumple / No aplica)	La EPS realizó la verificación de los soportes documentales de la condición e inclusión de beneficiario (Cumple / No Cumple / No aplica)	La EPS realizó la verificación de los traslados por unificación familiar (Cumple / No Cumple / No aplica)	Soporte del Incumplimiento
					(Ej: Pantallazos del SAT, soportes de afiliación y novedades)

Hallazgo: La EPS NO opera de acuerdo con su rol de aseguradora el Sistema de Afiliación Transaccional – SAT al no realizar la verificación de la afiliación y novedades de su población, incurriendo presuntamente en el incumplimiento de los artículos 2.1.2.3. y 2.1.2.5. del Decreto 780 de 2016, Artículo 4, 8, 16 y 22 y literal i) del numeral 1 del Anexo de la Resolución 768 de 2018.

Criterio 6: La EPS garantiza a los usuarios en movilidad o portabilidad la continuidad del aseguramiento y la prestación de los servicios que venían recibiendo

Dentro de las obligaciones de las EPS en materia de movilidad y portabilidad, deben garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud a los usuarios, de conformidad con la Resolución 5600 de 2015 y artículos 2.1.3.4, 2.1.12.5, 2.1.12.6 y 2.1.3.4 del Decreto 780 de 2016.

La Entidad Territorial en la verificación de los trámites de movilidad y portabilidad de sus afiliados, respecto de la continuidad en la prestación de los servicios de salud evidenció:

Tipo de Identificación	No. de Identificación	Fecha de solicitud de movilidad o portabilidad (DD/MM/AA)	Fecha de la orden médica (DD/MM/AA)	Fecha de autorización de las tecnologías en salud solicitadas (DD/MM/AA)	Fecha de la prestación de las tecnologías en salud solicitadas (DD/MM/AA)	Garantizó la continuidad en la atención (Cumple/No cumple)	Soporte del Incumplimiento
							(Ej: Formato de solicitud de movilidad o portabilidad, ordenes de servicio, quejas, autorizaciones)

Hallazgo: La EPS NO garantizó a los usuarios en trámite de movilidad o portabilidad la continuidad del aseguramiento y la prestación de los servicios que requerían, incurriendo presuntamente en el incumplimiento del artículo 3 y numeral 4.1.1. del artículo 4 de la Resolución 5600 de 2015, artículo 2.1.3.4 del Decreto 780 de 2016, artículos 2.1.12.5 y 2.1.12.6 2.1.3.4 del Decreto 780 de 2016.

ESTÁNDAR: INFORMACIÓN

Criterio 7: La EPS cumple sus obligaciones de información

Las Entidades Territoriales del orden departamental y distrital tienen la competencia de vigilar y controlar el aseguramiento, así como el cumplimiento de las políticas, normas, planes, estrategias y programas del sector salud, de conformidad con los numerales 43.1.2, 43.1.5, 43.2.3 y 43.4.1 del artículo 43 y artículo 45 de la Ley 715 de 2001 y, en virtud de ello requieren información a las EPS que tienen afiliados en su jurisdicción, con miras a ejercer sus funciones de inspección y vigilancia.



La Entidad Territorial evidenció que los siguientes requerimientos realizados a la EPS no fueron atendidos:

Identificación de requerimiento/criterio	Fecha del Requerimiento (DD/MM/AAAA)	Materia sobre la que versaba el Requerimiento (Ejes Art 37 de la Ley 1122 de 2007)	Medio de envío del Requerimiento	Fecha de vencimiento del plazo para contestar (DD/MM/AAAA)	Incumplimiento (No respondió/ Respuesta Incompleta/ Respuesta Inoportuna)	Soportes del Incumplimiento
		-Financiamiento -Aseguramiento -Prestación de servicios de atención en salud - Información	-Electrónico -Físico		-No Respondió -Respuesta Incompleta -Respuesta Inoportuna	(Ej: Requerimiento, soportes de envío, respuestas)

Hallazgo: La EPS omitió dar respuesta oportuna y completa a los requerimientos realizados por la entidad territorial, de acuerdo con la tabla anterior, incumpliendo presuntamente los numerales 11, 12 y 17 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, en concordancia con los numerales 43.1.2, 43.1.5, 43.2.3 y 43.4.1 del artículo 43 de la Ley 715 de 2001.

ESTÁNDAR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Criterio 8: La EPS garantiza a los afiliados la atención en salud con accesibilidad, oportunidad y continuidad

Las EPS en virtud del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016 debe garantizar a sus afiliados la atención en salud de conformidad con el Plan de Beneficios con accesibilidad, oportunidad y continuidad.

La Entidad Territorial de una muestra de pacientes encontró fallas en la prestación de los servicios de salud, como se detalla a continuación:

Tipo de Identificación	No. de Identificación del Afiliado	Diagnóstico	Fecha de la Orden de servicio (DD/MM/AAAA)	Fecha de la Autorización (DD/MM/AAA A) No mayor a 5 días hábiles	Fecha de la Prestación Efectiva (DD/MM/AAAA) -Fallecidos -trasladados -Sin novedad	Cumple / No Cumple de acuerdo con los plazos de autorización	Soportes del Incumplimiento
							(Ej: Orden médica, autorización y resumen de atención)

Hallazgo: La EPS NO garantizó la atención en salud con accesibilidad, oportunidad y continuidad, incumpliendo presuntamente los numerales 1, 2 y 5 del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016, artículo 2, literales c), d) y e) del artículo 6 y artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, artículo 125 del Decreto Ley 019 de 2012 y artículo 9 de la Resolución 5857 de 2018.

Criterio 9: La EPS asigna las citas de odontología general y medicina general



Las EPS de acuerdo con el artículo 123 del Decreto Ley 019 de 2012 debe garantizar la asignación de citas de odontología general y medicina general, sin exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud e informar al usuario la fecha para la cual se asigna la cita.

La Entidad Territorial verificó la asignación de citas para odontología general y medicina general, de acuerdo con la red de servicios de baja complejidad suministrada por la aseguradora encontrando lo siguiente:

Tipo de Identificación	No. de Identificación del Afiliado	Municipio de residencia del Afiliado	IPS de Residencia del Afiliado para medicina General (Código de habilitación del prestador)	IPS de Residencia del Afiliado para Odontología General (Código de habilitación del prestador)	Fecha de solicitud de cita (DD/MM/AAAA)	Fecha de la asignación para odontología general (DD/MM/AA AA) -No hubo respuesta	Fecha de la asignación para medicina general (DD/MM/AA AA) -No hubo respuesta	Cumple / No Cumple. La asignación para odontología general	Cumple / No Cumple. La asignación para medicina general	Soportes del Incumplimiento
										(Ej:Constancia de llamada realizada por el auditor)

Hallazgo: La EPS NO garantizó la asignación de citas a los servicios de salud de odontología general y/o medicina general a sus afiliados en su municipio de residencia, dentro de los tres (3) días hábiles, contados a partir de la fecha de solicitud, de acuerdo con la tabla anterior, incumpliendo presuntamente el artículo 123 del Decreto 019 de 2012, parágrafo 3 del artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013, artículo 124 del Decreto Ley 019 de 2012, numerales 1 y 2 del artículo 2.5.1.2.1. y parágrafo 1 del artículo 2.5.3.4.5. del Decreto 780 de 2016, artículo 14 de la Resolución 5857 de 2018 y parágrafo 1 del art. 16 de la Ley 1122 de 2007.

Criterio 10: La EPS cuenta con agendas abiertas para medicina especializada

Las EPS de acuerdo con el artículo 124 del Decreto Ley 019 de 2012 deben garantizar agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada todos los días hábiles del año e informar al usuario la fecha para la cual se asigna la cita.

La Entidad Territorial verificó la asignación de citas de medicina especializada, de acuerdo con la red de servicios de mediana y alta complejidad suministrada por la aseguradora encontrando lo siguiente:

Tipo de Identificación.	No. de Identificación del Afiliado	Servicio solicitado	Municipio donde se prestará el servicio	IPS (Código habilitación del prestador).	Fecha de solicitud de cita (DD/MM/AAAA)	Asignación de cita (SI/NO)	Fecha de la asignación de la cita (DD/MM/AAAA)	Cumple / No Cumple	Soportes del Incumplimiento
		Pediatría							(Ej: Constancia de llamada realizada por el auditor)
		Ginecología							
		Medicina interna							
		Ortopedia							

Tipo de Identificación.	No. de Identificación del Afiliado	Servicio solicitado	Municipio donde se prestará el servicio	IPS (Código habilitación del prestador).	Fecha de solicitud de cita (DD/MM/AAAA)	Asignación de cita (SI/NO)	Fecha de la asignación de la cita (DD/MM/AAAA)	Cumple / No Cumple	Soportes del Incumplimiento
		Cirugía							
		Oncología							
		Cardiología							
		Nefrología							
		Infectología							
		Hematología							

Hallazgo: La EPS NO garantizó agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada todos los días hábiles del año, de acuerdo con la tabla anterior, incumpliendo presuntamente el artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013, artículo 124 del Decreto Ley 019 de 2012, numerales 1 y 2 del artículo 2.5.1.2.1. del Decreto 780 de 2016 y artículo 12 de la Resolución 5857 de 2018.

Criterio 11: La EPS garantiza la operación del sistema de referencia y contrarreferencia

Las EPS de acuerdo con el artículo 2.5.3.2.16 y numeral 4 del artículo 2.5.2.3.8. del Decreto 780 de 2016, deben garantizar la operación del sistema de referencia y contrarreferencia disponiendo de una red de prestadores suficiente en todos los niveles de complejidad, así como la red de transporte y comunicaciones.

La Entidad Territorial verificó la operación del sistema de referencia y contrarreferencia en la jurisdicción encontrando lo siguiente:

Tipo de Identificación	No. de Identificación del afiliado	IPS remitora (Código de habilitación)	IPS receptora (Código de habilitación)	Fecha de la solicitud de la referencia (HH:MI) (DD/MM/AAAA)	Fecha de la recepción del paciente en la IPS receptora (HH:MI) (DD/MM/AAAA)	Cumple / No Cumple / No aplica	Soportes del Incumplimiento
							(Ej: Bitácora de la referencia y contrarreferencia)

Hallazgo: La EPS NO garantizó la remisión oportuna en pacientes, con criterio médico de remisión urgente, denotando fallas en la operación del sistema de referencia y contrarreferencia, de acuerdo con la tabla anterior, incumpliendo presuntamente el artículo 2.5.3.2.16 y numeral 4 del artículo 2.5.2.3.8. del Decreto 780 de 2016.

Criterio 12: La EPS garantiza a los afiliados la entrega oportuna de los medicamentos

Las EPS con arreglo al artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 deben establecer un procedimiento de suministro de medicamentos cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, a través del cual se asegure la entrega completa e inmediata de los mismos y, en el evento, en que esta entrega no pueda hacerse completa en el momento que se reclamen los medicamentos, las EPS deberán disponer del mecanismo para que en un lapso no mayor a 48 horas se coordine y garantice su entrega en el lugar de residencia o trabajo si el afiliado así lo autoriza.



La Entidad Territorial verificó la oportunidad en la entrega de los medicamentos a los afiliados encontrando lo siguiente:

Tipo de Identificación	No. de Identificación del Afiliado	Diagnostico	Medicamento (Resolución 5857 de 2018)	Fecha de Reclamación del Medicamento (HH:MI) (DD/MM/AAAA)	Fecha de la Entrega Efectiva (HH:MI) (DD/MM/AAAA) No > a 48 horas	Cumple / No Cumple los plazos de autorización o entrega	Soportes del Incumplimiento
							(Ej: Orden médica, autorización y registro de entrega)

Hallazgo: La EPS NO garantiza el suministro de medicamentos a sus afiliados, de forma completa e inmediata en el momento que se reclamen o, en su defecto, que garantice la entrega dentro de las 48 horas, de acuerdo con la tabla anterior, incumpliendo presuntamente el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012, artículos 38 y 47 de la Resolución 5857 de 2018, numerales 1 y 2 del artículo 2.5.1.2.1 del Decreto 780 de 2016 y artículo 1 de la Resolución 1604 de 2013.

Criterio 13: La EPS garantiza los mecanismos de atención al usuario

Las EPS deben contar con mecanismos de atención a los afiliados, presenciales y no presenciales, a los cuales puedan acudir para la presentación de peticiones, quejas y reclamos y donde se les brinde información de la prestación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, de manera que se garantice que la persona será atendida; dentro de los mecanismos no presenciales se encuentran página web, teléfono, fax y correo electrónico. Lo anterior, de conformidad con los numerales 4.2. y 4.4. de la Resolución 4343 de 2012.

La Entidad Territorial verificó los mecanismos de atención a los afiliados encontrando lo siguiente:

Mecanismo de atención presencial Cumple / No Cumple	Municipio	Dirección	Línea Telefónica de Atención Cumple / No Cumple	Mecanismos virtuales de atención Cumple/ No Cumple	Fecha de la verificación (DD/MM/AAAA)	Soportes del Incumplimiento
						(Ej: Certificaciones, constancias, registros telefónicos y fotográficos)

Hallazgo: La EPS NO garantiza los mecanismos de atención presencial o no presencial a sus afiliados, de acuerdo con la tabla anterior, incumpliendo presuntamente el artículo 2.10.1.1.3. del Decreto 780 de 2016 e inciso 15 del numeral 4.2. y numeral 4.4. del artículo 4 de la Resolución 4343 de 2012.

Criterio 14: La EPS resuelve las peticiones, quejas y reclamos oportunamente.

Las EPS deben resolver de fondo y oportunamente las peticiones, quejas y reclamos de sus afiliados, atendiendo la normatividad vigente sobre la garantía en la prestación de los servicios de salud a su cargo, así como acatando los tiempos de respuesta de que trata la Ley 1437 de 2011.

La Entidad Territorial verificó el trámite de atención de peticiones, quejas y reclamos de los afiliados encontrando lo siguiente:

Tipo de Identificación	No. de Identificación del Afiliado	Fecha de Radicación de la PQR (DD/MM/AAAA)	Fecha de la Respuesta de la PQR (DD/MM/AAAA)	Resolución completa y de fondo de la PQR Cumple / No Cumple	Fecha estimada de resolución de la PQR según criterio del auditor (15 días hábiles o de inmediato cuando esté en peligro inminente la vida o la integridad)	Resolución oportuna de la PQR Cumple/ No Cumple	Soportes del Incumplimiento
							(Ej: PQRS, respuestas a PQRS, Certificaciones, constancias)

Hallazgo: La EPS NO resuelve en forma completa y de fondo u oportunamente las peticiones, quejas y reclamos de sus afiliados, acatando las normas del SGSSS, de acuerdo con la tabla anterior, incumpliendo presuntamente el numerales 4.2. y 4.4. del artículo 4 de la Resolución 4343 de 2012, en concordancia con los artículos 14 y 20 de la Ley 1437 de 2011.

criterio 15: La EPS garantiza a los afiliados el acceso efectivo a las tecnologías en salud

Las EPS están obligadas a garantizar a los afiliados el acceso efectivo a las tecnologías en salud para el cumplimiento de la necesidad y finalidad del servicio, a través de su red de prestadores de servicios de salud, de acuerdo con el artículo 9 de la Resolución 5857 de 2018.

La Entidad Territorial verificó las condiciones de prestación de los servicios de salud a los afiliados respecto de los cuales existen acciones de tutela, encontrando lo siguiente:

No. de Identificación del Afiliado	Tipo de Identificación	Diagnóstico	Fecha Fallo de Tutela (DD/MM/AAAA)	Fecha de Fallo de Desacato si lo hay (DD/MM/AAAA)	Fecha de la Orden de la tecnología a (DD/MM/AAAA)	Fecha estimada para la autorización (DD/MM/AAA A) según la orden judicial o en su defecto el plazo normativo de 5 días hábiles	Fecha de la Autorización (DD/MM/AAA)	Fecha estimada para la prestación según la orden judicial (DD/MM/AAA)	Fecha de Prestación Efectiva (DD/MM/AAAA)	Cumple / No Cumple los plazos de autorización o prestación	Soportes del Incumplimiento
											(Ej: Orden médica, autorización, resumen de atención, fallo de tutela y de desacato)

Hallazgo: La EPS NO garantiza a sus afiliados el acceso a las tecnologías de salud del Plan de Beneficios, de acuerdo con la tabla anterior, incumpliendo presuntamente los numerales 1, 2 y 5 del artículo 2.5.1.2.1. del Decreto 780 de 2016, artículo 2, literales c), d) y e) del artículo 6 y artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, artículo 9 de la Resolución 5857 de 2018.

ESTÁNDAR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

criterio 16: La EPS implementa estrategias de demanda inducida

Las EPS deben elaborar e implementar estrategias que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana, así como la atención de enfermedades de interés en salud pública, de conformidad con el artículo 5 de la Resolución 412 de 2000.

La Entidad Territorial verificó las estrategias de demanda inducida que garanticen el acceso a las actividades de protección específica y detección temprana, encontrando lo siguiente:

Actividad	Las estrategias de demanda inducida están documentadas (SI/NO)	Estrategia para Zonas Rurales (liste las actividades)	Estrategia para Zonas Rurales Dispersas (liste las actividades)	Estrategia para Zonas Urbanas (liste las actividades)	Cumple / No Cumple	Soportes del Incumplimiento
Vacunación		Radio, prensa, perifoneo, brigadas, llamada telefónica Folletos Pendones y Vallas Otros Ninguna.	Radio, prensa Perifoneo Brigadas Llamada telefónica Folletos Pendones y vallas Otros, Ninguna.	Radio, prensa Perifoneo Página Web Brigadas Llamada telefónica Folletos Pendones y Vallas Otros, Ninguna.		(Ej: Registro de llamadas, soportes de contratación de Cuñas radiales, perifoneo, avisos en prensa, folletos, pendones, carteleras, vallas, brigadas)
Atención Preventiva de salud bucal						
Atención de planificación familiar						
Detección temprana de cáncer de cuello uterino						
Detección temprana de cáncer de seno						

Hallazgo: La EPS NO implementó estrategias de demanda inducida que garantizaran a sus afiliados, el acceso a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana, de acuerdo con la tabla anterior, incumpliendo presuntamente el artículo 14 de la Resolución 1536 de 2015 y artículos 1 y 3 del Acuerdo 117 de 1998.

Criterio 17: La EPS garantiza las intervenciones individuales de la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Las EPS deben garantizar las intervenciones individuales de la Ruta de Atención Integral en Salud - RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los cursos de vida, en cuanto a la valoración integral, detección temprana y protección específica, en la periodicidad y atenciones plasmadas en los Lineamientos Técnicos y Operativos.

La Entidad Territorial verificó la garantía en la prestación de las intervenciones individuales, encontrando lo siguiente:

Primera Infancia (7 días hasta un día antes de cumplir los 6 años)			Valoración Integral: Atención por enfermería							(Cumple/No Cumple)	Soportes del Incumplimiento
Tipo de identificación	No. de identificación	Fecha de nacimiento	2-3 meses	6-8 meses	9-11 meses	18-23 meses	30-35 meses	4 años			
											(Ej: Registro de llamadas, evidencia de rechazo de la atención, soportes de atención)



Primera Infancia (7 días hasta un día antes de los 6 años)			Protección Específica: Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)								
Tipo de Identificación	No. de Identificación	Fecha de Nacimiento	2 meses Polio, Pentavalente (Hepatitis B, Haemophilus Influenzae Tipo B, Difteria-Tosferina-Tetanos (DPT), Rotavirus y Neumococo.	4 meses Polio, Pentavalente (Hepatitis B, Haemophilus Influenzae Tipo B, Difteria-Tosferina-Tetanos (DPT), Rotavirus y Neumococo	6 meses Polio, Pentavalente (Hepatitis B, Haemophilus Influenzae Tipo B, Difteria-Tosferina-Tetanos (DPT), Influenza	7 meses Influenza	12 meses Sarampión, Rubéola, Paperas (SRP), Fiebre Amarilla, Neumococo, Influenza, Hepatitis A	18 meses Difteria-Tosferina-Tetanos (DPT), Polio	5 años Polio, Difteria-Tosferina-Tetanos (DPT), Sarampión, Rubeola y Paperas (SRP)	(Cumple/No Cumple)	Soportes del Incumplimiento
											(Ej: Registro de llamadas, evidencia de rechazo o soporte de la atención)

Infancia (6 años hasta un día antes de cumplir los 12 años)			Valoración Integral: Atención en salud por medicina general o especialista en pediatría o medicina familiar				
Tipo de Identificación	No. de Identificación	Fecha de Nacimiento	6 años	8 años	10 años	(Cumple/No Cumple)	Soportes del Incumplimiento
							(Ej: Registro de llamadas, evidencia de rechazo de la atención, soportes de atención)

Infancia (6 años hasta un día antes de cumplir los 12 años)		Protección Específica: Aplicación de barniz de flúor		
Tipo de Identificación	No. de Identificación	2 veces al año (1 por semestre)	(Cumple/No Cumple)	Soportes del Incumplimiento
				(Ej: Registro de llamadas, evidencia de rechazo de la atención, soportes de atención)

Adultez (De los 29 a 59 años)		Detección Temprana: Colposcopia cervicouterina		
Tipo de Identificación	No. de Identificación	Según hallazgos de las pruebas de tamización	(Cumple/No Cumple)	Soportes del Incumplimiento
				(Ej: Registro de llamadas, evidencia de rechazo de la atención, soportes de atención)

Adultez (Desde los 50 hasta los 59 años)		Detección Temprana: Tamizaje para cáncer de mama (Mamografía)		
Tipo de Identificación	No. de Identificación	Cada dos años	(Cumple/No Cumple)	Soportes del Incumplimiento
				(Ej: Registro de llamadas, evidencia de rechazo de la atención, soportes de atención)

Adultez (Desde los 50 hasta los 59 años)		Detección Temprana: Biopsia de próstata		
Tipo de Identificación	No. de Identificación	Según hallazgos de las pruebas de tamización	(Cumple/No Cumple)	Soportes del Incumplimiento
				(Ej: Registro de llamadas, evidencia de rechazo de la atención, soportes de atención)

Vejez (Desde los 60 hasta los 75 años)		Detección Temprana: Biopsia de próstata		
Tipo de Identificación	No. de Identificación	Según hallazgos de las pruebas de tamización	(Cumple/No Cumple)	Soportes del Incumplimiento
				(Ej: Registro de llamadas, evidencia de rechazo de la atención, soportes de atención)

Cursos de Vida	Actividades, procedimientos e intervenciones individuales	Incumplimiento
Primera Infancia	Valoración Integral: Atención por enfermería	
Primera Infancia	Protección Específica: Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	
Infancia	Valoración Integral: Atención en salud por medicina general o especialista en pediatría o medicina familiar	
Infancia	Protección Específica: Aplicación de barniz de flúor	
Adultez	Detección Temprana: Colposcopia cérvicouterina	
Adultez	Detección Temprana: Tamizaje para cáncer de mama (Mamografía)	
Adultez	Detección Temprana: Biopsia de próstata	
Vejez	Detección Temprana: Biopsia de próstata	
	Total	

Hallazgo: La EPS NO garantizó las intervenciones individuales de la Ruta de Atención Integral en Salud - RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los cursos de vida, en cuanto a la valoración integral, detección temprana y protección específica, en la periodicidad y atenciones plasmadas en el Lineamiento Técnico y Operativo de la RIAS, incumpliendo presuntamente los numerales 14.2 y 14.3 del artículo 14 de la Resolución 1536 de 2015; artículos 1, 3, 5, 6 y 9 del Acuerdo 117 de 1998; numeral 9.4 del artículo 9 de la Resolución 3202 de 2016; numerales 3, 4, 5 y 6 del numeral 2.2.3 y, numerales 3.3.1, 3.3.2, 3.3.5 y 3.3.6 del Numeral 3.3 e inciso tercero ídem, del numeral I Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Resolución 3280 de 2018 y; artículo 9 de la Resolución 5857 de 2018; en concordancia con los artículos 4 y 7 de la Resolución 3280 de 2018.

Criterio 18: La EPS garantiza las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal - RIAMP

Las EPS deben garantizar las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal - RIAMP, en cuanto a la detección temprana y protección específica para las gestantes y recién nacidos, en la periodicidad y atenciones plasmadas en los Lineamientos Técnicos y Operativos.

La Entidad Territorial verificó la garantía en la prestación de las intervenciones individuales, encontrando lo siguiente:

Mujeres en período de gestación (gestantes)			Detección Temprana – Atención de Cuidado Prenatal: En la primera consulta se realizaron los siguientes exámenes de Laboratorio:									
Tipo de Identificación	No. de Identificación	Edad Gestacional en la primera consulta (en semanas).	Urocultivo y antibiograma.	Hemograma y hemoclasificación.	Glicemia	Prueba rápida para VIH	Prueba para sífilis	Antígeno de superficie para Hepatitis B	Pruebas de IgG e IgM para toxoplasmosis	Ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas + 6 días. -No aplica	(Cumple/No Cumple)	Soportes del Incumplimiento
												(Ej: Registro de llamadas, evidencia de rechazo de la atención, soportes de atención)

Mujeres en período de gestación (gestantes)			Detección Temprana – Atención de Cuidado Prenatal: En la primera consulta se formularon y entregaron los siguientes micronutrientes:				
Tipo de Identificación	No. de Identificación	Edad Gestacional en la 1ª consulta (en semanas)	Ácido Fólico	Calcio	Hierro	(Cumple/No Cumple)	Soportes del Incumplimiento
							(Ej: Registro de llamadas, evidencia de rechazo de la atención, soportes de atención)

Recién Nacido		Protección Específica – Atención para el Cuidado del Recién Nacido: Toma de muestra de sangre de cordón para:			
Tipo de Identificación	No. de Identificación	Hemoclasificación neonatal	Tamizaje de hipotiroidismo congénito con TSH neonatal	(Cumple/No Cumple)	Soportes del Incumplimiento
					(Ej: Registro de llamadas, evidencia de rechazo de la atención, soportes de atención)

Recién Nacido			Protección Específica – Atención para el Seguimiento al Recién Nacido: Consulta de control ambulatorio del recién nacido (Entre los 3 y 5 días posterior al egreso hospitalario)			
Tipo de Identificación	No. de Identificación	Fecha Egreso Hospitalario (DD/MM/AAA)	Consulta de control ambulatorio del recién nacido SI/NO	Fecha de control ambulatorio	Consulta de control ambulatorio del recién nacido (Cumple/No Cumple)	Soportes del Incumplimiento
						(Ej: Registro de llamadas, evidencia de rechazo de la atención, soportes de atención)

Población Objeto	Actividades, procedimientos e intervenciones individuales	Incumplimiento
Gestantes	Detección Temprana – Atención de Cuidado Prenatal: Exámenes de Laboratorio	
Gestantes	Detección Temprana – Atención de Cuidado Prenatal: Micronutrientes	
Recién Nacido	Protección Específica – Atención para el Cuidado del Recién Nacido: Toma muestra de sangre de cordón	
Recién Nacido	Protección Específica – Atención para Seguimiento al Recién Nacido: Consulta de control ambulatorio	
Total		

Hallazgo: La EPS NO garantizó las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal - RIAMP, en cuanto a la detección temprana y protección específica para las gestantes y recién nacidos, en la periodicidad y atenciones plasmadas en los Lineamientos Técnicos y Operativos, incumpliendo presuntamente los numerales 14.2 y 14.3 del artículo 14 de la Resolución 1536 de 2015; artículos 1, 3, 5, 6 y 9 del Acuerdo 117 de 1998; numeral 9.4 del artículo 9 de la Resolución 3202 de 2016; numerales 3, 4, 5 y 6 del numeral 2.2.3 del numeral I Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Resolución 3280 de 2018; Ítem Solicitud de exámenes de laboratorio del numerales 4.3.6.1.2 y 4.3.6.1.4 del numeral 4.3.6.1; numeral 4.10.4.2 del numeral 4.10; numeral 4.12.6.1 del numeral 4.12; del numeral III Lineamiento Técnico y Operativo Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal de la Resolución 3280 de 2018 y; artículo 9 de la Resolución 5857 de 2018; en concordancia con los artículos 4 y 7 de la Resolución 3280 de 2018.

ESTÁNDAR: INFORMACIÓN

Criterio 19: La EPS cumple sus obligaciones de información

Las Entidades Territoriales del orden municipal tienen la competencia de “*gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción*”, de conformidad con el numeral 44.1.3. del artículo 44 de la Ley 715 de 2001 y, en virtud de ello requieren información a las EPS que tienen afiliados en el Municipio, con miras a ejercer sus funciones de inspección y vigilancia.

La Entidad Territorial evidenció que los siguientes requerimientos realizados a la EPS no fueron contestados:

Identificación del requerimiento	Fecha de radicación del requerimiento (DD/MM/AAAA)	Materia sobre la que versaba el Requerimiento (Ejes Art 37 de la Ley 1122 de 2007)	Medio de envío del Requerimiento	Fecha de vencimiento del plazo para contestar (DD/MM/AAAA)	Incumplimiento (No respondió/ Respuesta Incompleta/ Respuesta Inoportuna)	Soportes del Incumplimiento
		-Financiamiento -Aseguramiento -Prestación de servicios de atención en salud - Información	-Electrónico -Físico		-No Respondió -Respuesta Incompleta -Respuesta Inoportuna	(Ej: Requerimiento, soportes de envío, respuestas)

Hallazgo: La EPS omitió dar respuesta oportuna y completa a los requerimientos realizados por la entidad territorial, de acuerdo con la tabla anterior, incumpliendo presuntamente los numerales 11, 12 y 17 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011 modificado por el artículo 3 de la Ley 1949 de 2019, en concordancia con el numeral 44.1.3. del artículo 44 de la Ley 715 de 2001.

CONTROL DE CAMBIOS				
ASPECTOS QUE CAMBIARON EN EL DOCUMENTO	DETALLES DE LOS CAMBIOS EFECTUADOS	RESPONSABLE DE LA SOLICITUD DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO DD/MM/AAAA	VERSIÓN
Creación del documento	Creación del documento	09/01/2020	09/01/2020	1