

0587

T.0.6
0009

**ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE INSTITUCIONES
DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**

**MANUAL PRÁCTICO PARA CONSTITUIR UNA INSTITUCIÓN
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**



**EDUARDO GONZÁLEZ MARIN
MAURICIO SILVA ARBELAEZ
GUSTAVO BORDA GUERRA**

**SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.
1996**

3-7-01-11



M
6-76
G-607m
1996

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

**Trabajo de Grado para optar al título de
POSTGRADO EN GERENCIA DE INSTITUCIONES
DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**

**MANUAL PRÁCTICO PARA CONSTITUIR UNA INSTITUCIÓN
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

**EDUARDO GONZÁLEZ MARIN
MAURICIO SILVA ARBELAEZ
GUSTAVO BORDA GUERRA**

**Director
Dr. GUILLERMO RESTREPO CHAVARRIAGA**

**Asesor
NOHORA AYDEE RAMÍREZ**

**SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.
1996**

DEDICATORIA

A MI FAMILIA Y A MI ESPOSA CONSTANZA BERNAL

Por su apoyo y paciencia durante el transcurso de mi especialización.

Mauricio.

A MI MADRE EVA CECILIA Y MI NOVIA LUZ MARINA ALVAREZ

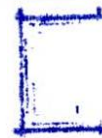
Por todo el apoyo que me brindaron durante el postgrado.

Eduardo.

A MI MADRE, A MI ESPOSA Y A MIS HIJOS

Quienes motivan continuamente mis deseos de superación.

Gustavo.



AGRADECIMIENTOS

Al doctor Guillermo Restrepo Chavarriaga por sus enseñanzas y calidad humana.

A la doctora Nohora Aydee Ramírez por su valiosa asesoría.

A los Profesores por transmitirnos sus conocimientos.

TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
0. RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2 JUSTIFICACIÓN	3
1.3 OBJETIVOS	4
1.3.1 General	4
1.3.2 Específicos	4
1.4 MARCO TEÓRICO	5
1.4.1 Definición de I.P.S.	5
1.4.2 Objetivos de las I.P.S.	7
1.4.3 Tipos de I.P.S.	7
1.4.4 Recursos de las I.P.S.	8
1.4.5 Clasificación de las I.P.S.	8
1.4.6 Organización y funcionamiento de las I.P.S.	10

1.4.7	Régimen presupuestal de las I.P.S.	11
1.4.8	Constitución de Asociaciones de Profesionales de la Salud I.P.S.	12
1.4.9	Empresas Sociales del Estado	13
1.5	METODOLOGÍA	14
2.	REQUISITOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE I.P.S.	15
2.1	PERSONERÍA JURÍDICA	15
2.1.1	Sociedades Comerciales	15
2.1.2	Cooperativas	17
2.1.3	Empresas Asociativas de Trabajo	19
2.2	ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA	21
2.3	INFRAESTRUCTURA DE LAS I.P.S.	26
2.3.1	Aspectos Locativos y Sanitarios Generales y Específicos	26
2.4	ACREDITACIÓN DE LAS I.P.S.	35
	CUADROS	39
3.	CONCLUSIONES	45
	BIBLIOGRAFÍA	46
	ANEXOS	50

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1	Cuadro comparativo de sociedades comerciales	39
CUADRO 2	Cuadro comparativo de sociedades comerciales	40
CUADRO 3	Cuadro comparativo de sociedades comerciales	41
CUADRO 4	Cuadro comparativo de sociedades comerciales	42
CUADRO 5	Trámites requeridos por entidades gubernamentales para legalizar una empresa.	43
CUADRO 6	Trámites requeridos por entidades gubernamentales para legalizar una empresa.	44

LISTA DE ANEXOS

	Páginas	
ANEXO 1	Diseño de Escritura	50
ANEXO 2	Decreto Número 1918 de 1996	63
ANEXO 3	Solicitud para obtener autorización sanitaria de funcionamiento para establecimientos hospitalarios y similares	83
ANEXO 4	Resolución Número 02810 de 1996	96
ANEXO 5	Decreto Número 1295 de 1994	102
ANEXO 6	Resolución Número 03881 de 1982	181
ANEXO 7	Resolución Número 003905 de 1994	188
ANEXO 8	Decreto Número 1757 de 1994	201
ANEXO 9	Decreto Número 1571 de 1993	227
ANEXO 10	Decreto Número 1917 de 1994	252
ANEXO 11	Decreto Número 1172 de 1989	274
ANEXO 12	Resolución Número 09031 de 1990	285



ANEXO 13	Decreto Número 1002 de 1978	300
ANEXO 14	Resolución Número 009279	315
ANEXO 15	Decreto Número 412 de 1992	330

0. RESUMEN

La investigación realizada es del tipo de recopilación bibliográfica teórica; en ella se presentan los requisitos legales, organizados de manera práctica y concisa, necesarios para constituir una Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S.), partiendo de la consecución de la Personería Jurídica e infraestructura, hasta la organización administrativa, de acuerdo con lo establecido por la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios para tal fin.

1. INTRODUCCIÓN

Dentro del sistema general de seguridad social en salud, la unidad operativa fundamental la constituyen las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, las cuales, para su constitución deberán acogerse a la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud.

La Ley 100 de 1993 establece que las entidades que actualmente presten servicios de salud, para participar como oferentes de servicios en el sistema general de Seguridad Social en Salud deben constituirse en instituciones prestadoras de servicios. Para tal fin se mostrará paso a paso la forma más práctica para constituir una Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S.), los tipos de I.P.S., su organización y la obtención de recursos para dicho fin.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de que la reglamentación de la Ley 100 de 1993 en lo pertinente a la creación de Institución Prestadoras de Servicios de Salud, se ha expedido, esto se ha hecho de manera dispersa y hasta ahora no existe un documento que en forma práctica y ordenada recopile la información generada al respecto.

1.2 JUSTIFICACIÓN

El presente manual práctico soluciona los inconvenientes que se le presentan a quienes deseen constituir Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; al describir en forma concreta, secuencial y sencilla los pasos que deben seguirse para tal propósito, disminuyendo costos en asesorías y el tiempo para la consecución de la documentación requerida.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 General

Poner a disposición de las personas interesadas en la creación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, un manual práctico que sea guía confiable para lograrlo, conforme a la reglamentación vigente.

1.3.2 Específicos

Dar a conocer las normas para el cumplimiento por parte de la entidad de los requisitos locativos y sanitarios generales.

Describir los estatutos o normas que establecen los principios de organización administrativa para las instituciones prestadoras de servicios de salud.

1.4 MARCO TEÓRICO

1.4.1 Definición de IPS

Son las instituciones o entidades públicas, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias legalmente conformadas para ofrecer servicios de salud dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud a la población afiliada o beneficiaria de las EPS y que brindan principalmente los servicios del Plan de Beneficios del Sistema incluidos los del Plan Obligatorio de Salud (POS) y los Planes Complementarios, tales como acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación. Incluye este término a los denominados Centros de Salud, Hospitales, Clínicas, Centros diagnósticos (laboratorios), Centros Terapéuticos, Centros de Rehabilitación, Centros de Atención Básica, Silos y los profesionales agrupados en Centros Médicos Generalistas o de Especialistas, (Ley 100 de 1993, artículo 156 numeral i).

Se entiende por Servicio de Salud el proceso mediante el cual se articulan las diversas prácticas institucionales de los diferentes actores responsables de las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que cuentan para ello con las instalaciones locativas, los recursos

tecnológicos, los insumos, los recursos profesionales y auxiliares y se aplican tecnologías propias de salud.

Las IPS hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud, pueden tener distinto tamaño para prestar uno o varios de los servicios incluidos en el POS, de distinto nivel de complejidad, con modalidades de atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria o una combinación de éstas. Las IPS pueden asociarse entre sí, con el fin de ofertar una mayor gama de servicios, bajo los principios de subsidiariedad y concurrencia.

Las IPS como organización deben contar con:

- Metas y objetivos organizacionales
- Estructura de coordinación y dirección
- Procedimientos, normas y reglamentos que regulan las prácticas
- Guías de producción de servicios
- Capital
- Mercadeo de los servicios
- Recursos tecnológicos
- Sistema de información



1.4.2 Objetivos de las IPS

Será objetivo fundamental de las IPS prestar los servicios de salud dentro de los parámetros de calidad y eficiencia que establecen las normas y reglamentos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y que la institución, de acuerdo con su desarrollo y recursos, estén en capacidad de ofrecer. Igualmente podrán tener objetivos subsidiarios relacionados con su objetivo principal.

1.4.3 Tipos de IPS

Las Instituciones Prestadoras de Servicios, según su origen pueden ser:

- **Públicas (Empresas Sociales del Estado):** son todas aquellas instituciones creadas por Acuerdo Municipal, Ordenanza Departamental, Decretos o Leyes de la Nación y todas aquellas que habiendo tenido origen privado, sean transferidas a los entes territoriales.
- **Privadas:** instituciones con origen y financiación provenientes de personas naturales o jurídicas privadas, que prestan servicios de salud.

- **Mixtas:** instituciones prestadoras de servicios de salud, producto de la asociación del sector público y privado.

1.4.4 Recursos de la IPS

- **Recursos técnicos:** son los conocimientos que poseen los profesionales al servicio de la salud, equipos médicos, quirúrgicos, odontológicos, suministros y dotaciones que se dispongan.
- **Factor humano:** son todas las personas que intervienen para lograr el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas.
- **Recursos económicos:** son todos los dineros de los que disponen los propietarios o socios para la creación de la unidad prestadora de servicios.

1.4.5 Clasificación de las IPS

Los servicios que ofrezcan las IPS de acuerdo a:

- **Recurso tecnológico** requerido para la prestación del servicio.

- Recurso humano con que se cuente para prestar el servicio.

Les permitirá clasificar en IPS de:

- **Primer nivel de atención:** requiere de una tecnología de baja complejidad, sencilla y simple de utilizar, con el fin de atender problemas de salud de baja severidad, con recurso humano de tipo profesional, general, técnico y auxiliar.
- **Segundo nivel de atención:** requiere de una tecnología de mediana complejidad que precisa de profesionales especializados para su utilización con el fin de atender problemas de salud de media severidad con recurso humano de tipo profesional especializado el cual será responsable de la prestación del servicio.
- **Tercer nivel de atención:** requiere de una tecnología de la más alta complejidad y de personal especializado y subespecializado para operarla; la atención será brindada por estos profesionales.

1.4.6 Organización y funcionamiento de las IPS

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, podrán hacer parte o no de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y éstas a su vez podrán contratar con las IPS o con grupos de profesionales de la salud debidamente constituidos.

Las IPS públicas o empresas sociales del Estado, aseguran la atención, preferencialmente a la población de menores recursos, es decir a las personas cubiertas por el régimen subsidiado ofreciéndoles mediante un adecuado sistema de referencia y contra referencia, la atención integral que ellas requieren.

Las IPS públicas podrán atender de acuerdo a su capacidad a afiliados de cualquier Empresa Promotora de Salud Pública, privada o Empresa Solidaria, mediante contratación o cobro directo por servicios, igual que pacientes particulares no afiliados.

Para efectos del cumplimiento de los requisitos, las IPS que tengan sedes locativamente independientes, pero que constituyan una misma unidad de orden administrativo y financiero, podrán acreditar de manera conjunta el



cumplimiento de los requisitos establecidos en el decreto 1918 de 1994, sobre licenciamiento para prestar servicios de salud, a excepción de aquellos incluidos en los numerales 4 y 5 del artículo 2, cuyo cumplimiento deberá acreditar individualmente cada una de las sedes.

1.4.7 Régimen Presupuestal de las IPS

El Sistema de Seguridad Social en Salud prevé que la financiación del funcionamiento de las IPS se transforme gradualmente desde el actual sistema de subsidio a la oferta, al más racional de subsidio a la demanda. Esto significa, que en lugar de que los organismos de salud de los diferentes niveles de atención perciban la mayoría de sus ingresos por la vía de transferencias de la nación o de los entes territoriales, en una forma gradual lo hagan a través de un sistema de anticipos y reembolsos por prestación de servicios, mediante la contratación de Empresas Promotoras de Salud o con las mismas entidades territoriales, que para el efecto, se asimilarán a EPS de carácter público.

Con esta modalidad, se pretende contrarrestar la práctica de transferir cantidades fijas de recursos independientemente del rendimiento en atención que periódicamente demuestran los organismos de salud, para dar

lugar a la posibilidad de subsidiar directamente a los usuarios de menores recursos, en aplicación del principio de solidaridad.

Las IPS de carácter público podrán, además, percibir ingresos por concepto de transferencias de la entidad territorial correspondiente.

1.4.8 Constitución de Asociaciones de Profesionales de la Salud en IPS

Los profesionales de la salud pueden constituir asociaciones para la prestación de los servicios y podrán ser contratados por las EPS. El Gobierno nacional, debidamente autorizado por la Ley, establecerá los mecanismos necesarios para el fomento de estas organizaciones y en cumplimiento de ello, ha abierto una línea de crédito a través del Instituto de Fomento Industrial, I.F.I., dirigido a la creación y fortalecimiento de Instituciones Prestadoras de Servicios, de preferencia, grupos de práctica profesional e instituciones de tipo comunitario y solidario orientadas a prestar servicios de salud en municipios de menos de cien mil habitantes o en áreas marginales de los mayores centros urbanos.

1.4.9 Empresas Sociales del Estado

Constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por Ley, ordenanza o acuerdo municipal.

Su objeto, es la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del sistema general de seguridad social en salud.

Las Empresas Sociales del Estado deben orientarse por los siguientes principios básicos:

Eficiencia y Calidad, Producción de Servicios de Salud eficientes y efectivos a la población que lo requiera, garantizar con un manejo gerencial adecuado y rentabilidad social y financiera.

Podrán ofrecer a las Empresas Promotoras de Salud y a personas naturales o jurídicas que lo demanden, paquetes de servicios a tarifas competitivas del mercado. Además, deben garantizar la participación ciudadana y comunitaria establecida por la Ley.

La característica principal de las Empresas Sociales del Estado, es que siendo entidades del sub-sector público de la salud, aplicarán el régimen de contratación propio de las empresas del sector privado, y discrecionalmente, las normas del régimen general de contratación de la administración pública.

Como entidades públicas, sus empleados tienen el carácter de empleados públicos, salvo las excepciones previstas por la Ley.

La organización y funcionamiento de las empresas sociales del Estado se regirán por el Decreto 1876 de agosto de 1994.

1.5 METODOLOGÍA

La investigación toma la información en forma directa del Código de Comercio (Decreto 410 de 1971) en lo referente a las sociedades comerciales y de los archivos del Ministerio de Salud, de la Superintendencia Nacional de Salud y del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, los decretos, resoluciones y leyes que reglamentan los requisitos a cumplir para la constitución de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, los cuales se presentan a continuación.



2. REQUISITOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE I.P.S.

Las entidades de salud que se constituyan y funcionen como IPS, deberán acreditar ante la Dirección de Salud correspondiente, el cumplimiento de los siguientes requisitos:

2.1 SER PERSONA JURÍDICA

Y demostrarlo mediante la correspondiente personería o registro mercantil, cuyo objetivo social principal sea la prestación de servicios de salud.

2.1.1 Sociedades Comerciales

“Es el contrato por el cual dos o más personas se obligan a hacer un aporte en dinero, en trabajo o en otros bienes apreciables en dinero con el fin de repartirse entre sí las utilidades obtenidas en la empresa o actividad social.

La sociedad una vez constituida legalmente forma una persona jurídica distinta de los socios individualmente considerados". (Código de Comercio, artículo 98).

Tipos de sociedades comerciales:

- Sociedad de naturaleza mixta
 - Sociedad de responsabilidad limitada.

- Sociedades de capitales
 - Sociedad anónima
 - Sociedad en comandita por acciones

- Sociedades de personas
 - Sociedades colectivas
 - Sociedades en comandita simple.

En el cuadro 1 se presenta una comparación entre los diferentes tipos de sociedades comerciales reconocidos legalmente en cuanto a:

- Constitución
- Número de socios
- Responsabilidad de cada uno de los socios

- Situación jurídica
- Razón social
- Duración
- Fondo social
- Funciones de los socios
- Negociabilidad de las particiones
- Administración
- Reparto de utilidades
- Reservas
- Razones de disolución

2.1.2 Cooperativas

Constitución:

Documento confidencial y personería jurídica.

Número de socios:

Mínimo veinte (20), máximo ilimitado.

Responsabilidad:

Limitada al monto de los aportes del asociado. Limitada la cooperativa a terceros hasta con el patrimonio social.

Razón social:

Cooperativa y cooperativo.

Algunas bases para el reconocimiento de una persona jurídica son las siguientes:

- Solicitud escrita del reconocimiento de persona jurídica
- Texto completo de los Estatutos
- Acta de la asamblea de constitución, entre otros.

Clases de Cooperativas:

- Cooperativas multiactivas. Son creadas para atender varias necesidades.
- Cooperativas especializadas. Son creadas para atender necesidades específicas.

Precooperativas: empresas sin ánimo de lucro, de duración limitada.

Constitución: documento privado y persona jurídica

Número de socios: mínimo cinco (5) hasta ser ilimitado.

Responsabilidad: limitado monto de aportes.

2.1.3 Empresas Asociativas de Trabajo

Serán organizaciones económicas cuyos asociados aportan capacidad laboral, por un tiempo indefinido, algunos entregan tecnología y destreza.

Las empresas asociativas de trabajo tendrán como objetivo primordial la producción, comercialización y distribución de bienes fundamentales del consumo familiar. La producción de básicos es el proceso de aplicación del trabajo en la transformación de recursos naturales, insumos, etc., en cualquier actividad económica para generar una conformidad en el individuo y en la sociedad.

Por servicio se entiende toda actividad humana principalmente encaminada a la producción, comercialización y distribución de bienes de consumo familiar para el bienestar de la sociedad.

Su número de socios es mínimo de tres(3) y máximo de diez (10) asociados. Cuando sean empresas, el máximo será de veinte (20).

Razón social: deberá estar acompañada de la denominación de "Empresa Asociativa e Trabajo" (es de uso exclusivo).

Persona jurídica: deberá inscribirse a la Cámara de Comercio del sitio.

Registro: la persona jurídica registrará en el Ministerio de Trabajo y demás entidades oficiales a la Empresas Asociativa de Trabajo con un certificado de existencia.

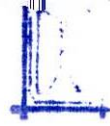
Aportes: laborales cuando se involucra el trabajo personal, experiencia entre otros.

Laborales adicionales cuando están constituidos por la tecnología, estos aportes no podrán exceder el 25% del total de los aportes.

Activos cuando están constituidos por los bienes muebles e inmuebles que los miembros aporten a la empresa asociativa.

El dinero y estos aportes serán utilizados para capital de trabajo de la empresa asociativa de trabajo.

En el cuadro 2 se presentan los trámites requeridos para legalizar una empresa ante la Cámara de Comercio, ISS y Cajas de Compensación Familiar, Tesorería Distrital, Alcaldía Zonal y ante la Administración de



Impuestos Nacionales, para la elaboración de la escritura de constitución, se presenta una minuta modelo (Anexo 1).

2.2 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

- Cumplir con las normas de organización y funcionamiento incluidos en el Decreto 1918 de agosto 5 de 1994 (Anexo 2) y la Resolución 2810 de marzo 6 de 1986 (Anexo 4).
- Determinar la capacidad de producción de servicios para cada unidad funcional, así como la capacidad de demanda a atender.
- Poseer un listado de tarifas de los servicios que ofrece.
- Estar organizada bajo los principios de calidad y eficiencia.
- Contar con autonomía administrativa, técnica y financiera (Anexo 2).
- Contar con el recurso humano idóneo para cada práctica profesional y llevar un registro activo de su hoja de vida académica y profesional (Anexo 2).

- Contar con un sistema contable que registre el costo de los servicios ofrecidos, con presupuesto independiente que supere los ingresos de los egresos para cada uno de los servicios prestados.
- Plan Único de Cuentas Hospitalarias descrito en la resolución 522 de 1994 de la Superintendencia Nacional de Salud. Esta resolución se encuentra actualmente en modificación por la resolución 867 de 1996, la cual a su vez está en proceso de perfeccionamiento.
- Comité de Salud Ocupacional, señalado en el Código Sustantivo de Trabajo y el Decreto 1295 de Junio 22 de 1994, por el cual se determina la organización y administración del sistema general de Riesgos Profesionales (Anexo 5).
- Reglamento Interno de Trabajo, descrito en el Código Sustantivo de Trabajo.
- Manual de funciones señalado en la ley 87 de 1993 y el decreto 1918 de 1994 (Anexo 2).

- Línea de atención 24 horas indicada en la Ley 100 de diciembre 23 de 1993, artículo 191.
- Manejo de historias clínicas, según resolución 3881 de abril 21 de 1982, por el cual se adopta el Manual de Normas y Procedimientos de Registros Médicos: Historia Clínica y Registros Secundarios (Anexo 6).
- Resumen de atención indicado en la resolución 3905 de junio 8 de 1994 de la Superintendencia Nacional de Salud por la cual se adopta como obligatorio a partir del 1 de agosto de 1994, el formato de Resumen de Atención en las IPS que presten servicios de hospitalización, de cirugía ambulatoria y de urgencias (Anexo 7).
- Comité Técnico Científico según Ley 100 de 1993 en su artículo 188.
- Auditoría Médica según ley 100 de 1993, artículo 178.
- Comité de Ética Médica descrito en el decreto 1757 de agosto 3 de 1994 artículos 15 y 16 (Anexo 8).



- Organización de la Alianza o Asociación de Usuarios según decreto 1757 de agosto 3 de 1994, por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud (Anexo 8).
- Banco de Sangre, organizado según decreto 1571 de Agosto 12 de 1993, por el cual se reglamenta el funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus derivados (Anexo 9).
- Laboratorio Clínico, organizado según decreto 1917 de agosto 5 de 1994, por el cual se reglamentan los requisitos y condiciones técnico sanitarias para el funcionamiento, acreditación y licenciamiento de los laboratorios clínicos y de salud pública (Anexo 10).
- Banco de órganos y trasplantes según decreto 1172 de junio 6 de 1989, por el cual se reglamenta la obtención, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de órganos o componentes anatómicos y los procedimientos para trasplantes de los mismos en seres humanos (Anexo 11).

- Radiología e imágenes diagnósticas, descrito en la resolución 9031 de julio 12 de 1990, por la cual se dictan normas y se establecen procedimientos relacionados con el funcionamiento y operación de equipos de rayos X y otros emisores de radiaciones ionizantes (Anexo 12).
- Servicio odontológico, según resolución 1002 de junio 5 de 1978, por la cual se reglamenta el ejercicio de esta actividad profesional (Anexo 13).
- Ambulancias, según resolución 9279 de noviembre 17 de 1993, por la cual se adopta el Manual de Normatización del componente Traslado para la Red Nacional de Urgencias (Anexo 14).
- Atención Inicial de Urgencias, según decreto 412 de marzo 6 de 1992, por el cual se reglamentan los servicios de urgencias (Anexo 15).
- Prestar uno o más de los servicios de salud que se encuentra en el Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que rija al momento de su constitución, debidamente autorizado por su licencia de funcionamiento, según lo dispuesto en la ley 100 de diciembre 23 de 1993, capítulo III, artículo 162 a 169.

2.3 INFRAESTRUCTURA DE LAS IPS

2.3.1 Aspectos Locativos y Sanitarios Generales

Se refieren al cumplimiento por parte de la entidad de los requisitos contenidos en este numeral y que busca asegurar que los servicios se presten en un ambiente apropiado.

Suministro de Agua Potable. La entidad debe tener garantizado un suministro de agua suficiente para cubrir sus necesidades. La de consumo humano deberá cumplir los requisitos sobre potabilización establecidos por las normas correspondientes en especial el decreto 2105 de 1983.

Las entidades que presten servicios de hospitalización deberán contar con un tanque de almacenamiento de agua potable que garantice el suministro por un mínimo de 18 horas con promedios de consumo correspondientes al funcionamiento del hospital con el máximo porcentaje ocupacional registrado en el año anterior.

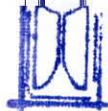
Evacuación de residuos líquidos. La conexión de la entidad en el sistema de alcantarillado público será de carácter obligatorio cuando quiera que

exista este sistema y las condiciones técnicas lo permitan. Cuando esto no sea posible la entidad deberá contar con un sistema de tratamiento, evacuación y disposición sanitaria de residuos líquidos de acuerdo con las normas de diseño y especificaciones establecidas por el Ministerio de Salud. En cualquier caso los residuos líquidos patógenos, biológicos o similares, según sus características deberán esterilizarse y neutralizarse antes de su evacuación.

Disposición sanitaria de residuos sólidos. La entidad deberá dar cumplimiento a las disposiciones vigentes en materia de disposición de residuos sólidos en especial al decreto 04 de 1983.

El transporte interno de residuos sólidos se hará a través de montacargas, ascensores, escaleras y rampas observando las condiciones sanitarias en el empaque, protección y presentación para evitar problemas estéticos y de salud por esparcimiento y contaminación.

En toda entidad hospitalaria queda prohibido el uso de instalación de ductos con el propósito de evacuar por ellos los residuos sólidos.



En todas las entidades que presten servicios de salud la separación de residuos sólidos será de carácter obligatorio de acuerdo con la siguiente clasificación:

- Residuos sólidos patógenos, biológicos y similares.
- Residuos sólidos de vidrio, papel, madera, metal y otros materiales reciclables de características no patógenas como también los que son objeto de barrido y limpieza.
- Residuos sólidos provenientes de la preparación de alimentos y desperdicios o sobrantes de ellos.

Los recipientes para almacenamiento de residuos sólidos deberán estar contruidos con características tales que no presenten rupturas o deformaciones como tampoco reacciones entre ellos y los residuos sólidos. Las entidades deberán disponer de una área adecuada para lavado, limpieza y desinfección de los recipientes.

Todos los recipientes para almacenamiento de residuos sólidos estarán protegidos con tapa. En el caso de recipientes destinados a contener

residuos sólidos patógenos biológicos o similares, la tapa será de accionamiento por pedal, vasculante u otro mecanismo equivalente que facilite el uso y vaciado del recipiente. En el caso de recipientes retomables deberán colocarse en su interior recipientes desechables de plástico u otro material impermeable y resistente.

La entidad deberá contar con áreas para almacenamiento de residuos sólidos patógenos biológicos y similares. Además debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- Estar señalizada con indicaciones claras y precisas para el manejo de los residuos sólidos, en cuanto a protección personal y del ambiente.
- Prohibición expresa de entrada a personas no comprometidas con el manejo de residuos sólidos.
- Tener sistemas de ventilación e iluminación naturales según las características del servicio.
- Pisos de material resistente con pendiente y sistema de drenaje que permita fácil lavado y limpieza.

- Paredes o muros impermeables incombustibles sólidos de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura.
- Estar dotada de equipos para prevención y control de incendios y otros accidentes.

Los residuos sólidos patógenos biológicos y similares y los provenientes de la preparación de alimentos, que vayan a ser entregados para recolección y disposición final deberán desnaturalizarse antes de su entrega.

En caso de desperdicios o sobrantes de alimentos se deberá tener especial cuidado en su separación según procedencia para eliminar el riesgo de enfermedades infecto-contagiosas. Su utilización solo podrá ser permitida por la autoridad sanitaria y bajo las condiciones de manejo que ella determine.

En las entidades en las que a juicio de la autoridad sanitaria se requiera, deberá instalarse incinerador de residuos sólidos. Los tipos y clases de residuos sólidos que deban incinerarse, como también las condiciones requeridas para el efecto serán las señaladas por el Ministerio de Salud.

Control de emisiones atmosféricas. El control de emisiones atmosféricas de las entidades que presten servicios de salud se regirá por las normas generales vigentes que reglamentan esta materia.

Iluminación, ventilación y acondicionamiento de aire. Las entidades deberá contar con iluminación y ventilación naturales preferiblemente. Cuando ello no sea posible se contará con iluminación y/o ventilación artificiales garantizando esta última una temperatura, humedad relativa y frecuencia de renovación de aire ajustadas a las necesidades de cada área según su destinación. En cualquier caso las dependencias destinadas a la permanencia de pacientes por períodos mayores de 24 horas deberán contar siempre con iluminación natural.

Cuando las condiciones técnicas y/o de ventilación lo impongan las unidades quirúrgicas, obstétricas, de esterilización, etc., deberán tener sistema de aire acondicionado y renovación de aire con filtros.

Condiciones generales de pisos, cielos rasos, techos y paredes o muros. Los pisos deberán tener las siguientes características:



- Ser impermeables, sólidos, resistentes, antideslizantes, secos, de fácil limpieza y uniformes de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes.
- Tener nivelación adecuada para facilitar el drenaje.
- Que su unión con paredes o muros lleve guardaescobas en media caña.
- De materiales conductivos conectados a polo de tierra en salas expuestas a la presencia de gases inflamables, cuando existan aparatos eléctricos y se pueda presentar interferencia con su funcionamiento.

Los cielos rasos, techos y paredes o muros deberán tener las siguientes características:

- Ser impermeables, sólidos y resistentes a los factores ambientales como humedad y temperatura de preferencia incombustibles.
- De superficie lisa y cuando se requiera pintura, que ésta no contenga sustancias tóxicas irritantes o inflamables.

- Cubiertos con materiales lavables de fácil limpieza tales como baldosín de porcelana o acrílicos que cumplan condiciones de asepsia especialmente en salas de cirugía, de lactarios, obstétricas, de esterilización de trabajo, de enfermería, laboratorios, cocina, cuarto para almacenamiento de alimentos, unidades y servicios sanitarios y cuartos de aseo.
- Las uniones de paredes o muros con cielos rasos o techos en las áreas que requieran asepsia deberán tener acabados en media caña.

Accesos, áreas de circulación, salidas y señalización. La entidad deberá contar en lugar visible de su exterior con un aviso para su identificación por parte del público.

El acceso a la entidad deberá acondicionarse para facilitar el ingreso de personas que requieran sillas de ruedas u otro tipo de ayudas para su desplazamiento.

Las entidades deberán contar con áreas de acceso y circulación suficientemente amplios para el traslado de pacientes en camillas cuando los servicios que presten así lo requieran.

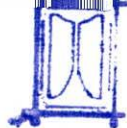
En su interior, la entidad deberá contar con señalización apropiada de sus dependencias incluyendo las vías de evacuación.

Las entidades con más de tres pisos deberán contar con ascensor y cuando se trate de hospitales, clínicas o similares las dimensiones mínimas que permitan el acceso cómodo de una camilla.

Aspectos locativos específicos. Los servicios del banco de sangre, radioterapia y radiodiagnóstico y trasplante de órganos se ceñirán a las normas vigentes sobre la materia.

El Ministerio de Salud expedirá las normas que contengan los requisitos mínimos para el licenciamiento e los servicios o unidades funcionales de hospitalización, quirúrgica, de consulta externa, de urgencias, de imagenología, de laboratorio clínico y patología.

Las entidades ambulatorias que no hagan parte de una institución hospitalaria solamente deberán cumplir con los requisitos establecidos en los numerales 1, 2.1, 2.4, 3.1, 3.2 y 4 del presente artículo.



Régimen de Transición. A partir del 1 de mayo de 1995 ningún establecimiento podrá prestar servicios de salud si no cuentan con la licencia de funcionamiento.

2.4 ACREDITACIÓN DE LAS IPS

Definición. La acreditación es un proceso voluntario y periódico mediante el cual una Institución Prestadora de Servicios de Salud obtiene del organismo acreditador el reconocimiento público de que ha superado los requisitos mínimos de calidad exigidos por la Ley en los servicios que presta a sus usuarios.

Sistema de Acreditación. Créase el sistema de acreditación en salud para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuyo objetivo fundamental es brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

Es voluntario de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, acogerse al Sistema de Acreditación. La acreditación tendrá carácter temporal.

Las instituciones que se acrediten, disfrutarán de las prerrogativas que para ellas establezca la ley y la que señale el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El sistema de acreditación incluirá, un sistema de calificación a la institución que permita establecer parámetros comparativos.

La autoevaluación institucional, es una tarea permanente de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y hará parte del proceso de acreditación. El Ministerio de Salud cooperará con tales entidades para estimular y perfeccionar los procedimientos de autoevaluación institucional.

Consejo Nacional de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estará conformado por:

- El Ministro de Salud o su delegado.
- El Superintendente Nacional de Salud o su delegado.
- El Director del Instituto Colombiano de Normas Técnicas ICONTEC o su delegado.
- El presidente de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
- El presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales.
- Un representante de las entidades hospitalarias.
- Un representante de los profesionales de la salud.

- Un representante de los usuarios de los servicios de salud.
- Un representante de las sociedades científicas.

Funciones del Consejo Nacional de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Consejo Nacional de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tendrá las siguientes funciones:

- a) Recomendar al Ministerio los mecanismos, procedimientos, instrumentos y estándares que requiere el proceso de acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- b) Presentar al Ministerio los proyectos para la expedición de los correspondientes certificados de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cumplan las condiciones para ello.
- c) Recomendar los requisitos mínimo que debe adoptar el Ministerio para que sean cumplidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para ser acreditadas.

- d) Diseñar y mantener una base de datos que permita conocer las entidades y las condiciones en que le fue expedido el certificado de acreditación.

- e) Publicar periódicamente por intermedio del Ministerio, los listados de entidades y los servicios que hayan sido acreditados conforme lo establezca el propio Consejo.

- f) Formular y adoptar su propio reglamento.

- g) Las demás que sean necesarias para el adecuado funcionamiento del Consejo.

CUADRO 1
COMPARATIVO DE SOCIEDADES COMERCIALES

RECONOCIDAS LEGALMENTE					
	SOCIEDADES DE NATURALEZA MIXTA	SOCIEDADES DE CAPITALES		SOCIEDADES DE PERSONAS	
	Sociedad de responsabilidad Limitada	Sociedad en Comandita por acciones	Sociedad Anónima	Sociedades Colectivas	Sociedades en Comandita Simple
Situación Jurídica	La sociedad una vez constituida por medios legales forman una "persona jurídica", diferente de los socios considerados individualmente, de acuerdo con la participación en la compañía, los impuestos de renta y patrimonio recaen sobre la cabeza de cada socio. La sociedad paga un % sobre las utilidades.	La sociedad una vez constituida por medios legales forman una "persona jurídica", diferente de los socios considerados individualmente. Los accionistas deben declarar patrimonio y renta para cualquier efecto legal y fiscal. La sociedad paga un % sobre las utilidades.	La sociedad una vez constituida por medios legales forman una "persona jurídica", diferente de los socios considerados individualmente. Los accionistas deben declarar patrimonio y renta para cualquier efecto legal y fiscal. La sociedad paga un % sobre las utilidades.	La sociedad después de haber sido constituida legalmente origina una persona jurídica diferente de los socios individualmente considerados, los impuestos sobre renta y patrimonio los pagan los socios como en las de responsabilidad limitadas. Esta paga un % sobre las utilidades.	La sociedad después de haber sido constituida legalmente origina una persona jurídica diferente de los socios, individualmente considerados; los impuestos sobre renta y patrimonio los pagan los socios como en las de responsabilidad limitada. Esta paga un % sobre las utilidades.
Constitución	Por medio de una escritura pública; copia de ésta debe ser inscrita en la Cámara de Comercio. En los estatutos se negociará que la responsabilidad de los socios es limitada a sus aportes y estos han sido cancelados totalmente.	Con los mismos actos que la sociedad de responsabilidad limitada. No es necesaria la intervención de los socios comanditarios.	Con los mismos actos que la sociedad de responsabilidad limitada. Además de esto se necesita un permiso especial de la Superintendencia de Sociedades Anónimas.	Con los mismos actos que la sociedad de responsabilidad limitada.	Con los mismos actos que la sociedad de responsabilidad limitada. No es necesario la intervención de los socios.
Número de socios	2 - 25, máximo estipulado por la ley.	Uno o más colectivos y por lo menos cinco comanditarios.	Mínimo 5.	2 o más.	Uno o más colectivos (gestores). Uno o más comanditarios (capitalistas).
Responsabilidad de cada uno de los socios.	Condicionado para los gestores y además a cualquier suma adicional que se señale en los estatutos.	Condicionado para los gestores. Hasta el monto de sus respectivos aportes para los comanditarios.	Por el costo de la suscripción que el accionista haya hecho.	Limitada y solidariamente	Condicionado para los gestores. Hasta el monto de sus respectivos aportes para los comanditarios.

Fuente: Código de Comercio, Séptima Edición Actualizada. Artículos 294 a 468.



CUADRO 2
COMPARATIVO DE SOCIEDADES COMERCIALES

RECONOCIDAS LEGALMENTE					
	SOCIEDADES DE NATURALEZA MIXTA	SOCIEDADES DE CAPITALES		SOCIEDADES DE PERSONAS	
	Sociedad de responsabilidad Limitada	Sociedad en Comandita por acciones	Sociedad Anónima	Sociedades Colectivas	Sociedades en Comandita Simple
Fondo Social	Cada socio promete entregar un aporte a la sociedad, como por ejemplo: dinero, muebles, inmuebles, crédito, etc. Ningún socio puede ser obligado a aportar más en caso de que se pierda durante la sociedad salvo a las estipulaciones de un contrato. El capital social se pagará íntegramente al formarse la sociedad; al aportar bienes, los socios son solidariamente responsables del valor atribuido en la escritura social.	El capital estará representado en acciones de igual valor, si las acciones no han sido pagadas estarán en estado de nómina. El aporte de industria de los gestores no estará en el capital social. Al formarse la sociedad deberá suscribirse el 50% de las acciones en que el capital autorizado esté divididas y estar pagado al menos 1/3 parte del valor de cada acción. El plazo de pagar las acciones no debe pasar de un año.	El capital estará representado en acciones de igual valor que se representarán en títulos negociables, al formarse la sociedad deberá suscribirse no menos del 50% del capital y pagarse siguiera 1/3 parte del valor de cada acción que suscriba. Al darse a conocer el capital autorizado se deberá indicar la cifra del capital suscrito y lo que se ha pagado. Las acciones no pagadas serán nominativas, el plazo de pago es 1 año máximo.	Rigen las mismas disposiciones que en la sociedad de responsabilidad limitada.	Se forma con los aportes de los socios comanditarios o éstos con los socios colectivos, a la vez, el socio comanditario no puede aumentar su capital.
Duración	Tiempo definido a través de la escritura pública. La sociedad puede seguirse por medio de herederos.	Tiempo definido fijado por la escritura pública.	Tiempo definido fijado por la escritura pública.	Tiempo definido fijado por la escritura pública. La sociedad puede continuar con los derechos de un socio fallecido con requisitos legales previos.	Tiempo definido fijado por la escritura pública.
Razón social	La sociedad girará en torno de una denominación seguida con el término "Ltda" que de no aparecer en los estatutos hará responsable a los asociados frente a terceros.	Como en la compañía simple. Se agregará en cualquier caso "S.C.A.", "Sociedad en Comandita por Acciones".	La sociedad girará bajo una denominación seguida de las palabras "Sociedad Anónima".	Se forma con un nombre completo o apellido de un socio que puede seguir con la expresión "& compañía", "hermanos", etc., no se incluyen nombres de extraños.	Se forma con nombre completo o apellidos seguidos por la expresión "& compañía seguidos por S en C" "Sociedad en Comandita simple".
Reservas	Legal: 10% del rendimiento líquido de cada ejercicio que subirá por lo menos al 50% del capital inicial. Otras: las establecidas en los estatutos.	Legal: 10% del rendimiento líquido de cada ejercicio que subirá por lo menos al 50% del capital inicial. Otras: las establecidas en los estatutos.	Legal: 10% del rendimiento líquido de cada ejercicio que subirá por lo menos al 50% del capital inicial. Otras: las estatutarias, las ocasionales que ordena la asamblea.	Legal: no existe Otras: las establecidas en los estatutos.	Legal: no existe Otras: las establecidas en los estatutos.

Fuente: Código de Comercio, Séptima Edición Actualizada, Artículos 294 a 468.

**CUADRO 3
COMPARATIVO DE SOCIEDADES COMERCIALES**

RECONOCIDAS LEGALMENTE					
	SOCIEDADES DE NATURALEZA MIXTA	SOCIEDADES DE CAPITALES		SOCIEDADES DE PERSONAS	
	Sociedad de responsabilidad Limitada	Sociedad en Comandita por acciones	Sociedad Anónima	Sociedades Colectivas	Sociedades en Comandita Simple
Negociabilidad de las Particiones	Únicamente puede transferirse por escritura pública. también podrá cederse a un extraño siempre y cuando esté autorizado por la mayoría.	Para traspasar total o alguna parte del interés en la sociedad, cualquier socio deberá poseer una autorización previa de los consocios, esto a lo que se refiere a los socios fundadores, para los socios comanditarios como en la sociedad anónima que se presenta a continuación.	Todas las acciones podrán ser negociables a excepción de: <ul style="list-style-type: none"> • Las de la industria • Las privilegiadas • Las comunes • Las grabadas. 	Como se muestra en la sociedad en comandita por acciones.	La transferencia de intereses de un socio colectivo requiere de la autorización total o unánime de los socios. La transferencia de las mimas de un comanditario del voto unánime de los demás comanditarios.
Funciones de los socios	Primordialmente los socios deben reunirse una vez por año en el día en que se determine por los estatutos, estudiar y si es necesario reformar dichos estatutos, mantener en orden todo lo que a balances se refiere, hacer elecciones y todo el orden administrativo mantenerlo consignado.	Igual que en la sociedad de responsabilidad limitada, el comanditario podrá examinar por su cuenta o por un representante los estados de cuenta consignados en libros.	Igual que en la sociedad de responsabilidad limitada, para cualquier reunión de los accionistas se debe avisar a la Superintendencia la fecha, hora y lugar.	Las mismas que en la sociedad de responsabilidad limitada.	Igual que en la sociedad de responsabilidad limitada, el comanditario podrá examinar por su cuenta o por un representante los estados de cuenta consignados en libros.
Reparto de las utilidades	Se hará en una proporción que esté de acuerdo con la parte pagada de las cuotas o del interés de cada asociado en caso de que el contrato no diga otra cosa, cualquier cláusula que impida no participar de la distribución de las utilidades a algún socio no estará escrita. Para la distribución de utilidades se tendrán en cuenta los balances.	Se hará de acuerdo con lo convenido en el contrato entre los socios y los comanditarios, de no existir esto se repartirán las utilidades entre los comanditarios proporcionalmente con sus cuotas y pagando beneficios a los fundadores o gestores.	Con fijación en las normas sobre la adjudicación de utilidades, se repartirán entre los accionistas las utilidades que estén aprobadas y que a la vez estén justificadas por los estados de cuenta y balances.	Como en la sociedad de responsabilidad limitada.	Como en la sociedad en comandita por acciones.

Fuente: Código de Comercio, Séptima Edición Actualizada, Artículos 294 a 468.

**CUADRO 4
COMPARATIVO DE SOCIEDADES COMERCIALES**

RECONOCIDAS LEGALMENTE					
	SOCIEDADES DE NATURALEZA MIXTA	SOCIEDADES DE CAPITALES		SOCIEDADES DE PERSONAS	
	Sociedad de responsabilidad Limitada	Sociedad en Comandita por acciones	Sociedad Anónima	Sociedades Colectivas	Sociedades en Comandita Simple
Administración	<p>Todos los socios deben estar involucrados en este aspecto, por sí mismos o por un delegado, en el caso de un delegado, no estaría autorizado para participar en los negocios sociales.</p>	<p>Estará administrada por los socios colectivos, podrán ejercer este cargo ellos o un delegado. Los comanditarios no podrán ejercer ningún cargo si como delegados de los socios colectivos.</p>	<p>Por medio de un quórum, la asamblea de accionistas elige la junta directiva y a la vez, un revisor fiscal, la junta directiva podrá elegir un representante legal.</p>	<p>Como en la sociedad de responsabilidad limitada.</p>	<p>Corresponde a los socios como en la comandita por acciones.</p>
Razones de disolución	<p>Por problemas como el de un vencimiento del término previsto, no estar aptos para desarrollar una empresa social, la reducción del número de asociados, decisión de los socios, declaración de quiebra, pérdidas que reduzcan el capital a menos del 50% cuando hay más de 25 socios, entre otros.</p>	<p>Por problemas como un vencimiento del término previsto, no estar aptos para desarrollar una empresa social, la reducción del número de asociados, decisión de los socios, declaración de quiebra, pérdidas por más del 50% del patrimonio neto del capital inicial.</p>	<p>Por problemas como el de un vencimiento del término previsto, no estar aptos para desarrollar una empresa social, la reducción del número de asociados, decisión de los socios, declaración de quiebra, cuando el 95% de las acciones pertenezcan a un solo socio.</p>	<p>Por problemas como el de un vencimiento del término previsto, no estar aptos para desarrollar una empresa social, la reducción del número de asociados, decisión de los socios, declaración de quiebra, por alguna renuncia justificada de algún socio, incapacidad, muerte de algún socio y no existan herederos.</p>	<p>Por problemas como el de un vencimiento del término previsto, no estar aptos para desarrollar una empresa social, la reducción del número de asociados, decisión de los socios, declaración de quiebra, por pérdidas que reduzca el capital a su tercera parte o menos.</p>

Fuente: Código de Comercio, Séptima Edición Actualizada, Artículos 294 a 468.

CUADRO 5
TRÁMITES REQUERIDOS POR ENTIDADES GUBERNAMENTALES PARA LEGALIZAR UNA EMPRESA

<p align="center">COMERCIALES 1-8</p> <p>Trámites: Cámara de Comercio de Bogotá y Notaría.</p>	<p align="center">SEGURIDAD LABORAL 9-11</p> <p>Trámites: Instituto de Seguros Sociales, Cajas de Compensación Familiar.</p>	<p align="center">SEGURIDAD LABORAL 12-14</p> <p>Trámites: Tesorería Distrital y Alcaldía Zona.</p>	<p align="center">TRIBUTARIOS 15-18</p> <p>Trámites: Administración de Impuestos Nacionales</p>
---	---	--	--



Fuente: Código de Comercio, Séptima Edición Actualizada, Artículos 110 a 121.

CUADRO 6
TRÁMITES REQUERIDOS POR ENTIDADES GUBERNAMENTALES PARA LEGALIZAR UNA EMPRESA

SEGURIDAD LABORAL

9. Obtener el número patronal en el ISS

10. Inscribir a los trabajadores en el ISS o fondo de pensiones.

11. Inscribir a la empresa en el ICBF, SENA y Caja de Compensación Familiar.

SEGURIDAD LABORAL

12. Obtener el registro de Industria y Comercio

13. Solicitar la licencia de funcionamiento (llenando requisitos como la copia del registro de industria y comercio (Anexo 2 y 3)

14. Obtener la licencia de funcionamiento.

TRIBUTARIOS

15. Solicitar formulario R.U.T. en la Admón de Impuestos Nacionales

16. Solicitar el NIT en el mismo sitio.

17. Inscribir la empresa en el R.U.T. como responsable del IVA.

18. Establecer si es o no agente retenedor.



3. CONCLUSIONES

En general este manual práctico da orden a todos los requisitos y decretos reglamentarios recopilándolos para que el usuario pueda desarrollar paso a paso y legalizar de una manera correcta su Institución Prestadora de Servicios de Salud (I.P.S.).

A todas las personas interesadas en constituir una Institución Prestadora de Servicios de Salud se le sugiere consultar este manual práctico que les permitirá lograr su objetivo con mayor facilidad.



BIBLIOGRAFÍA

Decreto Número 1918 del 5 agosto de 1994. Ministerio de Salud. Por el cual se reglamentan las normas de Organización y Funcionamiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Decreto Número 412 de 6 de marzo de 1992 por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.

Decreto Número 1002 del 5 de junio de 1978 del Ministerio de Salud.

Decreto Número 1757 del 3 de agosto de 1994 del Ministerio de Salud por el cual se organiza y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4 del decreto ley 1298 de 1994.

Decreto Número 1571 del 12 de agosto de 1993 por el cual se reglamenta parcialmente el título 9 de la ley 09 de 1979 en cuanto a funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sanfre, total o de sus hemo derivados, se crean la Red Nacional de Bancos de Sangre y el Consejo Nacional de Bancos de Sangre y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

Decreto Número 1917 del 5 de agosto de 1994 por el cual se reglamenta parcialmente el decreto ley 1298 de 1994 en cuanto a los requisitos y condiciones técnico sanitarias para el funcionamiento, acreditación y licenciamiento de los laboratorios clínicos y de salud pública y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

Decreto número 1172 del 3 de juniode 1989 del Ministerio de Salud por el cual se reglamenta parcialmente el título 9 de la ley 09 de 1979 en cuanto a la obtención, preservación, almacenamiento, transpote, destino y disposición final de órganos o componentes anatómicos y los procedimientos para trasplantes de los mismos en seres humanos, así como la ley 73 de 1988.

LEGISLACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Santafé de Bogotá, D.C.
Febrero de 1995.

MINISTERIO DE SALUD. La reforma a la Seguridad Social en Salud.
Santafé de Bogotá, D.C. Editorial 7a. Ltda. 1994. Tomo I, II y III.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD O.P.S., ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD O.M.S. Manual de Organización y
Procedimientos Hospitalarios. Programas de Estudios Avanzados en
Administración Hospitalaria y servicios de Salud. 1990.

PODER PÚBLICO. RAMA LEGISLATIVA NACIONAL. LEY 10 DE 1990. Por
la cual se organiza el Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial No.
39137, Bogotá, D.C. Enero 10 de 1990.

PODER PÚBLICO, RAMA LEGISLATIVA NACIONAL. LEY 60 DE 1993.
Diario Oficial No. 40987. Santafé de Bogotá, D.C. Agosto 12 de 1993.

Resolución Número 02810 de 6 de marzo de 1986 por la cual se dictan
normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la ley 9 de

1979 en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

Resolución Número 009279 de 17 de noviembre de 1993. Por la cual se elabora el manual de normatización del componente traslado para la Red Nacional de Urgencias y se dictan otras disposiciones.

Resolución Número 003905 del Ministerio de Salud del 8 de Junio de 1994 por la cual se adopta un formato para la Recolección de Información en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

ANEXO 1

DISEÑO DE ESCRITURA

Escritura No. 3247 TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE...

En la ciudad de Santafé de Bogotá D.C., Depto. de Cundinamarca, República de Colombia, hoy (fecha) de (año) ante mi (nombre del notario) de Santafé de Bogotá D.C., se otorgó la escritura pública de CONSTITUCIÓN DE SOCIEDAD contenida en las siguientes estipulaciones según minuta escrita que dice: **COMPARECENCIA:** Comparecieron (nombre), domiciliado en (ciudad) identificado con (C.), de nacionalidad de estado civil, (de haber comparecientes igual al anterior; al igual; de existir libreta militar o algún otro dato debe consignarse), quienes obran todos en nombre propios y manifestaron que por medio de la siguiente escritura pública constituyen una sociedad comercial de responsabilidad limitada la que se registrará por las leyes colombianas en general y, en particular, por los siguientes estatutos sociales:

CAPÍTULO PRIMERO. - ARTÍCULO PRIMERO: DENOMINACIÓN: La sociedad que se constituye es comercial de responsabilidad limitada y se denominará "nombre-I.P.S.".....

ARTÍCULO SEGUNDO: La sociedad tendrá como domicilio (lugar), (República de Colombia), pero por decisión de los socios se podrán tener sucursales en cualquier sitio del país o en el exterior.....

ARTÍCULO TERCERO: DURACIÓN. El término de duración es de 10 años, sin perjuicio de que pueda prorrogarse su vigencia o de que produzca su disolución anticipada de acuerdo con la ley y estos estatutos.....

ARTÍCULO CUARTO: La sociedad tendrá como objeto social las siguientes actividades:

1. Como Institución Prestadora de Servicios de Salud prestar servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios, dentro de los parámetros y principios señalados por la ley
2. Tener como principios básicos la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud.....
3. Prestar servicios médicos y/o paramédicos de salud con la autonomía técnica y financiera
4. Prestar servicios médicos y/o paramédicos integrales con información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios
5. Contratar servicios de salud con Entidades Promotoras de Salud o con entidades territoriales públicas o privadas que presten servicios de salud médica y/o paramédica o de ayuda a la comunidad
6. Prestar servicios de salud dentro de las Entidades Promotoras de Salud

- E.P.S. o fuera de ellas con clínicas, centros de salud, hospitales, consultorios profesionales médicos y/o paramédicos, empresas de medicina prepagada...
7. Contratar con E.P.S., para la prestación de servicios de salud, médicos y/o paramédicos o similares
 8. Podrá celebrar cualquier tipo de negociaciones y contratos con el objeto de comercializar servicios médicos y/o paramédicos o de salud, o de asistencia comunitaria
 9. Dar o recibir bienes mueble e inmuebles a título de arrendamiento.....
 10. Podrá además girar, otorgar, aceptar, garantizar toda clase de valores
 11. Realizar toda clase de operaciones bancarias, de bolsa o martillo en desarrollo del objeto propio de la sociedad
 12. Celebrar con establecimientos de crédito, compañías aseguradoras, empresas de medicina prepagada, consultorios privados, médicos y/o paramédicos o similares, operaciones inherentes al giro ordinario de sus negocios o servicios.....
 13. Celebrar contratos de cuenta corriente, cuentas de ahorros y tarjetas de crédito o cualesquiera otro dentro del sistema financiero en desarrollo del objeto específico de la sociedad.....
 14. Dar y recibir bienes en comodato
 15. Ingresar como asociada con otra sociedad o entidad, o con otra

Institución Prestadora de Servicios de Salud, o con empresas de medicina prepagada, sociedades comerciales de servicios de salud, entidades públicas o privadas, nacionales o internacionales que presten servicios médicos y/o paramédicos de salud o de asistencia comunitaria

16. En general, celebrar todo acto, convención o contrato de naturaleza jurídica que sea necesario para el desarrollo del objeto social de la sociedad.

En desarrollo del objeto principal de la sociedad, ésta podrá licitar y contratar, formar parte de otras sociedades y fusionarse con ellas, girar, aceptar, endosar, negociar títulos valores, celebrar contratos de cambio en todas sus modalidades, dar y recibir dinero en mutuo, con o sin interés, gravar sus bienes con hipoteca y con prenda, con o sin tenencia

CAPÍTULO SEGUNDO: ARTÍCULO QUINTO: CAPITAL - APORTES Y CESIÓN DEL INTERÉS SOCIAL. El capital de la sociedad es la suma de \$ VEINTE Y UN MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$21.000.000.00), dividido en \$ VEINTE Y UN MIL PESOS (\$21.000.00), cuotas o partes de interés social de un valor nominal de MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$1.000.00) cada una, el cual ha sido pagado por los socios en dinero efectivo, en la siguiente proporción

SOCIOS	CUOTAS	VALOR
NOMBRE	7.000	\$ 7.000.000.00



NOMBRE	7.000	\$ 7.000.000.00
NOMBRE	7.000	\$ 7.000.000.00

ARTÍCULO SEXTO: El capital social fijado en estos estatutos puede aumentarse o disminuirse en virtud de reforma estatutaria con las formalidades previstas en la ley. En todo aumento de capital los antiguos socios tendrán derecho a adquirir cuotas o derechos sociales en la cantidad proporcional a las que posean

ARTÍCULO SÉPTIMO: Los socios limitan su responsabilidad al valor de sus aportes

ARTÍCULO OCTAVO: En las votaciones de la Junta de Socios cada cuota o derecho social da derecho a un voto. Las cuotas o derechos sociales no pueden subdividirse. Si por cualquier circunstancia una de ellas llegare a pertenecer a varias personas, éstas deberán designar un representante único ante la sociedad

ARTÍCULO NOVENO: Los socios podrán hacerse representar en las reuniones de la Junta de Socios mediante poder otorgado por escrito, en el que la persona a quien éste pueda sustituirle y la fecha de reunión para la cual se confiere. Si el poder es otorgado por escritura pública o por documento legalmente reconocido, puede comprender dos (2) o más reuniones de la Junta. Los administradores y empleados de la sociedad no

podrán representar en las reuniones de la Junta de cuotas distintas de las propias, mientras estén en el ejercicio de sus cargos, ni sustituir los poderes que se les confieren, salvo en los casos de representación legal. Tampoco podrán votar los balances y cuentas de fin de ejercicio ni los de liquidación

ARTÍCULO DÉCIMO: En caso de que uno de los socios desee enajenar una o más cuotas o derechos sociales, estará obligado a conceder opción de compra de las mismas a los otros socios para lo cual deberá comunicar por escrito al Gerente de la sociedad el número de cuotas que desee enajenar, así como el precio, plazo y demás condiciones de venta; el Gerente informará de este hecho a los socios por medio de carta o cable dirigido al domicilio de cada uno de ellos y dentro de un plazo de quince (15) días contados a partir de tal comunicación, los socios deberán indicar por escrito si están interesados o no en la adquisición de cuotas . En caso positivo, cada socio interesado en comprar tendrá derecho a adquirir un número proporcional de cuotas al que ya posea, sobre el número total de cuotas pertenecientes a los interesados en la compra, teniendo en cuenta que las cuotas o derechos sociales son indivisibles. Si solamente uno de ellos estuviere interesado en la compra, tendrá derecho a adquirir todas las cuotas en venta o parte de ellas. Si dentro del término fijado ninguno de los socios manifestare su interés en la compra de todas o parte de las cuotas o si no se obtiene la mayoría prevista para el ingreso de un extraño, la

sociedad, se disolverá

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO: Para establecer el precio de la cesión.- Si no hubiere acuerdo entre las partes al respecto, el vendedor y el comprador o compradores nombrarán un perito cada uno, o si están en desacuerdo, estos nombrarán un tercero. El régimen y el procedimiento para la peritación será el fijado por el Código de Comercio. El procedimiento indicado en el artículo anterior no será necesario cuando la sesión de cuotas se efectúa en favor de los padres, del cónyuge o de los hijos del socio, persona natural o de una sociedad cuyos accionistas sean el socio, el cónyuge y/o sus hijos o padres

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO: Las cuotas o derechos sociales pueden cederse conforme a las leyes y estos estatutos. La enajenación se hará por escritura pública e implicará una reforma estatutaria. La correspondiente escritura pública será otorgada por el gerente, el cedente y el cesionario

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO: La sociedad no se disolverá por la muerte de alguno de los socios

En consecuencia, la sociedad continuará con los herederos o legatarios del socio fallecido pero cuando por virtud de tal hecho de otro distinto varias personas sean copropietarias de una o varias cuotas de derechos sociales, deberán designar una sola persona para que los represente en el ejercicio de su derecho, designación que se hará conforme a las leyes

vigentes.....

El representante así designado se tendrá y reconocerá como tal hasta tanto no se comunique a la sociedad la designación de otra persona, este representante tendrá y podrá ejercer las mismas atribuciones y derechos que los estatutos y la ley otorgue al socio

CAPÍTULO TERCERO: DIRECCIÓN - ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE LA SOCIEDAD. - ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO: La sociedad estará

dirigida y administrada por los siguientes órganos:

a) Junta de socios

b) Gerencia

CAPÍTULO CUARTO: JUNTA DE SOCIOS.- ARTÍCULO DÉCIMO

QUINTO: La Junta de Socios se compone de los socios inscritos en el libro de registro de socios o de sus representantes o mandatarios reunidos conforme a las descripciones de estos estatutos. Cada socio tendrá tantos votos cuantas cuotas o derechos sociales posea en la compañía

ARTÍCULO DÉCIMO SEXTO: Las reuniones de la Junta de Socios podrán ser ordinarias o extraordinarias y estarán presididas por quien designen los socios. La Junta se reunirá en el domicilio de la sociedad en el día, hora y lugar expresados en la convocatoria. No obstante podrá reunirse sin previa citación y en cualquier sitio, cuando estuvieren representadas la totalidad de las cuotas o derechos sociales en que se divide el capital

Las reuniones ordinarias de la Junta se efectuarán por lo menos una vez al año dentro de los tres (3) meses siguientes al vencimiento de cada ejercicio para examinar la situación de la sociedad y designar a los funcionarios de su elección, determinar las directrices económicas de la compañía, considerar las cuentas y balances del último ejercicio y resolver sobre la distribución de utilidades, así como acordar todas las providencias tendientes a asegurar el cumplimiento del objeto social. Si no fuere convocada la Junta esta se reunirá por derecho propio el primer día hábil del mes a las diez (10) de la mañana, en las oficinas del domicilio principal donde funcione la administración de la sociedad. La Junta de socios podrá ser convocada a reuniones extraordinarias por el GERENTE, igualmente se reunirá cuando lo estime conveniente o lo solicite un número de socios que represente por lo menos las dos terceras ($2/3$) partes de las cuotas o derechos sociales, caso en el cual la convocatoria se cumplirá a través del GERENTE. En las reuniones extraordinarias únicamente podrá tomar determinaciones sobre los temas previstos en el orden del día incluido en la convocatoria, pero, por decisión de la misma Junta tomada con una mayoría del setenta por ciento (70%) de las acciones representadas en la reunión, podrá ocuparse otro tema una vez agotado el orden del día. Estando presentes o representados los socios, no podrán celebrarse reuniones de la Junta en cualquier fecha sin previa citación. De todo lo ocurrido en las



reuniones de la Junta de Socios, se dejará en el libro de actas registrado y foliado por la Cámara de Comercio de Bogotá

ARTÍCULO DÉCIMO SÉPTIMO: La convocatoria de las reuniones de la Junta de Socios por lo menos con cinco (5) días calendario de anticipación por medio de notificaciones personales dirigidas al lugar que los socios hayan registrado para el envío de las informaciones oficiales de la sociedad salvo que la reunión tenga por objeto la consideración del balance anual, caso en el cual la convocatoria se hará con quince (15) días de antelación. En el acta de la cesión correspondiente se dejará constancia de la convocatoria.

ARTÍCULO DÉCIMO OCTAVO: Son funciones de la Junta de Socios:

a) Disolver la compañía antes del vencimiento del término estipulado, prorrogar el período de existencia de la sociedad, decretar la capitalización de reservas o utilidades y en general reformar los Estatutos sociales; b) Nombrar para períodos de un (1) año al GERENTE y SUGERENTE, removerlos libremente y fijar sus remuneraciones. Para validez ante terceros de los nombramientos del GERENTE Y SUGERENTE, bastará el registro de la correspondiente acta en la Cámara de Comercio; c) Autorizar los contratos cuya cuantía supere o exceda del capital social o que se refieran a la compra venta o gravamen de los bienes inmuebles; d) Darse su propio reglamento y, en general, dirigir la marcha de la sociedad, asesorar al

Gerente en el desempeño de sus funciones y tomar las decisiones que estime convenientes para los intereses sociales; e) Aprobar los balances generales, los estados de pérdidas y ganancias y en general las cuentas de la sociedad, así como también ordenar la constitución de reservas y la distribución de utilidades; f) autorizar a los socios para ceder a terceros sus cuotas o derechos sociales y autorizar el ingreso de nuevos socios; g) Resolver las dudas que se presenten sobre la aplicación de los estatutos; h) nombrar el liquidador de la compañía cuando fuere necesario; i) ninguno de los socios podrá contraer obligaciones que comprometan a la sociedad, a menos que la Junta de Socios lo autorice expresamente y por la totalidad de las cuotas de la sociedad; j) las demás que le señalaren estos estatutos y no tuviere otro órgano social

ARTÍCULO DÉCIMO NOVENO: Las decisiones de la Junta de Socios se tomará así: a) En general por un número plural de socios que represente por lo menos las dos terceras (2/3) partes de las cuotas o derechos sociales salvo por las mayorías especiales exigidas por la ley y estos estatutos; b) No menos del 70% del capital de cuotas de la sociedad las cuotas o derechos sociales para la reforma de los estatutos y los demás casos en que la ley exija esta mayoría.....

CAPÍTULO QUINTO. - ARTÍCULO VIGÉSIMO: El gobierno y la administración de la sociedad estará a cargo de un empleado llamado

GERENTE, que durará en sus funciones por el término de un año, elegido por la Junta de Socios, junto con el SUGERENTE, reelegidos indefinidamente y removibles libremente. El SUGERENTE lo reemplazará en sus faltas absolutas, temporales o accidentales. Corresponde al GERENTE la representación legal de la compañía en toda clase de negocios con los particulares y en gestiones de cualquier naturaleza que deban adelantarse ante las autoridades administrativas, públicas o privadas y judiciales. También le corresponde el gobierno y la administración directa de la sociedad y la ejecución de todos los actos comprendidos dentro del objeto social con la limitación de los actos que por su cuantía requieren autorización especial de la Junta de Socios. Dentro de sus facultades se encuentran principalmente las siguientes: a) Celebrar todos los actos comprendidos dentro del objeto social y autorizar con su firma los actos y contratos en que la sociedad tenga que intervenir. b) Presentar a la Junta de Socios dentro de los tres meses siguientes al vencimiento de cada ejercicio el balance general cortado al 31 de diciembre, el estado de pérdidas y ganancias y las demás cuentas de la sociedad, así como el proyecto de distribución de utilidades; c) Convocar a reuniones extraordinarias a la Junta de Socios cuando lo estime conveniente; d) Constituir mandatarios especiales que representen a la sociedad en negocios o gestiones judiciales, administrativas, o con particulares; e) Crear los cargos que

considere necesarios para la buena marcha de los negocios sociales; fijarles la correspondiente remuneración y seleccionar el personal para servicios; f) Recibir, transigir y comprometer, adquirir y conceder préstamos con o sin garantía y con o sin intereses, abrir cuentas corrientes, girar y aceptar cheques y toda clase de títulos valores, lo mismo que celebrar el contrato de cambio en todas sus manifestaciones; adquirir, vender, gravar, enajenar en cualquier forma los bienes muebles e inmuebles de que sea propietaria la sociedad, y en general, celebrar todos los actos y contratos comprendidos dentro del objeto social, debiendo obtener previamente la autorización de la Junta de Socios en casos en que así lo exijan los estatutos sociales.

ANEXO 2
MINISTERIO DE SALUD
DECRETO NÚMERO 1918
5 AGO. 1994

Por el cual se reglamentan los artículos 76 y 78 del Decreto 1298 de 1994.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En uso de las facultades otorgadas por el numeral 11 del artículo 198 de la
Constitución Política de Colombia de 1991,

DECRETA:

CAPÍTULO I

DEL LICENCIAMIENTO

Artículo 1o.- DEFINICIÓN. El Licenciamiento es el procedimiento mediante el cual se verifica que las entidades dedicadas a la prestación de servicios de salud cumplen con los requisitos establecidos en el presente Decreto. Conduce a la expedición por parte de la autoridad competente de la Licencia para prestar servicios de salud.



Artículo 2o. REQUISITOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA LICENCIA. La autoridad competente expedirá la licencia general y especificará para cada una de las unidades funcionales o servicios que preste a la Institución que demuestre cumplir con los siguientes requisitos:

1. RECURSO HUMANO ASISTENCIAL

Todo el personal que labora en la entidad y se ocupa de la asistencia la paciente conforme lo defina el Ministerio de Salud. Independientemente de la modalidad de vinculación debe cumplir con los requisitos establecidos por la ley para el desarrollo de su actividad.

Del personal no especializado que labora en la entidad deberá reportarse la siguiente información:

- Nombre
- Número de cédula de ciudadanía
- Profesión
- Cargo: se exceptúan el personal adscrito
- Número de tarjeta profesional o documento equivalente
- Tipo de vinculación: contrato laboral, indefinido o a término fijo, prestación de servicios con horario definido, adscripción, otro.

- Dedicación: horas diarias contratadas para el personal en nómina o con contrato de servicios.

Cuando se trate de personal especial que se desempeñe como tal, además de la información solicitada a los no especializados deberá reportarse la siguiente:

- Especialidad
- Nombre de la institución que le confirió el título
- Fecha y número del acta de grado
- Fecha y número de la Resolución de convalidación en caso de graduados en el exterior.

2. ORGANIZACIONALES Y ADMINISTRATIVOS

2.1 ESTATUTOS O NORMAS EQUIVALENTES

Las entidades deberán contar con estatutos o normas correspondientes en los cuales se establezcan los principios generales de organización y dirección.

2.2 REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO Y MANUAL DE FUNCIONES

Las entidades privadas deberán contar con un reglamento interno de trabajo conforme lo establece el Capítulo I del título IV del Código Sustantivo del

Trabajo. Las entidades públicas deberán contar con un manual de funciones de conformidad con lo establecido en el Decreto 1335 de 1990.

2.3 ESTADOS FINANCIEROS Y CONTABLES

Las entidades deben disponer de registros contables y/o presupuesto en concordancia con los principios generalmente aceptados. Tratándose de entidades públicas el presupuesto deberá ceñirse a las normas legales específicas establecidas. Para aquellas entidades que soliciten licencia hasta el 21 de Diciembre de 1994, se entenderá como cumplido el presente requisito con la presentación de cualquiera de los siguientes documentos:

- a) Estados financieros de prueba o definitivos.
- b) Registros contables
- c) Presupuesto aprobado por la Junta Directiva o quien haga sus veces.

Los documentos a que hacen referencia los literales a y b no podrán tener una antigüedad mayor de 6 meses. El presupuesto deberá corresponder a la vigencia en la cual se solicita la licencia.

A partir del 1 de abril de 1995 el requisito en mención sólo se entenderá cumplido mediante la presentación por parte de las entidades que soliciten expedición o renovación de la licencia, de sus registros contables, conforme

lo establecido en la Resolución 0522 del 28 de junio de 1994 de la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que la modifiquen o adicionen.

A partir del 1 de Enero de 1996 la información contable que presenten las entidades en el proceso de licenciamiento, además de reunir los requisitos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud no podrá tener un atraso mayor de tres (3) meses.

2.4 FACTURACIÓN

La entidad deberá contar con un mecanismo de facturación por paciente.

3. REGISTROS CLÍNICOS

3.1 REGISTROS DE ACTIVIDADES

Todas las entidades deberán llevar un registro actualizado y ordenado de las actividades realizadas a todos y cada uno de los pacientes sin perjuicio del diligenciamiento de la Historia Clínica concordante con las normas vigentes.

3.2 REPORTE DE ESTADÍSTICA ASISTENCIAL

De acuerdo con las normas vigentes las entidades deberán hacer reporte de estadística asistencial a las autoridades de salud.

3.3 RESUMEN DE ATENCIÓN

Todos los establecimientos que desarrollen actividades de hospitalización, cirugía ambulatoria y urgencias deberán diligenciar y reportar el resumen de atención de conformidad con lo establecido en la Resolución 3905 de junio de 1994 emanada del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud o en las normas que la modifiquen o adicionen.

4. LOCATIVOS Y SANITARIOS GENERALES

Se refieren al cumplimiento por parte de la entidad de los requisitos contenidos en este numeral y que busca asegurar que los servicios se presten en un ambiente apropiado.

4.1 Suministro de Agua Potable

La entidad debe tener garantizado un suministro de agua suficiente para cubrir sus necesidades. La de consumo humano deberá cumplir los requisitos sobre potabilización establecidos por las normas correspondientes en especial el decreto 2105 de 1983.



Las entidades que presten servicios de hospitalización deberán contar con un tanque de almacenamiento de agua potable que garantice el suministro por un mínimo de 18 horas con promedios de consumo correspondientes al funcionamiento del hospital con el máximo porcentaje ocupacional registrado en el año anterior.

4.2 Evacuación de residuos líquidos.

La conexión de la entidad en el sistema de alcantarillado público será de carácter obligatorio cuando quiera que exista este sistema y las condiciones técnicas lo permitan. Cuando esto no sea posible la entidad deberá contar con un sistema de tratamiento, evacuación y disposición sanitaria de residuos líquidos de acuerdo con las normas de diseño y especificaciones establecidas por el Ministerio de Salud. En cualquier caso los residuos líquidos patógenos, biológicos o similares, según sus características deberán esterilizarse y neutralizarse antes de su evacuación.

4.3 Disposición sanitaria de residuos sólidos.

La entidad deberá dar cumplimiento a las disposiciones vigentes en materia de disposición de residuos sólidos en especial al decreto 04 de 1983.

El transporte interno de residuos sólidos se hará a través de montacargas, ascensores, escaleras y rampas observando las condiciones sanitarias en el empaque, protección y presentación para evitar problemas estéticos y de salud por esparcimiento y contaminación.

En toda entidad hospitalaria queda prohibido el uso de instalación de ductos con el propósito de evacuar por ellos los residuos sólidos.

En todas las entidades que presten servicios de salud la separación de residuos sólidos será de carácter obligatorio de acuerdo con la siguiente clasificación:

- a. Residuos sólidos patógenos, biológicos y similares.
- b. Residuos sólidos de vidrio, papel, madera, metal y otros materiales reciclables de características no patógenas como también los que son objeto de barrido y limpieza.
- c. Residuos sólidos provenientes de la preparación de alimentos y desperdicios o sobrantes de ellos.

Los recipientes para almacenamiento de residuos sólidos deberán estar contruidos con características tales que no presenten rupturas o deformaciones como tampoco reacciones entre ellos y los residuos sólidos.

Las entidades deberán disponer de una área adecuada para lavado, limpieza y desinfección de los recipientes.

Todos los recipientes para almacenamiento de residuos sólidos estarán protegidos con tapa. En el caso de recipientes destinados a contener residuos sólidos patógenos biológicos o similares, la tapa será de accionamiento por pedal, vasculante u otro mecanismo equivalente que facilite el uso y vaciado del recipiente. En el caso de recipientes retornables deberán colocarse en su interior recipientes desechables de plástico u otro material impermeable y resistente.

La entidad deberá contar con áreas para almacenamiento de residuos sólidos patógenos biológicos y similares. Además debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- a. Estar señalizada con indicaciones claras y precisas para el manejo de los residuos sólidos, en cuanto a protección personal y del ambiente.
- b. Prohibición expresa de entrada a personas no comprometidas con el manejo de residuos sólidos.
- c. Tener sistemas de ventilación e iluminación naturales según las características del servicio.

- d. Pisos de material resistente con pendiente y sistema de drenaje que permita fácil lavado y limpieza.
- e. Paredes o muros impermeables incombustibles sólidos de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura.
- f. Estar dotada de equipos para prevención y control de incendios y otros accidentes.

Los residuos sólidos patógenos biológicos y similares y los provenientes de la preparación de alimentos, que vayan a ser entregados para recolección y disposición final deberán desnaturalizarse antes de su entrega.

En caso de desperdicios o sobrantes de alimentos se deberá tener especial cuidado en su separación según procedencia para eliminar el riesgo de enfermedades infecto-contagiosas. Su utilización solo podrá ser permitida por la autoridad sanitaria y bajo las condiciones de manejo que ella determine.

En las entidades en las que a juicio de la autoridad sanitaria se requiera, deberá instalarse incinerador de residuos sólidos. Los tipos y clases de residuos sólidos que deban incinerarse, como también las condiciones requeridas para el efecto serán las señaladas por el Ministerio de Salud.

4.4 Control de emisiones atmosféricas.

El control de emisiones atmosféricas de las entidades que presten servicios de salud se regirá por las normas generales vigentes que reglamentan esta materia.

4.5 Iluminación, ventilación y acondicionamiento de aire.

Las entidades deberán contar con iluminación y ventilación naturales preferiblemente. Cuando ello no sea posible se contará con iluminación y/o ventilación artificiales garantizando esta última una temperatura, humedad relativa y frecuencia de renovación de aire ajustadas a las necesidades de cada área según su destinación. En cualquier caso las dependencias destinadas a la permanencia de pacientes por períodos mayores de 24 horas deberán contar siempre con iluminación natural.

Cuando las condiciones técnicas y/o de ventilación lo impongan las unidades quirúrgicas, obstétricas, de esterilización, etc., deberán tener sistema de aire acondicionado y renovación de aire con filtros.

4.6 Condiciones generales de pisos, cielos rasos, techos y paredes o muros.

Los pisos deberán tener las siguientes características:

- a. Ser impermeables, sólidos, resistentes, antideslizantes, secos, de fácil limpieza y uniformes de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes.
- b. Tener nivelación adecuada para facilitar el drenaje.
- c. Que su unión con paredes o muros lleve guardaescobas en media caña.
- d. De materiales conductivos conectados a polo de tierra en salas expuestas a la presencia de gases inflamables, cuando existan aparatos eléctricos y se pueda presentar interferencia con su funcionamiento.

Los cielos rasos, techos y paredes o muros deberán tener las siguientes características:

- a. Ser impermeables, sólidos y resistentes a los factores ambientales como humedad y temperatura de preferencia incombustibles.
- b. De superficie lisa y cuando se requiera pintura, que ésta no contenga sustancias tóxicas irritantes o inflamables.
- c. Cubiertos con materiales lavables de fácil limpieza tales como baldosín de porcelana o acrílicos que cumplan condiciones de asepsia especialmente en salas de cirugía, de lactarios, obstétricas, de esterilización de trabajo, de enfermería, laboratorios, cocina, cuarto para almacenamiento de alimentos, unidades y servicios sanitarios y cuartos de aseo.



d. Las uniones de paredes o muros con cielos rasos o techos en las áreas que requieran asepsia deberán tener acabados en media caña.

4.7 Accesos, áreas de circulación, salidas y señalización.

La entidad deberá contar en lugar visible de su exterior con un aviso para su identificación por parte del público.

El acceso a la entidad deberá acondicionarse para facilitar el ingreso de personas que requieran sillas de ruedas u otro tipo de ayudas para su desplazamiento.

Las entidades deberán contar con áreas de acceso y circulación suficientemente amplios para el traslado de pacientes en camillas cuando los servicios que presten así lo requieran.

En su interior, la entidad deberá contar con señalización apropiada de sus dependencias incluyendo las vías de evacuación.

Las entidades con más de tres pisos deberán contar con ascensor y cuando se trate de hospitales, clínicas o similares las dimensiones mínimas que permitan el acceso cómodo de una camilla.

5. Aspectos locativos específicos.

Los servicios del banco de sangre, radioterapia y radiodiagnóstico y trasplante de órganos se ceñirán a las normas vigentes sobre la materia.

El Ministerio de Salud expedirá las normas que contengan los requisitos mínimos para el licenciamiento e los servicios o unidades funcionales de hospitalización, quirúrgica, de consulta externa, de urgencias, de imagenología, de laboratorio clínico y patología.

Parágrafo 1. Las entidades ambulatorias que no hagan parte de una institución hospitalaria solamente deberán cumplir con los requisitos establecidos en los numerales 1, 2.1, 2.4, 3.1, 3.2 y 4 del presente artículo.

Parágrafo 2. La carencia de licencia general o específica de funcionamiento no será ónice para prestar la atención inicial de urgencias.

Artículo 3o. Régimen de Transición. A partir del 1 de mayo de 1995 ningún establecimiento podrá prestar servicios de salud si no cuentan con la licencia de funcionamiento. Las entidades que al iniciarse la vigencia del presente Decreto cuenten con Licencia Sanitaria de funcionamiento

expedida con sustento en normas anteriores se someterán al nuevo proceso al término de la vigencia de la licencia que actualmente posean.

Artículo 4o. Procedimiento. El establecimiento de salud solicitará por escrito a la autoridad de salud seccional o a quien ésta delegue la iniciación del trámite de licenciamiento para lo cual adjuntará a la solicitud el formato debidamente diligenciado y sus anexos los cuales servirán como base para la práctica de diligencias y evaluación del cumplimiento de requisitos por parte de los establecimientos. Dicho formato podrá ser adaptado, por las direcciones seccionales y locales de salud de acuerdo con las condiciones territoriales particulares. La modificación al formato deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud.

Las autoridades de salud una vez practicadas las diligencias necesarias para verificar que el establecimiento cumple con los requisitos establecidos, expedirán la licencia de funcionamiento como Institución Prestadora de Servicios de Salud al establecimiento solicitante, en la cual se especificarán las unidades funcionales o servicios autorizados que tendrá una vigencia de dos años, al cabo de los cuales deberá renovarse. Si la Institución desea poner en funcionamiento, dentro del período de vigencia de la licencia,

nuevas unidades funcionales deberá solicitar la autorización específica respectiva, que se renovará al tiempo con la licencia general.

Las autoridades seccionales y locales podrán expedir la respectiva licencia sin el requisito de la inspección previa, siempre que las pruebas para demostrar los requisitos aquí expuestos, sean idóneas y que se proceda a la respectiva inspección máximo dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la licencia.

Artículo 5o. Licencia Provisional. La autoridad de salud podrá expedir licencia de funcionamiento provisional hasta por un término de seis (6) meses, prorrogable por una sola vez hasta por un período igual, cuando no se cumpla la totalidad de los requisitos exigidos en la presente resolución, siempre y cuando se demuestre que funcionando en esas condiciones no se incrementa el riesgo en la atención en salud de los usuarios. En estos casos en el contenido del acto administrativo se deberá especificar cual (es) es (son) el (los) requisito (s) que hacen que la licencia tenga carácter provisional.



CAPÍTULO II

DE LA ACREDITACIÓN

Artículo 7o. Definición. La acreditación es un proceso voluntario y periódico mediante el cual una Institución Prestadora de Servicios de Salud obtiene del organismo acreditador el reconocimiento público de que ha superado los requisitos mínimos de calidad exigidos por la Ley en los servicios que presta a sus usuarios.

Artículo 8o. Sistema de Acreditación. Créase el sistema de acreditación en salud para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuyo objetivo fundamental es brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

Es voluntario de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, acogerse al Sistema de Acreditación. La acreditación tendrá carácter temporal.

Las instituciones que se acrediten, disfrutarán de las prerrogativas que para ellas establezca la ley y la que señale el Consejo Nacional de Seguridad

Social en Salud. El sistema de acreditación incluirá, un sistema de calificación a la institución que permita establecer parámetros comparativos.

Parágrafo 1. La autoevaluación institucional, es una tarea permanente de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y hará parte del proceso de acreditación. El Ministerio de Salud cooperará con tales entidades para estimular y perfeccionar los procedimientos de autoevaluación institucional.

Artículo 9. Consejo Nacional de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Créase el Consejo Nacional de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud el cual estará conformado por:

- a. El Ministro de Salud o su delegado.
- b. El Superintendente Nacional de Salud o su delegado.
- c. El Director del Instituto Colombiano de Normas Técnicas ICONTEC o su delegado.
- d. El presidente de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
- e. El presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales.
- f. Un representante de las entidades hospitalarias.
- g. Un representante de los profesionales de la salud.
- h. Un representante de los usuarios de los servicios de salud.

i. Un representante de las sociedades científicas.

Artículo 10.- Funciones del Consejo Nacional de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

El Consejo Nacional de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar al Ministerio los mecanismos, procedimientos, instrumentos y estándares que requiere el proceso de acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
2. Presentar al Ministerio los proyectos para la expedición de los correspondientes certificados de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cumplan las condiciones para ello.
3. Recomendar los requisitos mínimo que debe adoptar el Ministerio para que sean cumplidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para ser acreditadas.
4. Diseñar y mantener una base de datos que permita conocer las entidades y las condiciones en que le fue expedido el certificado de acreditación.

5. Publicar periódicamente por intermedio del Ministerio, los listados de entidades y los servicios que hayan sido acreditados conforme lo establezca el propio Consejo.
6. Formular y adoptar su propio reglamento.
7. Las demás que sean necesarias para el adecuado funcionamiento del Consejo.

Artículo 11. Vigencia.

El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a los 5 AGO. 1994

El Ministro de Salud

JUAN LUIS LONDOÑO DE LA CUESTA



ANEXO 3

SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE CUNDINAMARCA

SECCIÓN DE VIGILANCIA Y CONTROL HOSPITALARIO

Solicitud para obtener autorización sanitaria de funcionamiento para establecimientos hospitalarios y similares.

HOSPITAL GENERAL () HOSPITAL ESPECIALIZADO ()
CLÍNICA GENERAL () CLÍNICA ESPECIALIZADA ()
OFICIAL () PRIVADO ()

1. GENERALIDADES

1.1 Nombre o razón social del Establecimiento _____

1.2 Dirección _____ Teléfono _____

Municipio _____

1.3 Propietario _____ C.C. _____

Registro Mercantil No. _____ de la Cámara de Comercio de _____

(según se trate de persona natural o jurídica con ánimo de lucro). Para las personas jurídicas sin ánimo de lucro personería jurídica No. _____

Resolución No. _____ de _____ Otorgada por _____

1.4 Representante Legal _____ Cédula de ciudadanía No. _____

1.5 Gerente _____

Cédula de ciudadanía No. _____ de _____.

Administrador _____

Cédula de ciudadanía No. _____ de _____.

1.6 DIRECTOR _____

Cédula de ciudadanía No. _____ de _____.

Título _____ Universidad _____

Registro en el Servicio seccional de Salud de Cundinamarca No. _____

de _____

Horario de Trabajo _____

1.7 Registro Mercantil del establecimiento No. _____ de la

Cámara de Comercio de _____.

2. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

2.1 Favor anexar el organigrama general de la Institución.

2.2 Describa los servicios y departamentos que conforman el Establecimiento. Por cada quince (15) pacientes debe tener una (1) unidad sanitaria.

2.3 Relacione el número total de camas y discrimínelas por servicio.

3. SERVICIOS QUE SE PRESTAN EN EL ESTABLECIMIENTO

- Consulta médica general ()
- Relacionar especialidades anexo 3. ()
- Consulta odontológica ()
- Consulta psicológica ()
- Nutrición y dietética ()
- Tratamiento de la obesidad ()
- Urgencias ()
- Medicina física y rehabilitación ()
- Toxicología ()
- Trabajo Social ()
- Enfermería ()
- Epidemiología ()
- Cirugía general ()
- Número de quirófanos ()
- Cirugía ambulatoria ()
- Radiología ()
- Radioterapia ()
- Laboratorio clínico ()
- Farmacia ()
- Banco de sangre ()
- Banco de órganos ()
- Transplante de órganos ()
- Estomatología ()
- Otros (relacionar) ()

4.1 Relación completa del personal médico, paramédico y auxiliar que trabaja en el establecimiento, indicando nombre e identificación.

Aportar registro con el Servicio Seccional de Salud de Cundinamarca y fotocopia autenticada del diploma.

4.2 Relación del personal del área administrativa pro profesión, área de servicio técnico y personal total vinculado al establecimiento, indicando nombres, identificación, tiempo de servicio, cargo y horario de trabajo.

Anexar contrato de trabajo, de prestación de servicios o acto administrativo del nombramiento del funcionario según el caso autenticados y su respectiva afiliación a un sistema de prevención social.

5. EQUIPO

Relacionar los equipos por Secciones o Servicios.

6. ASPECTOS SANITARIOS Y ARQUITECTÓNICOS

Basados en la ley 09 de 1979 y sus decretos reglamentarios que establecen en todo el ámbito nacional la protección del medio ambiente, preservando, restaurando y mejorando las condiciones sanitarias relacionadas directa o indirectamente con la salud humana y referenciadas especialmente a las condiciones que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares, se dan los procedimientos en el área de saneamiento para emitir

concepto técnico, encaminado a la obtención de la autorización sanitaria de funcionamiento, tal como lo establece la resolución NO. 02810 de marzo 6 de 1986.

Todo establecimiento hospitalario y similares nuevos, existentes, remodelados, con ampliaciones, etc., deben solicitar y obtener autorización sanitaria en las modalidades descritas en el Artículo 58 de la resolución 02810 (Autorización Sanitaria Provisional o de Funcionamiento).

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA E INFORMACIÓN REQUERIDA.

La solicitud e información requerida en la resolución No. 02810 debe incluir para fines sanitarios los siguientes puntos:

1. Concepto sobre compatibilidad y usos del suelo expedidos por la oficina de Planeación Municipal, acorde con el plan de ordenamiento y desarrollo municipal.
2. Planos arquitectónicos completos que incluyan una localización general y ubicación de maquinaria y equipo.
3. Proyecto de Ingeniería que incluya:
 - 3.1 Levantamiento topográfico planimétrico y altimétrico

3.2 Estudio de suelos

3.3 Memorias de cálculo, planos y diseños de las redes hidráulicas, tanques de almacenamiento, sistemas de presión constante en toda la red y suministro permanente, materiales según especificaciones y normas técnicas que garanticen buena calidad de agua, etc.

3.4 Caracterización física, química y bacteriológica del agua para consumo, que se ajusta al decreto 22105 de 1983, en caso contrario presentar proyecto de ingeniería para su potabilización.

3.5 Memorias de cálculo, planos y diseños de las redes sanitarias en sistema separado.

3.6 Memorias de cálculo, planos y diseños del sistema de tratamiento de aguas residuales que cumpla con las exigencias del Decreto 1594 de 1984 incluyendo su vertimiento final.

3.7 Permisos de instalación o vertimiento y autorizaciones sanitarias para agua de instalación o funcionamiento según sea el caso de acuerdo al Decreto 1594 de 1984 con su plan de cumplimiento.

3.8 Instalaciones mecánicas y eléctricas, con sistema propio de energía.

4. Proyecto de manejo y disposición final de los residuos sólidos, provenientes de los sistemas de tratamiento de agua potable y residuos líquidos.



5. Proyecto de manejo y disposición final de los residuos sólidos de todo tipo en base a lo establecido en el decreto 2104 de 1983.
6. Autorización sanitaria provisional de funcionamiento o autorización sanitaria de funcionamiento parte residuos sólidos.
7. Diligenciamiento de los formularios de autorización sanitaria de funcionamiento parte aire y de registro de fuentes fijas.
8. Estudio sobre emisiones atmosféricas y calidad de aire cuando se amerite, con su respectivo plan de cumplimiento, en los términos que el Ministerio o su entidad delegada lo solicite y de acuerdo al decreto 02 de 1992.
9. Autorización sanitaria provisional o definitiva de funcionamiento de funcionamiento parte aire.
10. Plan de manejo y disposición final de residuos recolectados por el sistema de control de emisiones atmosféricas.
11. Certificación de prestación de servicios de acueducto, alcantarillado, energía eléctrica y recolección de residuos sólidos.

Una vez reunida y estudiada la información anterior se practicará visita de inspección o de evaluación y control.

Del estudio de la información y/o visita se pueden presentar las siguientes situaciones: Artículo 68 decreto 02810.

1. En el establecimiento se cumplen todas las exigencias del Decreto 09 de 1979, por lo tanto el concepto es favorable.
2. Las condiciones encontradas permiten que en un plazo no mayor a sesenta (60) días hábiles puedan cumplir las recomendaciones que se consignen en el acta.
3. Se exigirá por intermedio de un plan de cumplimiento de realización de las obras en un término superior a sesenta (60) días, pero no mayor a tres (3) años.
4. Se determinará el cierre o traslado del establecimiento con base en el decreto reglamentario de la ley 09 de 1979 correspondiente.

ASPECTOS DE LA VISITA

La visita técnica sanitaria comprende los aspectos generales demarcados como sigue:

1. Comprobación de los estudios e información presentada.
2. Verificación de los planes de cumplimiento.
3. Evaluación de las condiciones locativas.
4. Control de contaminación

En el caso de las condiciones locativas se tendrá en cuenta:

1. Iluminación, ventilación, aire acondicionado.
2. Condiciones de pisos, cielos rasos, techos, paredes, muros.
3. Posibles focos de contaminación e infección.
4. Dotación de servicios sanitarios
5. Otros

7. INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

7.1 Farmacia y/o droguería (Decreto Nacional 1950/64 del Ministerio de Salud.

Propietario _____

Director responsable _____

Título _____ Registro S.S.S.C. _____

Licencia de funcionamiento por resolución _____ de

7.2 Laboratorio clínico: (Decreto Nacional 03772/48 Presidencia de la República)

Propietario _____

Director responsable _____

Título _____ Registro S.S.S.C. _____

Licencia de funcionamiento departamental por Resolución No. _____
de _____.

7.3 Banco de Sangre: (resolución Nacional 2710/88 del Ministerio de Salud

Propietario _____

Director responsable _____

Título _____ Registro S.S.S.C. _____

Licencia de funcionamiento departamental por Resolución No. _____
de _____.

7.4 Banco de órganos: (Decreto Nacional 1172/89 del Ministerio de Salud).

Propietario _____

Director responsable _____

Título _____ Registro S.S.S.C. _____

Licencia nacional de funcionamiento por resolución _____ de

7.5 Equipos de Rayos X y otras fuentes radioactivas ionizantes (Resolución
NO. 13382/84).

Propietario _____

Director responsable _____

Título _____ Registro S.S.S.C. _____

Licencia nacional de funcionamiento por resolución _____ de _____.

7.6 Otros (Anexo).

8. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR A LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO DE HOSPITALES Y SIMILARES.

8.1 Certificado de Cámara y Comercio:

- Sobre el número de matrícula del registro mercantil para personas naturales.
- Sobre constitución, gerencia y representación legal de sociedades con ánimo de lucro.

8.2 Fotocopia de la resolución que le otorga la personería jurídica de la entidad respectiva.

8.3 Licencias nacionales de funcionamiento vigentes de los servicios complementarios que lo requieran.

8.4 Licencias departamentales de funcionamiento vigentes de los servicios complementarios que lo exijan.

8.5 Fotocopia autenticada del diploma o certificado expedido por el farmaceuta en el evento de tener farmacia.

8.6 Copia de los estatutos de la personería jurídica.

8.7 Reglamento interno de trabajo y la resolución de la oficina regional del trabajo respectiva que lo aprueba para entidades en las cuales laboren más de doce (12) personas.

8.8 Manual de procedimientos técnicos y administrativos en el cual se indique el procedimiento utilizado para el tratamiento del paciente en el establecimiento desde su ingreso hasta su retiro.

8.9 Reglamento de higiene y seguridad industrial aprobado por la Oficina Regional del trabajo para entidades en las cuales laboren más de 10 personas.

8.10 Certificación oficial de presentación de: conformación y registro del Comité de Medicina, Higiene, Seguridad Industrial y programa de Salud Ocupacional de conformidad a la resolución 1016 de 1989 del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social y del Ministerio de Salud.

8.11 Permiso municipal para el vertimiento de residuos líquidos y sólidos al alcantarillado.

9. Pago de tarifas de expedición de autorización sanitaria.

9.1 La cancelación de las tarifas es requisito previo para la expedición de la autorización sanitaria.

PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL

C.C. DE

DIRECTOR RESPONSABLE

C.C. DE .

MTRA/ABV/FL/ARG/Blanca.

ANEXO 4
MINISTERIO DE SALUD
RESOLUCIÓN NÚMERO 02810
(6 MAR 1986)

Por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

EL MINISTRO DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el artículo 1o. literal a), del Título I, Título IV, Título XI y artículo 596 de la Ley 09 de 1979, y

CONSIDERANDO:

Que la ley sanitaria No 09 de 1979, define en el literal a) del artículo 1o. que sus normas tienen por objeto la protección del medio ambiente, para lo cual deben "servir de base a las disposiciones y reglamentaciones necesarias

para preservar, restaurar y mejorar las condiciones sanitarias en lo que se relaciona con la salud humana”.

Que el Título IV establece las normas sanitarias para la prevención y el control de los agentes biológicos, físicos o químicos que alteren las características del ambiente exterior de las edificaciones hasta hacerlo peligroso para la salud humana.

Que de la misma manera, la ley 09 clasifica las edificaciones para efectos sanitarios y, dentro de ellas contempla, en el literal i) del artículo 156, a los establecimientos hospitalarios y similares.

Que de acuerdo con el artículo 241 de la Ley, al Ministerio de Salud compete reglamentar “lo relacionado con las condiciones sanitarias que deben cumplir las edificaciones para establecimientos hospitalarios y similares, para garantizar que se proteja la salud de sus trabajadores, de los usuarios y de la población en general”.

Que el Título XI comprende las normas generales que tienen por finalidad la vigilancia y el control de las disposiciones sanitarias.

Que, a su vez, el artículo 596 determina que: “Todo habitante tiene el derecho a vivir, en un ambiente sano en la forma en que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proteger y mejorar el ambiente que lo rodea.”

En consecuencia, se hace necesario dictar normas que hagan efectiva la protección, seguridad, salud y bienestar de las personas en los establecimientos hospitalarios y similares.

RESUELVE:

CAPÍTULO I

DEFINICIÓN Y CAMPO DE APLICACIÓN

Artículo 1.- Definición

Para efectos de la presente resolución se definen como Establecimientos Hospitalarios y similares las edificaciones destinadas a la atención de personas en las siguientes actividades de salud: diagnóstico, tratamiento, hospitalización, observación, recuperación y rehabilitación física o mental. En estos establecimientos se podrán adelantar, además, actividades de docencia e investigación.



Artículo 2.- Campo de Aplicación

Las disposiciones de la presente resolución se aplicarán a todos los establecimientos hospitalarios y similares que funcionen en el país. A los establecimientos destinados a la atención de las personas en una o varias actividades de salud, se les aplicará las normas que regulen el área o áreas respectivas.

CAPÍTULO II

REQUISITOS PARA SU CONSTRUCCIÓN

Artículo 3o.- De la Localización

Los establecimientos hospitalarios deberán estar localizados en sitios que no ofrezcan peligro de inundación o que estén próximos a lugares de disposición de basuras, criaderos de artrópodos y roedores, mataderos, cementerios, y en general, a focos de insalubridad e inseguridad.

Los establecimientos hospitalarios deberá, además, estar alejados de líneas férreas, vías de intenso tráfico, aeropuertos, puertos terrestres, fluviales y marítimos, zonas industriales, sitios de extracción y explotación mineras y de explotaciones pecuarias.

PARÁGRAFO.- Sólo en situaciones absolutamente inevitables y cuando las condiciones establecidas en este artículo no puedan cumplirse, a criterio del Ministerio de Salud o la entidad delegada, ésta o aquel podrán autorizar una localización diferente, previos los estudios técnicos correspondientes.

Artículo 4o.- Del uso del suelo

Además del cumplimiento de los requisitos de carácter sanitario exigidos por la ley 09 de 1979 y por la presente resolución, la localización de establecimientos hospitalarios requiere la aprobación previa de la Oficina de Planeación correspondiente al municipio de ubicación, de acuerdo con los usos del suelo existentes, en desarrollo de las normas establecidas por las respectivas autoridades competentes.

Artículo 5o. Del índice de ocupación de la construcción

En los establecimientos hospitalarios, el índice de ocupación de la construcción, incluyendo futuras ampliaciones, no deberá exceder del 50% del área total del lote en el cual esté construida.

Artículo 6o. Características del terreno.

El terreno para construcción de establecimientos hospitalarios deberá ser plano. En terrenos donde las características topográficas de la región no

permitan cumplir esta norma, la pendiente no deberá ser mayor del 6% y el interesado deberá consultar al Ministerio de Salud y obtener su aprobación.

Artículo 7o. Dotación de servicios públicos

Los terrenos para construcción de establecimientos hospitalarios deberán contar con los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicación, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.

PARÁGRAFO. Todo establecimiento hospitalario deberá contar adicionalmente con planta propia de energía eléctrica, con el fin de garantizar el servicio permanente.

Artículo 8o. Requisitos de los proyectos

Los proyectos para construcción, reforma, ampliación, remodelación o adaptación de establecimientos hospitalarios, deberán contener, como mínimo, lo siguiente:

- a) Estudio de factibilidad o programa médico arquitectónico, de acuerdo con términos y exigencias que establezca el Ministerio de Salud;
- b) Estudio de dotación integral;

- c) Descripción de funciones y actividades que serán desempeñadas en cada ambiente;
- d) Área mínima de cada ambiente;
- e) Planos arquitectónicos y de ingeniería que definan;
- Levantamiento topográfico y de suelos
 - Instalaciones hidráulicas, sanitarias, eléctricas y mecánicas, cuando se requieran.

ARTÍCULO 9o. Aprobación de proyectos

Todo proyecto arquitectónico para establecimientos hospitalarios, requiere, para la iniciación de obras, aprobación del Ministerio de Salud, o su entidad delegada.

ARTÍCULO 10o.- Estudios técnicos

Los estudios técnicos para la construcción, ampliación, remodelación, para todo establecimiento hospitalario, deberán contar con la aprobación del Ministerio de salud y ser asesorados o realizados por profesionales competentes en la materia, titulados y matriculados.



ANEXO 5
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
DECRETO NÚMERO 1295 DE 1994
(JUNIO 22)

Por el cual se determina la organización y administración del Sistema
General de Riesgos Profesionales

EL MINISTRO DE GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
DELEGATARIO DE FUNCIONES PRESIDENCIALES

otorgadas mediante el decreto 1266 de 1994, en ejercicio de las facultades extraordinarias conferidas por el numeral 11 del artículo 139 de la Ley 100 de 1993.

DECRETA

CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1o. Definición

El Sistema General de Riesgos Profesionales es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

El Sistema General de Riesgos Profesionales establecido en este decreto forma parte del Sistema de Seguridad Social Integral, establecido por la Ley 100 de 1993.

Las disposiciones vigentes de salud ocupación relacionadas con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, con las modificaciones previstas en este decreto, hacen parte integrante del sistema general de riesgos profesionales.

Artículo 2o.- Objetivos del Sistema General de Riesgos Profesionales

El Sistema General de Riesgos Profesionales tiene los siguientes objetivos:

- a. Establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, protegiéndola contra los riesgos derivados de la organización del trabajo que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo tales como los físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales, de saneamiento y de seguridad.
- b. Fijar las prestaciones de atención de la salud de los trabajadores y las prestaciones económicas por incapacidad temporal a que hay lugar frente a las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional.
- c. Reconocer y pagar a los afiliados las prestaciones económicas por incapacidad permanente parcial o invalidez, que se deriven de las contingencias de accidente de trabajo o enfermedad profesional y muerte de origen profesional.

d. Fortalecer las actividades tendientes a establecer el origen de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y el control de los agentes de riesgos ocupacionales.

Artículo 3o. Campo de Aplicación

El sistema general de riesgos profesionales, con las excepciones previstas en el artículo 279 de la ley 100 de 1993, se aplica a todas las empresas que funcionen en el territorio nacional, y a los trabajadores, contratistas, subcontratistas, de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes, y del sector privado en general.

Artículo 4o. Características del Sistema

El sistema general de riesgos profesionales tiene las siguientes características:

- a. Es dirigido, orientado, controlado y vigilado por el Estado.
- b. Las entidades administradoras del sistema general de riesgos profesionales tendrán a su cargo la afiliación al sistema y la administración del mismo.
- c. Todos los empleadores deben afiliarse al Sistema General de Riesgos Profesionales.

- d. La afiliación de los trabajadores dependientes es obligatoria para todos los empleadores.
- e. El empleador que no afilie a sus trabajadores al Sistema General de Riesgos Profesionales, además de las sanciones legales, será responsable de las prestaciones que se otorgan en este decreto.
- f. La selección de las entidades que administran el sistema es libre y voluntaria por parte del empleador.
- g. Los trabajadores afiliados tendrán derecho al reconocimiento y pago de las prestaciones previstas en el presente Decreto.
- h. Las cotizaciones al Sistema General de Riesgos Profesionales están a cargo de los empleadores.
- i. La relación laboral implica la obligación de pagar las cotizaciones que se establecen en este decreto.
- j. Los empleadores y trabajadores afiliados al Instituto de Seguros Sociales para los riesgos de ATEP, o a cualquier otro fondo o caja previsional o de seguridad social, a la vigencia del presente decreto, continúan afiliados, sin solución de continuidad, al Sistema General de Riesgos Profesionales que por este decreto se organiza.
- k. La cobertura del sistema se inicia desde el día calendario siguiente al de la afiliación.

I. Los empleadores sólo podrán contratar el cubrimiento de los riesgos profesionales de todos sus trabajadores con una sola entidad administradora de riesgos profesionales, sin perjuicio de las facultades que tendrán estas entidades administradoras para subcontratar con otras entidades cuando ello sea necesario.

Artículo 5o. Prestaciones asistenciales

Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tendrá derecho, según sea el caso a:

- a) Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.
- b) Servicios de hospitalización.
- c) Servicio odontológico
- d) Suministro de medicamentos
- e) Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- f) Prótesis y órtesis, su reparación y su reposición solo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de rehabilitación se recomiende.
- g) Rehabilitación física y profesional.
- h) Gastos de traslado, en condiciones normales, que sea necesario para la prestación de estos servicios.

Los servicios de salud que demande el afiliado, derivados del accidente de trabajo o la enfermedad profesional serán prestados a través de la Entidad Promotora de Salud a la cual se encuentre afiliado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, salvo los tratamientos de rehabilitación profesional y los servicios de medicina ocupacional que podrán ser prestados por las entidades administradoras de riesgos profesionales.

Los gastos derivados de los servicios de salud prestados y que tengan relación directa con la atención del riesgo profesional, están a cargo de la entidad administradora de riesgos profesionales correspondiente.

La atención inicial de urgencia de los afiliados al sistema derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional, podrá ser presta por cualquier institución prestadora de servicios de salud, con cargo al sistema general de riesgos profesionales.

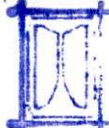
Artículo 6o. Prestación de los servicios de salud

Para la prestación de los servicios de salud a los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán suscribir los convenios correspondientes con las Entidades Promotoras de Salud.

El origen determina a cargo de cual sistema general se imputarán los gastos que demande el tratamiento respectivo. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos y términos dentro de los cuales se harán los reembolsos entre las administradoras de riesgos profesionales, las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Las entidades administradoras de riesgos profesionales reembolsarán a las entidades promotoras de salud, las prestaciones asistenciales que haya otorgado a los afiliados al sistema general de riesgos profesionales, a las mismas tarifas convenidas entre la entidad promotora de salud y la institución prestadora de servicios de salud, en forma general, con independencia de la naturaleza del riesgo. Sobre dichas tarifas se liquidará una comisión a favor de la entidad promotora que será reglamentada por el Gobierno Nacional, y que en todo caso no excederá al 10% salvo pacto en contrario entre las partes.

La institución prestadora de servicios de salud que atienda a un afiliado al sistema general de riesgos profesionales, deberá informar dentro de los 2 días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o al diagnóstico de la enfermedad profesional, a la entidad promotora de salud y



a la entidad administradora de riesgos profesionales a las cuales se encuentre afiliado.

Hasta tanto no opere el Sistema General de Seguridad Social en salud, mediante la subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía, las entidades administradoras podrán celebrar contratos con instituciones prestadoras de servicios de salud en forma directa; no obstante se deberá prever la obligación por parte de las entidades administradoras, al momento en que se encuentre funcionando en la respectiva región las Entidades Promotoras de Salud, el contratar a través de éstas cuando estén en capacidad de hacerlo.

Para efecto de procedimientos de rehabilitación las administradoras podrán organizar o contratar directamente en todo tiempo la atención del afiliado con cargo a sus propios recursos.

Finalmente, las entidades administradoras podrán solicitar a la Entidad Promotora de Salud la adscripción de institución prestadoras de servicios de salud. En este caso, la entidad administradora de riesgos profesionales asumirá el mayor valor de la tarifa que la institución prestadora de servicios

de salud cobre por sus servicios, diferencia sobre la cual no se cobrará la suma prevista en el inciso cuarto de este artículo.

Parágrafo. La prestación de servicio de salud se hará en las condiciones medias de calidad que determine el Gobierno Nacional, y utilizando para este propósito la tecnología disponible en el país.

Artículo 7o. Prestaciones económicas

Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tendrá derecho al reconocimiento y pago de las siguientes prestaciones económicas:

- a. Subsidio por incapacidad temporal;
- b. Indemnización por incapacidad permanente parcial;
- c. Pensión de Invalidez;
- d. Pensión de sobrevivientes; y,
- e. Auxilio funerario.

CAPÍTULO II

RIESGOS PROFESIONALES

DEFINICIONES

Artículo 8o. Riesgos Profesionales

Son Riesgos Profesionales el accidente que se produce como consecuencia directa del trabajo o labor desempeñada, y la enfermedad que haya sido catalogada como profesional por el Gobierno Nacional.

Artículo 9o. Accidente de Trabajo

Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de ordenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

Artículo 10. Excepciones

No se considera accidente de trabajo:

- a. El que se produzca por la ejecución de actividades diferentes para las que fue contratado el trabajador, tales como labores recreativas, deportivas o culturales, incluidas las previstas en el artículo 21 de la ley 50 de 1990, así se produzcan durante la jornada laboral, a menos que actúe por cuenta o en representación del empleador.
- b. El sufrido por el trabajador, fuera de la empresa, durante los permisos remunerados o sin remuneración, así se trate de permisos sindicales.

Artículo 11. Enfermedad Profesional

Se considera enfermedad profesional todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el gobierno nacional.

Parágrafo 1. El gobierno nacional, oído el concepto del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales, determinará en forma periódica las enfermedades que se consideran como profesionales. Hasta tanto, continuará rigiendo la tabla de clasificación de enfermedades profesionales contenida en el Decreto número 778 de 1987.

Parágrafo 2. En los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades profesionales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgos ocupacionales será reconocida como enfermedad profesional, conforme lo establecido en el presente decreto.

Artículo 12. Origen del accidente, de la enfermedad y la muerte

Toda enfermedad o patología, accidente o muerte que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se consideran de origen común.

La calificación del origen del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional será calificado, en primera instancia por la institución prestadora de servicios de salud que atiende al afiliado.

El médico o la comisión laboral de la entidad administradora de riesgos profesionales determinará el origen en segunda instancia.

Cuando surjan discrepancias en el origen, estas serán resueltas por una junta integrada por representantes de las entidades administradoras de salud y de riesgos profesionales.

De persistir el desacuerdo, se seguirá el procedimiento previsto para las juntas de calificación de invalidez definido en los artículos 41 y siguientes de la ley 100 de 1993 y sus reglamentos.

CAPÍTULO III

AFILIACIÓN Y COTIZACIONES AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS

PROFESIONALES

AFILIACIÓN

Artículo 13. Afiliados

Son afiliados al sistema general de riesgos profesionales

a. En forma obligatoria:

1. Los trabajadores dependientes nacionales o extranjeros, vinculados mediante contrato de trabajo o como servidores públicos.
2. Los jubilados o pensionados, excepto los de invalidez, que se reincorporen a la fuerza laboral como trabajadores dependientes, vinculados mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, y
3. Los estudiantes que deban ejecutar trabajos que signifiquen fuente de ingreso para la respectiva institución, cuyo entrenamiento o actividad formativa es requisito para la culminación de sus estudios, e involucra un



riesgo ocupacional, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida.

b. En forma voluntaria:

Los trabajadores independientes, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el gobierno nacional.

Parágrafo. La afiliación por parte de los empleadores se realiza mediante el diligenciamiento del formulario, afiliación y la aceptación por la entidad administradora en los términos que determine el reglamento.

Artículo 14. Protección a estudiantes

El seguro contra riesgos profesionales protege también a los estudiantes de los establecimientos educativos públicos o privados, por los accidentes que sufran con ocasión de sus estudios.

El gobierno nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales, decidirá la oportunidad, financiamiento y condiciones de la incorporación de los estudiantes a este seguro, la naturaleza y contenido de las prestaciones que deberán prever las pólizas que emitan las entidades aseguradoras de vida que obtengan autorización de la Superintendencia

Bancaria para la explotación del ramo de seguro de riesgos profesionales, o las condiciones para la cobertura por parte del Instituto de Seguros Sociales.

COTIZACIONES

Artículo 15. Determinación de la cotización

Las tarifas fijadas para cada empresa no son definitivas, y se determinan de acuerdo con:

- a. La actividad económica
- b. Índice de lesiones incapacitantes de cada empresa, y
- c. El cumplimiento de las políticas y la ejecución de los programas sobre salud ocupacional, determinados por la entidad administradora de riesgos profesionales correspondientes, de conformidad con los reglamentos expedidos para tal fin por el gobierno nacional.

Artículo 16. Obligatoriedad de las cotizaciones

Durante la vigencia de la relación laboral, los empleadores deberán efectuar las cotizaciones obligatorias al Sistema General de Riesgos Profesionales.

El no pago de dos o más cotizaciones periódicas, implica además de las sanciones legales, la desafiliación automática del Sistema General de

Riesgos Profesionales, quedando a cargo del respectivo empleador la responsabilidad del cubrimiento de los riesgos profesionales. Para la afiliación a una entidad administradora se requerirá copia de los recibos de pago respectivos del trimestre inmediatamente anterior, cuando sea el caso.

Parágrafo. En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario base de cotización a cargo de cada uno de ellos.

Artículo 17. Base de cotización

La base para calcular las cotizaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales, es la misma determinada para el Sistema General de Pensiones, establecida en los artículos 18 y 19 de la ley 100 y sus decretos reglamentarios.

Artículo 18. Monto de las cotizaciones

El monto de las cotizaciones no podrá ser inferior al 0.348%, ni superior al 8.7% de la base de cotización de los trabajadores a cargo del respectivo empleador.

Artículo 19. Distribución de las cotizaciones

La cotización para el Sistema General de Riesgos Profesionales se distribuirá de la siguiente manera:

- a. El 94% para la cobertura de las contingencias derivadas de los riesgos profesionales, o para atender las prestaciones económicas y de salud previstas en este decreto, para el desarrollo de programas regulares de prevención y control de riesgos profesionales, de rehabilitación integral, y para la administración del sistema;
- b. El 5% administrados en forma autónoma por la entidad administradora de riesgos profesionales, para el desarrollo de programas, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de los afiliados, que deben desarrollar, directamente o a través de contrato, las entidades administradoras de riesgos profesionales, y
- c. El 1% para el Fondo de Riesgos Profesionales de que trata el artículo 94 de este decreto.

Artículo 20. Ingreso Base de Liquidación

Se entiende por ingreso base para liquidar las prestaciones económicas previstas en este decreto:

- a. Para accidentes de trabajo

El promedio de los seis meses anteriores, o fracción de meses, si el tiempo laborado en esa empresa fuese inferior a la base de cotización declarada e inscrita en la entidad administradora de riesgos profesionales a la que se encuentre afiliado.

b. Para enfermedad profesional

El promedio del último año, o fracción de año, de la base de cotización obtenida en la empresa donde se diagnosticó la enfermedad, declarada e inscrita en la entidad administradora de riesgos profesionales a la que se encuentre afiliado.

Artículo 21. Obligaciones del Empleador.

El empleador será responsable:

- a. Del pago de la totalidad de la cotización de los trabajadores a su servicio
- b. Trasladar el monto de las cotizaciones a la entidad administradora de riesgos profesionales correspondiente, dentro de los plazos que para el efecto señale el reglamento
- c. Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo.
- d. Programar, ejecutar y controlar el cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa, y procurar su financiación;



- e. Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales;
- f. Registrar ante el Ministerio de trabajo y Seguridad Social el comité paritario de salud ocupacional o el vigía ocupacional correspondiente;
- g. Facilitar la capacitación de los trabajadores a su cargo en materia de salud ocupacional, y
- h. Informar a la entidad administrador de riesgos profesionales a la que está afiliado, las novedades laborales de sus trabajadores, incluido el nivel de ingreso y sus cambios, las vinculaciones y retiros.

Parágrafo. Son además obligaciones del empleador las contenidas en las normas de salud ocupacional y que no sean contrarias a este decreto.

Artículo 22. Obligaciones de los trabajadores

Son deberes de los trabajadores:

- a. Procurar el cuidado integral de su salud.
- b. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- c. Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores en este decreto.
- d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de los programas de salud ocupacional de la empresa.

- e. Participar en la prevención de los riesgos profesionales a través de los comités paritarios de salud ocupacional o como vigías ocupacionales.
- f. Los pensionados por invalidez por riesgos profesionales, deberán mantener actualizada la información sobre su domicilio, teléfono y demás datos que sirvan para efectuar las visitas de reconocimiento.
- g. Los pensionados por invalidez por riesgos profesionales deberán informar a la entidad administradora de riesgos profesionales correspondiente, del momento en el cual desaparezca o se modifique la causa por la cual se otorgó la pensión.

Artículo 23. Acciones de cobro

Sin perjuicio de la responsabilidad del empleador de asumir los riesgos profesionales de sus trabajadores, en caso de mora en el pago de las primas o cotizaciones obligatorias, corresponde a las entidades administradoras de riesgos profesionales adelantar las acciones de cobro con motivo del incumplimiento de las obligaciones del empleador, de conformidad con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Para tal efecto, la liquidación mediante la cual la administradora de riesgos profesionales determine el valor adeudado, prestará mérito ejecutivo.

CAPÍTULO IV

CLASIFICACIÓN

Artículo 24. Clasificación

La clasificación se determina por el empleador y la entidad administradora de riesgos profesionales al momento de la afiliación.

Las empresas se clasifican por las actividades que desempeñan, de conformidad con lo previsto en este capítulo.

Artículo 25. Clasificación de empresa.

Se entiende por clasificación de empresa el acto por medio del cual el empleador clasifica a la empresa de acuerdo con la actividad principal dentro de la clase de riesgo que corresponda y aceptada por la entidad administradora en el término que determine el reglamento.

Cuando una misma empresa tuviese más de un centro de trabajo, podrá tener diferentes clases de riesgo, para cada uno de ellos por separado, bajo una misma identificación que será el número de identificación tributaria, siempre que exista diferenciación clara en la actividad que desarrollan, en

las instalaciones locativas y en la exposición a factores de riesgo ocupacional.

Artículo 26. Tabla de clases de riesgo

Para la clasificación de empresa se establecen cinco clases de riesgo:

Tabla de clases de riesgo

CLASE	RIESGO
CLASE I	RIESGO MÍNIMO
CLASE II	RIESGO BAJO
CLASE III	RIESGO MEDIO
CLASE IV	RIESGO ALTO
CLASE V	RIESGO MÁXIMO

Artículo 27. Tabla de cotizaciones mínimas y máximas

Para determinar el valor de las cotizaciones, el Gobierno Nacional adoptará la tabla de cotizaciones mínimas y máximas dentro de los límites establecidos en el artículo 18 de este decreto, fijando un valor de cotización mínimo, uno inicial o de ingreso y uno máximo, para cada clase de riesgo.

Salvo lo establecido en el artículo 33 de este decreto, toda empresa que ingrese por primera vez al sistema de riesgos profesionales, cotizará por el valor inicial de la clase de riesgo que le corresponda, en la tabla que expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo. El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, revisará y si es del caso modificará periódicamente las tablas contenidas en el presente artículo y en el artículo anterior.

Artículo 28. Tabla de Clasificación de Actividades Económicas

Hasta tanto el Gobierno Nacional la adopta, la clasificación de empresas, se efectuará de conformidad con la Tabla de Clasificación de Actividades Económicas vigente para el Instituto de Seguros Sociales, contenida en el acuerdo 048 de 1994 de ese Instituto.

Parágrafo. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, previo concepto del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales, revisará periódicamente la tabla de clasificación de actividades económicas, cuando menos una vez cada tres (3) años, e incluirá o excluirá las actividades económicas de acuerdo al grado de riesgo



de las mismas, para lo cual deberá tener en cuenta los criterios de salud ocupacional emitidos por entidades especializadas.

Artículo 29. Modificación de la clasificación

La clasificación que ha servido de base para la afiliación puede modificarse por la entidad administradora de riesgos profesionales. Para ello, las entidades administradoras de riesgos profesionales podrán verificar las informaciones de los empleadores, en cualquier tiempo, o efectuar visitas a los lugares de trabajo.

Cuando la entidad administradora de riesgos profesionales determine con posterioridad a la afiliación que esta no corresponde a la clasificación real, procederá a modificar la clasificación y la correspondiente cotización, de lo cual dará aviso al interesado y a la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, para lo de su competencia, sin detrimento de lo contemplado en el artículo 91 de este decreto.

Artículo 30. Clasificación de transición

Las clasificaciones dentro de las categorías de clase y grado respectivos que rigen para los empleadores afiliados al momento de vigencia del

presente decreto, continuarán rigiendo hasta el 31 de diciembre de 1994. No obstante, el porcentaje de cotización para cada uno de los grados de riesgos será el previsto en el presente decreto, sin perjuicio de la modificación de la clasificación.

A partir de esta fecha se efectuarán de conformidad con lo establecido en este decreto.

Artículo 31. Procedimiento para la reclasificación

Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la comunicación de que trata el artículo 29 de este decreto, los empleadores, mediante escrito motivado, podrán pedir a la entidad administradora de riesgos profesionales la modificación de la decisión adoptada.

La entidad administradora de riesgos profesionales tendrá treinta (30) días hábiles para decidir sobre la solicitud. Vencido este término sin que la entidad administradora de riesgos profesionales se pronuncie, se entenderá aceptada.

Artículo 32. Variación del monto de la cotización

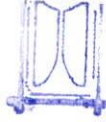
Para variar el monto de la cotización dentro de la Tabla de Valores Mínimos y Máximos de que trata el artículo 27 de este decreto, se tendrá en cuenta:

- a. La variación del índice de lesiones incapacitantes de la respectiva empresa, y
- b. El resultado de la evaluación de la aplicación de los programas de salud ocupacional por parte de la empresa, de conformidad con la reglamentación que para tal efecto se expida.

Parágrafo 1. La variación del monto de las cotizaciones permanecerá vigente mientras se cumplan las condiciones que le dieron origen.

Parágrafo 2. La variación del monto de la cotización solo podrá realizarse cuando haya transcurrido cuando menos un año de la última afiliación del empleador.

Parágrafo 3. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social definirá, con carácter general, la metodología de cálculo del índice de lesiones incapacitantes de la respectiva empresa.



Artículo 33. Traslado de entidades administradoras de riesgos profesionales.

Los empleadores pueden trasladarse voluntariamente de entidad administradora de riesgos profesionales, una vez cada año contado desde la afiliación inicial o el último traslado el cual surtirá efectos a partir del primer día del mes siguiente a aquel en que el traslado se produjo, conservando la empresa que se traslada la clasificación y el monto de la cotización por los siguientes tres meses.

CAPÍTULO V PRESTACIONES

Artículo 34. Derecho a las prestaciones

Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales que, en los términos del presente decreto, sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, o como consecuencia de ellos se incapacite, se invalide o muera, tendrá derecho a que este Sistema General le preste los servicios asistenciales y le reconozca las prestaciones económicas contenidas en este capítulo.

Parágrafo 1. La existencia de patologías anteriores no es causa para aumentar el grado de incapacidad, ni las prestaciones que correspondan al trabajador.

Parágrafo 2. En las prestaciones económicas derivadas de la enfermedad profesional, la entidad administradora de riesgos profesionales que la atienda, podrá repetir contra las entidades a las cuales se les cotizó para ese riesgo con anterioridad, si las hubiese, a prorrata del tiempo durante el cual recibieron dicha cotización y de ser posible, de la causa de la enfermedad.

La Superintendencia Bancaria será competente para establecer con carácter general un régimen gradual para la constitución de reservas que permita el cumplimiento cabal de la prestación aquí prevista.

Para los afiliados al Instituto de Seguros Sociales anteriores a la vigencia del presente decreto, éste procederá a separar de las actuales reservas de ATEP aquellas que amparan el capital de cobertura para las pensiones ya reconocidas, y el saldo se destinará a constituir separadamente las reservas para cubrir las prestaciones económicas de las enfermedades profesionales de que trata este artículo. Una vez se agote esta reserva, el presupuesto nacional deberá girar los recursos para amparar el pasivo contemplado en el

presente párrafo, y el Instituto procederá a pagar a las administradoras de riesgos profesionales que repitan contra él.

Artículo 35. Servicios de Prevención

La afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales da derecho a la empresa afiliada a recibir por parte de la entidad administradora de riesgos profesionales:

- a. Asesoría técnica básica para el diseño del programa de salud ocupacional en la respectiva empresa.
- b. Capacitación básica para el montaje de la brigada de primeros auxilios.
- c. Capacitación a los miembros del comité paritario de salud ocupacional en aquellas empresas con un número mayor de 10 trabajadores, o a las vigías ocupacionales en las empresas con un número menor de 10 trabajadores.
- d. Fomento de sitios de trabajo y de vida saludables, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de las empresas.

Las entidades administradoras de riesgos profesionales establecerán las prioridades y plazos para el cumplimiento de las obligaciones contenidas en este artículo.

Parágrafo. Los vigías ocupacionales cumplen las mismas funciones de los comités de salud ocupacional.

PRESTACIONES ECONÓMICAS POR INCAPACIDAD TEMPORAL

Artículo 36. Incapacidad temporal

Se entiende por incapacidad temporal, aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad que presente el afiliado al sistema general de riesgos profesionales, le impide desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado.

Artículo 37. Monto de las prestaciones económicas por incapacidad temporal

Todo afiliado a quien se le defina una incapacidad temporal, recibirá un subsidio equivalente al 100% de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente al que ocurrió el accidente de trabajo, o se diagnosticó la enfermedad profesional, y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez total o su muerte. El pago se efectuará en los períodos en que el trabajador reciba regularmente su salario.

El período durante el cual se reconoce la prestación de que trata el presente artículo será máximo 180 días, que podrán ser prorrogados hasta por períodos que no superen otros 180 días continuos adicionales, cuando ésta prórroga se determine como necesaria para el tratamiento del afiliado, o para culminar su rehabilitación.

Cumplido el período previsto en el inciso anterior y no se hubiese logrado la curación o rehabilitación del afiliado, se debe iniciar el procedimiento para determinar el estado de invalidez.

Parágrafo 1. Para los efectos de este decreto, las prestaciones se otorgan por días calendario.

Parágrafo 2. Las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán efectuar el pago de las cotizaciones para los Sistemas Generales de Pensiones y de Seguridad Social en Salud, correspondiente a los empleadores, durante los períodos de incapacidad temporal y hasta por un ingreso base de la cotización, equivalente al valor de la incapacidad. La proporción será la misma establecida por estos sistemas en la Ley 100 de 1993.

Artículo 38. Declaración de la incapacidad temporal

Hasta tanto el Gobierno Nacional la reglamente, la declaración de la incapacidad temporal continuará siendo determinada por el médico tratante, el cual deberá estar adscrito a la Entidad Promotora de Salud a través de la cual se preste el servicio, cuando estas entidades se encuentren operando.

Artículo 39. Reincorporación al trabajo

Al terminar el período de incapacidad temporal, los empleadores están obligados, si el trabajador recupera su capacidad de trabajo, a ubicarlo en el cargo que desempeñaba, o a reubicarlo en cualquier otro para el cual esté capacitado, de la misma categoría.

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

Artículo 40. Incapacidad permanente parcial

La incapacidad permanente parcial se presenta cuando el afiliado al sistema general de riesgos profesionales, como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, sufre una disminución parcial, pero definitiva, en alguna o algunas de sus facultades para realizar su trabajo habitual.



Se considera como incapacitado permanente parcial, al afiliado que, como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, presenta una disminución definitiva, igual o superior al 5% pero inferior al 50% de su capacidad laboral, para la cual ha sido contratado o capacitado.

Parágrafo. En aquellas patologías que sean de carácter progresivo podrá volverse a calificar periódicamente y modificar el porcentaje de incapacidad.

Artículo 41. Declaración de la Incapacidad permanente parcial

La declaración, evaluación, revisión, grado y origen de la incapacidad permanente parcial serán determinados, en cada caso y previa solicitud del interesado, por un médico o por una comisión médica interdisciplinaria, según lo disponga el reglamento de la entidad administradora de riesgos profesionales en donde se encuentre afiliado el trabajador.

La declaración de incapacidad permanente parcial se hará en función a la incapacidad que tenga el trabajador para procurarse por medio de un trabajo, con sus actuales fuerza, capacidad y formación profesional, una remuneración equivalente al salario o renta que ganaba antes del accidente o de la enfermedad.

Artículo 42. Monto de la incapacidad permanente parcial

Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales a quien se le defina una incapacidad permanente parcial, tendrá derecho a que se le reconozca una indemnización en proporcional al daño sufrido, a cargo de la entidad administradora de riesgos profesionales, en una suma no inferior a un salario base de liquidación, ni superior a veinticuatro (24) veces su salario base de liquidación.

El Gobierno Nacional determinará periódicamente los criterios de ponderación y la tabla de evaluación de incapacidades para establecer la disminución en la capacidad laboral.

Parágrafo. Hasta tanto el Gobierno Nacional determine los criterios de ponderación y la tabla de evaluación de incapacidades para establecer la disminución de la capacidad laboral, continúan vigentes los utilizados por el Instituto de Seguros Sociales.

Artículo 43. Controversias sobre la incapacidad permanente parcial

Cuando se susciten controversias sobre la declaración, evaluación, revisión, o determinación del grado de la incapacidad permanente parcial, o de su origen, aquellas serán resueltas por las juntas de calificación de invalidez,

para lo cual se seguirá el trámite previsto en los artículos 41 y siguientes de la ley 100 de 1993 y sus reglamentos.

Los costos que genere el trámite ante las juntas de calificación de invalidez serán de cargo de quien los solicite, conforme al reglamento que expide el Gobierno Nacional.

En caso que la decisión sea favorable al trabajador, la entidad administradora de riesgos profesionales deberá reembolsarle las sumas pagadas, reajustadas considerando como factor el interés bancario corriente, certificado para el período correspondiente por la Superintendencia Bancaria, correspondientes al momento en el cual el afiliado efectuó el pago.

Artículo 44. Tabla de Valuación de Incapacidades

La determinación de los grados de incapacidad permanente parcial, invalidez o invalidez total, originadas por lesiones debidas a riesgos profesionales, se hará de acuerdo con el "Manual de Invalidez" y la "Tabla de Valuación de Incapacidades".

Esta tabla deberá ser revisada y actualizada por el gobierno nacional, cuando menos una vez cada cinco años.

Parágrafo transitorio. Hasta tanto se expidan el "Manual Único de Calificación de Invalidez" y la "Tabla Única de Valuación de Incapacidades" continuarán vigentes los establecidos por el Instituto de Seguros Sociales.

Artículo 45. Reubicación del trabajador

Los empleadores están obligados a ubicar al trabajador incapacitado parcialmente en el cargo que desempeñaba o a proporcionarle un trabajo compatible con sus capacidades y aptitudes, para lo cual deberán efectuar los movimientos de personal que sean necesarios.

PENSIÓN DE INVALIDEZ

Artículo 46. Estado de Invalidez

Para los efectos del presente decreto, se considera inválida la persona que por causa de origen profesional, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral.

Artículo 47. Calificación de la invalidez

La calificación de la invalidez y su origen, así como el origen de la enfermedad o de la muerte, será determinada de conformidad con lo dispuesto en los artículos 41, 42 y siguientes de la ley 100 de 1993 y sus reglamentos.

No obstante lo anterior, en cualquier tiempo, la calificación de la invalidez podrá revisarse a solicitud de la entidad administradora de riesgos profesionales.

Artículo 48. Monto de la pensión de invalidez

Todo afiliado a que se le defina una invalidez tendrá derecho, desde ese mismo día, a las siguientes prestaciones económicas, según sea el caso:

- a. Cuando la invalidez es superior al 50% e inferior al 66%, tendrá derecho a una pensión de invalidez equivalente al 60% del ingreso base de liquidación.
- b. Cuando la invalidez sea superior al 66%, tendrá derecho a una pensión de invalidez equivalente al 75% del ingreso base de liquidación.
- c. Cuando el pensionado por invalidez requiere del auxilio de otra u otras personas para realizar las funciones elementales de su vida, el monto de la pensión de que trata el numeral anterior se incrementen en un 15%.



Parágrafo 1. Los pensionados por invalidez de origen profesional, deberán continuar cotizando al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con sujeción a las disposiciones legales pertinentes.

Parágrafo 2. No hay lugar al cobro simultáneo de las prestaciones por incapacidad temporal y pensión de invalidez. El trabajador que infrinja lo aquí previsto perderá totalmente los derechos derivados de ambas prestaciones, sin perjuicio de las restituciones a que haya lugar por lo cobrado indebidamente.

Parágrafo 3. Cuando un pensionado por invalidez por riesgos profesionales decida vincularse laboralmente y dicha vinculación suponga que el trabajador se ha rehabilitado, o este hecho se determine en forma independiente, perderá el derecho a la pensión por desaparecer la causa por la cual fue otorgada.

PENSIÓN DE SOBREVIVIENTES

Artículo 49. Muerte del afiliado o del pensionado por riesgos profesionales

Si como consecuencia del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional sobreviene la muerte del afiliado o muere un pensionado por riesgos profesionales, tendrán derecho a la pensión de sobrevivientes las

personas descritas en el artículo 47 de la Ley 100 de 1993 y sus reglamentos.

Artículo 50. Monto de la pensión de sobrevivientes en el Sistema General de Riesgos Profesionales

El monto mensual de la pensión de sobrevivientes será, según sea el caso:

- a. Por muerte del afiliado el 75% del salario base de liquidación
- b. Por muerte del pensionado por invalidez el 100% de lo que aquel estaba recibiendo como pensión.

Cuando el pensionado disfrutaba de la pensión reconocida con fundamento en el numeral 3, del artículo anterior, la pensión se liquidará y pagará descontado el 15% adicional que se le reconocía al causante.

Artículo 51. Monto de las pensiones

Ninguna pensión de las contempladas en este decreto podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, ni superior a veinte (20) veces ese mismo salario.

Artículo 52. Reajuste de pensiones

Las pensiones de invalidez y de sustitución o sobrevivientes del Sistema General de Riesgos Profesionales se reajustarán anualmente, de oficio, el primero de enero de cada año, en el porcentaje de variación del Índice de Precios al Consumidor total nacional, certificado por el DANE para el año inmediatamente anterior.

No obstante, las pensiones cuyo monto mensual sea igual al salario mínimo legal mensual vigente, serán reajustadas de oficio cada vez y con el mismo porcentaje en que se incremente dicho salario por el Gobierno Nacional, cuando dicho reajuste resulte superior al de la variación del I.P.C. previsto en el inciso anterior.

Parágrafo transitorio. El primer reajuste de pensiones, de conformidad con la fórmula establecida en el presente artículo, se hará a partir del 1o. de enero de 1995.

Artículo 53. Devolución de saldos e indemnización sustitutiva

Cuando un afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales se invalide o muera como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, además de la pensión de invalidez o de

sobrevivientes que deba reconocerse de conformidad con el presente decreto, se devolverán al afiliado o a sus beneficiarios:

- a. Si se encuentra afiliado al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, la totalidad del saldo abonado en su cuenta individual de ahorro pensional.
- b. Si se encuentra afiliado al Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida la indemnización sustitutiva prevista en el artículo 37 de la ley 100 de 1993.

Parágrafo. Para efectos del saldo de la cuenta de ahorro individual, los bonos pensionales, en desarrollo del artículo 139, numeral 5, de la ley 100 de 1993, se redimirán anticipadamente a la fecha de la declaratoria de la invalidez o de la muerte de origen profesional.

AUXILIO FUNERARIO

Artículo 54. Auxilio Funerario

La persona que compruebe haber sufragado los gastos de entierro de un afiliado o de un pensionado por invalidez del Sistema General de Riesgos Profesionales, tendrá derecho a recibir un auxilio funerario igual al determinado en el artículo 86 de la Ley 100 de 1993.



El auxilio deberá ser cubierto por la respectiva entidad administradora de riesgos profesionales. En ningún caso puede haber doble pago de este auxilio.

Artículo 55. Suspensión de las prestaciones económicas previstas en este Decreto.

Las entidades administradoras de Riesgos Profesionales suspenderán el pago de las prestaciones económicas establecidas en el presente decreto, cuando el afiliado o el pensionado o se someta a los exámenes, controles o prescripciones que le sean ordenados; o que rehuse, sin causa justificada, a someterse a los procedimientos necesarios para su rehabilitación física y profesional o de trabajo.

CAPÍTULO VI

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES

Artículo 56. Responsables de la prevención de riesgos profesionales

La prevención de riesgos profesionales es responsabilidad de los empleadores.

Corresponde al Gobierno Nacional expedir las normas reglamentarias técnicas tendientes a garantizar la seguridad de los trabajadores y de la población en general, en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Igualmente le corresponde ejercer la vigilancia y control de todas las actividades, para la prevención de los riesgos profesionales.

Los empleadores, además de la obligación de establecer y ejecutar en forma permanente el programa de salud ocupacional según lo establecido en las normas vigentes, son responsables de los riesgos originados en su ambiente de trabajo.

Las entidades administradoras de riesgos profesionales, por delegación del estado, ejercen la vigilancia y control en la prevención de los riesgos profesionales de las empresas que tengan afiliadas, a las cuales deberán asesorar en el diseño del programa permanente de salud ocupacional.

Artículo 57. Supervisión y control de los sitios de trabajo

Corresponde al Ministerio de Trabajo a través de su Dirección Técnica de Riesgos Profesionales, la supervisión, vigilancia y fiscalización de la

prevención de riesgos profesionales en todas las empresas, tendientes a la aplicación del programa permanente de salud ocupacional.

Artículo 58. Medidas especiales de prevención

Sin detrimento del cumplimiento de las normas de salud ocupacional vigentes, todas las empresas están obligadas a adoptar y poner en práctica las medidas especiales de prevención de riesgos profesionales.

Artículo 59. Actividades de prevención de las administradoras de riesgos profesionales.

Toda entidad administradora de riesgos profesionales esta obligada a realizar actividades de prevención de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales, en las empresas afiliadas. Para este efecto, deberá contar con una organización idónea estable, propia o contratada.

Artículo 60. Informe de actividades de riesgo

Los informes y estudios sobre actividades de riesgo adelantados por las entidades administradoras de riesgos profesionales son de conocimiento público, así versen sobre temas específicos de una determinada actividad o empresa.

Además de hacerlos conocer al empleador interesado, deberán informarlo a los trabajadores de la respectiva empresa, de conformidad con lo que para tal fin disponga el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Artículo 61. Estadísticas de riesgos profesionales

Todas las empresas y las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán llevar las estadísticas de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, para lo cual deberán, en cada caso, determinar la gravedad y la frecuencia de los accidentes de trabajo o de las enfermedades profesionales, de conformidad con el reglamento que se expida.

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en coordinación con el Ministerio de salud establecerán las reglas a las cuales debe sujetarse el procesamiento y remisión de esta información.

Artículo 62. Información de riesgos profesionales

Los empleadores están obligados a informar a sus trabajadores los riesgos a que pueden verse expuestos en la ejecución de la labor encomendada o contratada.

Todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que ocurra en una empresa o actividad económica, deberá ser informado por el respectivo empleador a la entidad administradora de riesgos profesionales y a la entidad promotora de salud, en forma simultánea, dentro de dos días hábiles siguientes de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad.

Artículo 63. Comité paritario de salud ocupacional de las empresas.

A partir de la vigencia del presente decreto, el comité paritario de medicina higiene y seguridad industrial de las empresas se denominará comité paritario de salud ocupacional y seguirá rigiéndose por la Resolución 2013 de 1983 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y demás normas que la modifiquen o adicionen, con las siguientes reformas:

- a. Se aumenta a dos años el período de los miembros del comité
- b. El empleador se obligará a proporcionar, cuando menos, cuatro horas semanales dentro de la jornada normal de trabajo de cada uno de sus miembros para el funcionamiento del comité.

PROTECCIÓN EN EMPRESAS DE ALTO RIESGO

Artículo 64. Empresas de alto riesgo

Las empresas en las cuales se manejen, procesen o comercialicen sustancias altamente tóxicas, cancerígenos, mutágenas, teratógenas, explosivos y material radioactivo; aquellas que tengan procesos de trabajo mecanizado complejo, de extracción, perforación, construcción, fundición, altas y bajas temperaturas; generación, transformación, distribución de energía; y las empresas de actividades pertenecientes a las clases IV y V de la tabla de Clasificación de actividades económicas, de que trata el artículo 28 de este decreto serán consideradas como empresas de alto riesgo, y deberán inscribirse como tales en la Dirección de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia del presente decreto.

Artículo 65. Prevención de riesgos profesionales en empresas de alto riesgo
La Dirección de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en coordinación con el Ministerio de Salud, definirá los regímenes de vigilancia epidemiológica y de control de riesgos profesionales específicos prioritarios, los cuales serán de obligatoria aceptación y aplicación por las empresas de alto riesgo.



Artículo 66. Supervisión de las empresas de alto riesgo

Las entidades administradoras de riesgos profesionales y la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, supervisarán en forma prioritaria directamente o a través de terceros idóneos para el efecto, a las empresas de alto riesgo, especialmente en la aplicación del programa de salud ocupacional, los sistemas de control de riesgos profesionales y de las medidas especiales de prevención que se hayan asignado a cada empresa.

Artículo 67. Informe de riesgos profesionales de empresas de alto riesgo.

Las empresas de alto riesgo rendirán en los términos que defina el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a la respectiva entidad administradora de riesgos profesionales, un informe de evaluación del desarrollo del programa de salud ocupacional, anexando el resultado técnico de la aplicación de los sistemas de vigilancia epidemiológica, tanto a nivel ambiental como biológico y el seguimiento de los sistemas y mecanismos de control de riesgos de higiene y seguridad industrial, avalado por los miembros del comité de medicina e higiene industrial de la respectiva empresa.

Las entidades administradoras de riesgos profesionales están obligadas a informar al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, en su respectivo nivel

territorial, dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes al informe de las empresas, las conclusiones y recomendaciones resultantes, y señalará las empresas a las cuales el Ministerio deberá exigir el cumplimiento de las normas y medidas de prevención, así como aquellas medidas especiales que sean necesarias, o las sanciones, si fuere el caso.

CAPÍTULO VII

DIRECCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES

Artículo 68. Dirección y administración del Sistema

El Sistema General de Riesgos Profesionales es orientado, regulado, supervisado, vigilado y controlado por el Estado, a través del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Está dirigido e integrado por:

a. Organismos de dirección, vigilancia y control:

1. El Consejo Nacional de Riesgos Profesionales
2. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y de Salud

b. Entidades administradoras del sistema - ARP

1. El Instituto de Seguros Sociales
2. Las entidades aseguradoras de vida que obtengan autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de seguro de riesgos profesionales.

CONSEJO NACIONAL DE RIESGOS PROFESIONALES

Artículo 69

El consejo Nacional de Riesgos Profesionales.

Créase el Consejo Nacional de Riesgos Profesionales, adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, como un órgano de dirección del Sistema General de Riesgos Profesionales, de carácter permanente, conformado por:

- a. El Ministro de Trabajo y Seguridad Social, o su viceministro, quien lo presidirá;
- b. El Ministro de Salud o el viceministro
- c. El consejero de Seguridad Social de la Presidencia de la República, o quien haga sus veces;
- d. El representante legal del Instituto de Seguros Sociales o su delegado;
- e. Un (1) representante de las entidades administradoras de riesgos profesionales, diferente al anterior.
- f. Dos representantes de los empleadores
- g. Dos representantes de los trabajadores
- h. Un representante de las asociaciones científicas de salud ocupacional

Parágrafo. El Consejo Nacional de Riesgos profesionales tendrá un secretario técnico que será el Director Técnico de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, o quien haga sus veces.

La secretaría tendrá a su cargo la presentación de los estudios técnicos y proyectos destinados a la protección de los riesgos profesionales.

Artículo 70. Funciones del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales

El Consejo Nacional de Riesgos Profesionales tiene las siguientes funciones:

- a. Recomendar la formulación de estrategias y programas para el Sistema General de Riesgos Profesionales de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la república.
- b. Recomendar las normas técnicas de salud ocupacional que regulan el control de los factores de riesgo.
- c. Recomendar las normas de obligatorio cumplimiento sobre las actividades de promoción y prevención para las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales.
- d. Recomendar la reglamentación sobre la recolección, transferencia y difusión de la información sobre riesgos profesionales.
- e. Recomendar al Gobierno Nacional las modificaciones que considere necesarias a la tabla de clasificación de enfermedades profesionales.
- f. Recomendar las normas y procedimientos que le permitan vigilar y controlar las condiciones de trabajo de las empresas.

- g. Recomendar el plan nacional de salud ocupacional.
- h. Aprobar el presupuesto general de gasto del Fondo de Riesgos Profesionales, presentado por el secretario técnico del consejo.

Parágrafo. Para el ejercicio de las atribuciones señaladas en el presente artículo, los actos expedidos por el Consejo Nacional de Riesgos Profesionales requieren para su validez la aprobación del Gobierno Nacional.

Artículo 71. Comité Nacional de Salud Ocupacional

El Comité Nacional de Salud Ocupacional creado mediante el decreto 586 del 1983 será un órgano asesor del Consejo y consultivo de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Este comité se integra por:

- a. El subdirector de la Subdirección Preventiva de Salud Ocupacional de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- b. El subdirector de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud

- c. El jefe de la dependencia competente de Salud Ocupacional o riesgos profesionales del Instituto de Seguros Sociales.
- d. El jefe de Salud Ocupacional del Instituto Nacional de Salud
- e. Un representante de las entidades administradoras de riesgos profesionales.
- f. Dos representantes de los trabajadores y
- g. Dos representantes de los empleadores

Este comité cumplirá con las funciones que venía ejecutando.

Parágrafo 1. Los comités seccionales de salud ocupacional tendrán la composición del decreto 596 de 1983 y actuarán, adicionalmente como asesores de las Direcciones Regionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y de los servicios seccionales y municipales de salud.

Parágrafo 2. Créanse los comités locales de salud ocupacional en los municipios cuya densidad poblacional así lo requiera, los cuales se conformarán en la misma forma de los comités seccionales, y tendrán, en su respectiva jurisdicción, las mismas funciones.

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Artículo 72. Creación y Función de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y seguridad Social.

Créase la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales como una dependencia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y cuyas funciones generales serán las siguientes:

- a. Promover la prevención de los riesgos profesionales
- b. Vigilar y controlar la organización de los servicios de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que adelanten las Entidades Administradoras de riesgos profesionales.
- c. Vigilar que las empresas y las administradoras de riesgos profesionales adelanten las investigaciones de los factores determinantes de los accidentes de trabajo y la aparición de enfermedades profesionales.
- d. Asesorar a las autoridades administrativas en materia de riesgos profesionales.
- e. Formular, coordinar, adoptar políticas y desarrollar planes y programas en las áreas de la salud ocupacional y medicina laboral, tendientes a prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo o la aparición de enfermedades profesionales, de conformidad con lo que para tal fin establezca el consejo nacional de riesgos profesionales.



- f. Elaborar, anualmente, el proyecto de presupuesto de gastos del Fondo de Riesgos Profesionales para aprobación del consejo nacional de riesgo profesionales.
- g. Vigilar el funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez de que tratan los artículos 42 y 43 de la ley 100 de 1993 y sus reglamentos.
- h. Las demás que le fijen la ley, los reglamentos o el Ministro de Trabajo y Seguridad Social.

Parágrafo. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a través de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales, es el órgano de dirección estatal en materia de riesgos profesionales.

Con excepción del Ministerio de salud, las funciones de salud ocupacional de organismos diferentes a los previstos en este decreto tendrán en adelante carácter consultivo.

Las normas de carácter técnico que se expidan con relación a la salud ocupacional, requieren el concepto previo del Ministerio de Salud.

Artículo 73. Estructura de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales

La Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social tendrá la siguiente estructura:

- a. Subdirección Preventiva de Salud Ocupacional
- b. Subdirección de Control de Invalidez

Artículo 74. Subdirección Preventiva de Salud Ocupacional

La Subdirección Preventiva de Salud Ocupacional tiene las siguientes funciones:

- a. Controlar y vigilar la aplicación de normas en salud ocupacional en todo el territorio nacional.
- b. Coordinar con el Ministerio de Salud, las entidades públicas y privadas, nacionales, internacionales y extranjeras, la planeación y el funcionamiento de los programas de salud ocupacional que se desarrollen en el país.
- c. Desarrollar programas de divulgación, información e investigación en salud ocupacional.
- d. Proponer la expedición de normas en el área de la salud ocupacional.
- e. Proponer e impulsar programas de extensión de los servicios de salud ocupacional para la población afiliada.
- f. Establecer los procedimientos para la emisión de conceptos técnicos en relación con medicina laboral y salud ocupacional.
- g. Evaluar la gestión y desarrollo de los programas de salud ocupacional.

- h. Asesorar al Director Técnico en aspectos relacionados con el área de salud ocupacional.
- i. Llevar el registro estadístico de riesgos, con la información que para el efecto determine el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- j. Las demás que le asigne o le delegue el Director Técnico o el Ministro de Trabajo y Seguridad Social.

Artículo 75. Subdirección de Control de Invalidez

La Subdirección de Control de Invalidez tiene las siguientes funciones:

- a. Controlar y vigilar la organización y funcionamiento de las Juntas Nacional y Regionales de Invalidez de que tratan los artículos 42 y 43 de la ley 100 de 1993 y sus reglamentos.
- b. Proponer modificaciones a las tablas de enfermedad profesional y calificación de grados de invalidez.
- c. Controlar, orientar y coordinar los programas de medicina laboral y de salud ocupacional que adelanten las entidades administradoras de riesgos profesionales.
- d. Las demás que le asigne o le delegue el Director Técnico o el Ministro de Trabajo y Seguridad Social.

Artículo 76. Direcciones Regionales de trabajo

Además de las funciones que les han sido asignadas, las direcciones regionales de trabajo, bajo la coordinación del Director Técnico de Riesgos Profesionales, deberán:

- a. Velar por la aplicación de las leyes y reglamentos en lo concerniente a la prevención de los riesgos, y ordenar a las empresas, a solicitud de las entidades administradoras de riesgos profesionales, que se ajusten a ellos.
- b. Emitir las órdenes necesarias para que se suspendan las prácticas ilegales, o no autorizadas, o evidentemente peligrosas para la salud o la vida de los afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales.
- c. Las demás que le asigne el Ministro de Trabajo y Seguridad Social.

Parágrafo. Para el cumplimiento de estas funciones las direcciones regionales de trabajo tendrán como órgano consultor a los comités seccionales de salud ocupacional.

Así mismo, la prevención de enfermedades profesionales en los ambientes de trabajo, podrá ser coordinada con las reparticiones correspondientes del Ministerio de Salud.

CAPÍTULO VIII



ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA

Artículo 77. Entidades administradoras

A partir de la vigencia del presente decreto, el Sistema General de Riesgos Profesionales solo podrá ser administrado por las siguientes entidades:

- a. El Instituto de Seguros Sociales
- b. Las entidades aseguradoras de vida que obtengan autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de riesgos profesionales.

Artículo 78. Del Instituto de Seguros Sociales

El Instituto de Seguros Sociales continuará administrando los riesgos profesionales de conformidad con sus reglamentos, los cuales deberán ajustarse a lo dispuesto en este decreto.

Los empleadores que al momento de entrar en vigencia el presente decreto se encuentren afiliados al ISS, podrán trasladarse a otra entidad administradora de riesgos profesionales debidamente autorizada.

Los recursos provenientes de riesgos profesionales deberán ser manejados en cuentas separadas de los demás recursos del Instituto y deberá llevarse una contabilidad independiente sobre ellos.

Artículo 79. Requisitos para las compañías de seguros.

Las entidades aseguradoras de vida que pretendan obtener autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de seguros de riesgos profesionales deberán:

- a. Acreditar un patrimonio técnico saneado no inferior a la cuantía que periódicamente señale el gobierno nacional, de conformidad con las disposiciones legales vigentes, en adición a los montos requeridos para los demás ramos.
- b. Disponer de capacidad humana y técnica especializada suficiente para cumplir adecuadamente con la administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.
- c. Conformar, dentro de su estructura orgánica un departamento de prevención de riesgos profesionales que será el responsable de la planeación, organización, ejecución y supervisión de las actividades de que tratan los numerales 6 y 7 de artículo siguiente, o alternativamente contratar a través de terceros esta función.

Parágrafo transitorio. Durante el año de 1994 las entidades aseguradoras de vida que soliciten autorización a la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de seguro de riesgos profesionales, deberán acreditar un patrimonio técnico saneado no inferior a quinientos millones de pesos (\$500.00.000), en adición a los requerimientos legalmente previstos para los demás ramos.

Artículo 80. Funciones de las entidades administradoras de riesgos profesionales.

Las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales tendrán a su cargo, entre otras, las siguientes funciones:

- a. La afiliación
- b. El registro
- c. El recaudo, cobro y distribución de las cotizaciones de que trata este decreto.
- d. Garantizar a sus afiliados, en los términos de este decreto, la prestación de los servicios de salud a que tienen derecho.
- e. Garantizar a sus afiliados el reconocimiento y pago oportuno de las prestaciones económicas, determinadas en este decreto.
- f. Realizar actividades de prevención, asesoría y evaluación de riesgos profesionales.



- g. Promover y divulgar programas de medicina laboral, higiene industrial, salud ocupacional y seguridad industrial.
- h. Establecer las prioridades con criterio de riesgo para orientar las actividades de asesoría de que trata el artículo 39 de este decreto.
- i. Vender servicios adicionales de salud ocupacional de conformidad con la reglamentación que expida el gobierno nacional.

Parágrafo 1. Las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán contratar o conformar equipos de prevención de riesgos profesionales, para la planeación, organización, ejecución y supervisión, de las actividades de que trata el numeral 6 y 7 del presente artículo.

Parágrafo 2. Las entidades administradoras de riesgos profesionales podrán adquirir, fabricar, arrendar y vender, los equipos y materiales para el control de factores de riesgo en la fuente, y en el medio ambiente laboral. Con el mismo fin podrán conceder créditos debidamente garantizados.

Artículo 81. Promoción y asesoría para la afiliación

Las entidades administradoras de riesgos profesionales podrán, bajo su responsabilidad y con cargo a sus propios recursos, emplear para el apoyo de sus labores técnicas a personas naturales o jurídicas debidamente

licenciadas por el Ministerio de Salud para la prestación de servicios de salud ocupacional a terceros.

Los intermediarios de seguros sujetos a la supervisión permanente de la Superintendencia Bancaria, podrán realizar actividades de salud ocupacional si cuentan con una infraestructura técnica y humana especializada para tal fin, previa obtención de licencia para prestación de servicios de salud ocupacional a terceros.

Las administradoras de riesgos profesionales, deberán promocionar el Sistema de Riesgos Profesionales entre los empleadores, brindando la asesoría necesaria para que el empleador seleccione la administradora correspondiente.

Si para la selección de la administradora de Riesgos Profesionales el empleador utiliza algún intermediario, deberá sufragar el monto del honorario o comisión de este con cargo a sus propios recursos, y en ningún caso dicho costo podrá trasladarse directa o indirectamente al trabajador.

Parágrafo. Lo previsto en el capítulo III del decreto 720 de 1994, o las normas que lo modifiquen, será aplicable a las entidades administradoras de riesgos profesionales.

Artículo 82. Publicidad

Toda publicidad de las actividades de las administradoras deberá sujetarse a las normas que sobre el particular determine la Superintendencia Bancaria, en orden a velar porque aquella sea veraz y precisa. Tal publicidad solamente podrá contratarse con cargo al presupuesto de gastos de administración de la respectiva entidad.

Para este efecto, no se considera publicidad, los programas de divulgación de normas y procedimientos y en general de promoción, educación y prevención de riesgos profesionales.

Artículo 83. Garantía a las prestaciones económicas reconocidas por este decreto.

Sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones a cargo de los reaseguradores, la Nación, a través del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFIN-, garantiza el pago de las pensiones en caso de menoscabo patrimonial o suspensiones de pago de la entidad

administradora de riesgos profesionales, de acuerdo con la reglamentación que para tal efecto se expida.

El Fondo de Garantías de Instituciones Financieras señalarán las primas correspondientes a esta garantía y su costo será asumido por las entidades administradoras de riesgos profesionales. En todo caso las administradoras de riesgos profesionales responderán en primera instancia con sus propios recursos.

Para los efectos, los aportes al sistema general de riesgo profesionales tienen el carácter de dineros públicos.

Artículo 84. Vigilancia y control

Corresponde a la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la vigilancia y control de todos los aspectos relacionados con la administración, prevención, atención y control de los riesgos profesionales que adelanten las entidades administradoras de riesgos profesionales.

Corresponde a la Superintendencia Bancaria el control y vigilancia de las entidades administradoras de riesgos profesionales, en relación con los



niveles de patrimonio, reservas, inversiones y el control financiero, sin perjuicio de las demás funciones asignadas de manera general a la Superintendencia Bancaria para las labores de inspección y vigilancia respecto de las entidades vigiladas.

Corresponde al Ministerio de Salud el control y vigilancia de la prestación de los servicios de salud en los términos establecidos en el Libro II de la ley 100 de 1993.

Artículo 85. Obligación de aceptar a todos los afiliados que lo soliciten

Las entidades administradoras de riesgos profesionales no podrán rechazar a las empresas ni a los trabajadores de éstas.

Artículo 86. Reglas relativas a la competencia

Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre empresarios, las decisiones de asociaciones empresariales y las prácticas concretadas, que directa o indirectamente tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia entre las entidades administradoras de riesgos profesionales.

No tendrán carácter de práctica restrictiva de la competencia, la utilización de tasas puras de riesgos basadas en estadísticas comunes.

La Superintendencia Bancaria, de oficio o a petición de parte, podrá ordenar como medida cautelar o definitivamente, que las entidades administradoras del Sistema General de Riesgos Profesionales se abstengan de realizar tales conductas, sin perjuicio de las sanciones que con arreglo a sus distribuciones generales pueda imponer.

CAPÍTULO IX

FONDO DE RIESGOS PROFESIONALES

Artículo 87. Fondo de Riesgos Profesionales

Créase el Fondo de Riesgos Profesionales como una cuenta especial de la Nación, sin personería jurídica, adscrita al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, cuyos recursos serán administrados en fiducia.

El Gobierno Nacional reglamentará la administración y el funcionamiento de los recursos del Fondo de Riesgos Profesionales, de acuerdo con lo previsto en el presente decreto.

Artículo 88. Objeto del Fondo

El Fondo de Riesgos Profesionales tiene por objeto adelantar estudios, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en todo el territorio nacional.

En especial deberá atender la prevención de las actividades de alto riesgo, tales como las relacionadas con la exposición de radiaciones ionizantes, virus de inmunodeficiencia humana, sustancias mutágenas, teratógenas o cancerígenas.

Artículo 89. Recursos del Fondo de Riesgos Profesionales

El Fondo de Riesgos Profesionales lo conforman los siguientes recursos:

- a. El uno por ciento (1%) del recaudo por cotizaciones a cargo de los empleadores.
- b. Aportes del presupuesto nacional
- c. Las multas de que trata este decreto.
- d. Los recursos que aporten las entidades territoriales para planes de Prevención de Riesgos Profesionales en sus respectivos territorios, o de agremiaciones o federaciones para sus afiliados.

e. Las donaciones que reciba, y en general los demás recursos que reciba a cualquier título.

Artículo 90. Planes de inversión del fondo

Anualmente, dentro del primer trimestre, el Director de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social presentará los proyectos de inversión de los recursos del fondo para la siguiente vigencia, los cuales deberán ser aprobados por el Consejo Nacional de Riesgos Profesionales.

Los recursos del fondo se destinarán únicamente al desarrollo de planes y programas propios del Sistema General de Riesgos Profesionales, y no podrán ser destinados a gastos de administración y funcionamiento.

CAPÍTULO X

SANCIONES

Artículo 91. Sanciones

Le corresponde al Ministro de Trabajo y Seguridad Social, a través del Director Técnico de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, imponer las siguientes sanciones, frente a las cuales no

opera el recurso de apelación. La competencia aquí prevista puede asumirla el Ministro de Trabajo y Seguridad Social.

a. Para el empleador

1. El incumplimiento de la afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales, le acarreará a los empleadores y responsables de la cotización, además de las sanciones previstas por el Código Sustantivo del Trabajo, la legislación laboral vigente y la ley 100 de 1993, o normas que la modifiquen, incorporen o reglamente, la obligación de reconocer y pagar al trabajador las prestaciones consagradas en el presente Decreto.

La no afiliación y el no pago de dos o más períodos mensuales de cotizaciones, le acarreará al empleador multas sucesivas mensuales de hasta quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

2. Cuando el Empleador o responsable del pago de la cotización no aplique las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos profesionales, adoptados en forma general por la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, esta le podrá imponer multas mensuales consecutivas hasta por quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales.



Se hará acreedor a igual sanción cuando no aplique las instrucciones y determinaciones de prevención de riesgos profesionales que le sean ordenados en forma específica por la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, a solicitud de la entidad administradora a la que se encuentre afiliado.

En caso que no se hubiese corregido el riesgo, dentro de los términos que señale el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, se procederá a ordenar la suspensión de actividades hasta por seis meses. Transcurrido este término la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, determinará el cierre definitivo de la empresa o actividad económica.

No obstante lo anterior, la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en cualquier momento, podrá ordenar la suspensión de actividades cuando el riesgo profesional así lo amerite.

3. Cuando la inscripción del trabajador no corresponda a su base de cotización real, o el empleador no haya informado sus cambios posteriores

dando lugar a que se disminuyan las prestaciones económicas del trabajador, el empleador deberá pagar al trabajador la diferencia en el valor de la prestación que le hubiera correspondido, sin perjuicio de las sanciones a que hubiese lugar.

4. En los casos previstos en el literal anterior o cuando el empleador no informe sobre el traslado de un afiliado a un lugar diferente de trabajo, y esta omisión implique una cotización mayor al Sistema, la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, previa solicitud motivada de la entidad administradora correspondiente, podrá imponer al empleador una multa de hasta quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada caso.

5. La no presentación o extemporaneidad del informe del accidente de trabajo o de enfermedad profesional o el incumplimiento por parte del empleador de las demás obligaciones establecidas en este decreto, la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, podrá imponer multas de hasta doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales.

b. Para el afiliado o trabajador

El grave incumplimiento por parte del trabajador de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos, adoptados en forma general o específica, y que se encuentren dentro de los programas de salud ocupacional de la respectiva empresa, que le haya comunicado por escrito, facultan al empleador para la terminación del vínculo o relación laboral por justa causa, tanto para los trabajadores privados como para los servidores públicos, previa autorización del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, respetando el derecho de defensa.

c. Para la entidad administradora de riesgos profesionales

Las entidades administradoras de riesgos profesionales que incurran en conductas tendientes a dilatar injustificadamente el pago de las prestaciones de que trata el presente decreto, o impidan o dilaten la libre escogencia de entidad administradora, o rechacen a un afiliado, o no acaten las instrucciones u órdenes de la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, serán sancionadas por la Superintendencia Bancaria, en el primer caso, o por la Dirección técnica de Riesgos Profesionales, en los demás, con multas sucesivas hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes, sin perjuicio de las demás previstas en la ley o en este decreto.

Sin perjuicio de la aplicación de las demás sanciones que puede imponer la Superintendencia Bancaria en desarrollo de sus facultades legales, cuando las administradoras de riesgos profesionales incurran en defectos, respecto de los niveles adecuados de patrimonio exigidos, la Superintendencia Bancaria impondrá, por cada incumplimiento, una multa por el equivalente a tres punto cinco por ciento (3.5%) del valor del defecto mensual, sin exceder, respecto de cada incumplimiento, del uno punto cinco por ciento (1.5%) del monto requerido para dar cumplimiento a tal relación.

En adición a lo previsto en los incisos anteriores, la Superintendencia Bancaria impartirá todas las órdenes que resulten pertinentes para el inmediato restablecimiento de los niveles adecuados de patrimonio o de la reserva de estabilización, según corresponda.

Artículo 92. Sanción Moratoria

Los aportes que no se consignen dentro de los plazos señalados para el efecto, generan un interés moratorio a cargo del empleador, igual al que rige para el impuesto sobre la renta y complementarios. Estos intereses son de la respectiva entidad administradora de riesgos profesionales que deberá destinarlos a desarrollar las actividades ordenadas en el numeral 2 del artículo 19 de este decreto.

Los ordenadores del gasto de las entidades del sector público que sin justa causa no dispongan el pago oportuno de los aportes al Sistema General de Riesgos Profesionales, incurrirán en causal de mala conducta, que será sancionada con arreglo al régimen disciplinario vigente.

En todas las entidades del sector público será obligatorio incluir en el presupuesto las partidas necesarias para el pago de los aportes al Sistema General de Riesgos Profesionales, como requisito para la presentación, trámite y estudio por parte de la autoridad correspondiente.

CAPÍTULO XI

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 93. Inembargabilidad

Son inembargables:

- a. Los recursos de la cuenta especial de que trata el artículo 94 de este decreto.
- b. Las sumas destinadas a la cobertura de las contingencias del Sistema General de Riesgos Profesionales.
- c. Las pensiones y demás prestaciones que reconoce este decreto, cualquiera que sea su cuantía, salvo que se trate de embargos por

pensiones alimenticias o créditos a favor de cooperativas, de conformidad con las disposiciones legales vigentes sobre la materia.

Artículo 94. Tratamiento Tributario

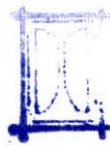
Estarán exentas del Impuesto sobre la renta y complementarios:

- a. Las sumas pagadas por la cobertura de las contingencias del Sistema General de Riesgos Profesionales.
- b. Las pensiones estarán exentas del impuesto sobre la renta.

Estarán exceptuados del impuesto a las ventas los servicios de seguros y reaseguros que prestan las compañías de seguros, para invalidez y sobrevivientes del Sistema General de Riesgos Profesionales, de conformidad con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Estarán exentos del impuesto de timbre los actos o documentos relacionados con la administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Parágrafo. Los aportes, que son en su totalidad a cargo del empleador, serán deducibles de su renta.



Artículo 95. Intereses de mora

A partir del 1o. de agosto de 1994, en caso de mora en el pago de las mesadas pensionales de que trata este decreto, la entidad correspondiente reconocerá y pagará al pensionado, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, la tasa máxima de interés para créditos de libre asignación, certificado por la Superintendencia Bancaria, para el período correspondiente al momento en que se efectúe el pago.

Artículo 96. Prescripción.

Las prestaciones establecidas en este decreto prescriben:

- a. Las mesadas pensionales en el término de tres (3) años.
- b. Las demás prestaciones en el término de un (1) año.

Artículo 97. Vigencia del Sistema General de Riesgos Profesionales

El sistema general de riesgos profesionales previsto en el presente decreto, regirá a partir del 1o. de agosto de 1994 para los empleadores y trabajadores del sector privado.

Para el sector público del nivel nacional regirá a partir del 1o. de enero de 1996.

No obstante, el Gobierno podrá autorizar el funcionamiento de las administradoras de riesgos profesionales, con sujeción a las disposiciones contempladas en el presente decreto, a partir de la fecha de su publicación.

Parágrafo. El Sistema General de Riesgos Profesionales para los servidores públicos del nivel departamental, municipal y distrital, entrará a regir a más tardar el 1o. de enero de 1996, en la fecha que así lo determine la respectiva autoridad gubernamental. Hasta esta fecha, para estos trabajadores, continuarán vigentes las normas anteriores a este decreto.

Artículo 98. Derogatorias

El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga los artículos 199, 200, 201, 203, 204 y 214 del Código Sustantivo de Trabajo, los artículos 20, 88 y 89 del decreto 1650 de 1977, los artículos 24, 25 y 26 del decreto 2145 de 1992, los artículos, 22, 23, 25 34, 35 y 38 del decreto 3135 de 1968, los capítulos cuarto y quinto del decreto 1848 de 1969, el artículo 2o. y el literal b. del artículo 5o de la ley 62 de 1989 y demás normas que le sean contrarias, a partir de la entrada en vigencia del Sistema General de Riesgos Profesionales de conformidad con lo establecido en el artículo anterior.

ANEXO 6**RESOLUCIÓN NÚMERO 03881
21 ABR. 1982**

Por la cual se reglamenta parcialmente el decreto 526 de 1975.

EL MINISTRO DE SALUD

En uso de sus atribuciones legales y

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo con el Decreto No. 526 de 1975 las Normas del Subsistema Nacional de Información en Salud deben regular la obtención y procesamiento de la información sobre:

- a. Necesidades y demandas de la población en materia de salud.
- b. Cantidad y características de las actividades técnicas y administrativas que desarrollan las entidades en salud.
- c. Volumen y características de los Recursos Humanos en Salud, y
- d. Proyectos y decisiones en salud.

Que el artículo once del Decreto citado autoriza al Ministerio de Salud para solicitar y obtener los datos que se requieran para el Sistema Nacional de Salud,

RESUELVE:

Artículo Primero. Adoptar el Manual de Normas y Procedimientos de Registros Médicos: Historia Clínica y Registros Secundarios dentro del Subsistema de información del Sistema Nacional de salud.

Artículo Segundo. Adoptar los formularios correspondientes a la Historia Clínica:

1. Identificación y resumen de atenciones (SIS - 400)
2. Atención de Urgencias (SIS - 401)
3. Atención Infantil y Pre-escolar (SIS - 402)
4. Atención Prenatal (SIS-403)
5. Atención del Parto y Post Parto Inmediato (SI - 404)
6. Atención del Puerperio en Consulta Externa (SIS - 405)
7. Atención de Planificación Familiar (SIS - 406)
8. Atención Odontológica Programada (SIS - 407 - A)
9. Atención Odontológica de Urgencias (SIS - 407 - B)
10. Atención General (SIS - 408)
11. Evolución (SIS - 409)
12. Exámenes auxiliares de diagnóstico (SIS - 410)
13. Laboratorio Clínico - Hematología (SIS - 410 -A)
14. Laboratorio Clínico - Pruebas Serológicas (SIS - 410 - B)
15. Laboratorio Clínico - Química Sanguínea (SIS - 410 - C)

16. Laboratorio Clínico - Bacteriología - Micología (SIS - 410 - D)
17. Laboratorio Clínico - Análisis de Orina (SIS - 410-E)
18. Laboratorio Clínico - Coprológico (SIS-410-F)
19. Laboratorio Clínico - Citología (SIS 410 - G)
20. Laboratorio Clínico - Otros (SIS 410-H)
21. Radiología (SIS-410-I)
22. Interconsulta (SIS-411)
23. Remisión de pacientes - Solicitud (SIS 412 - A)
24. Remisión de pacientes - respuesta (SIS - 412 - B)
25. Epicrisis (SIS - 413)
26. Órdenes médicas (SIS-414)
27. Tratamientos (SIS-415)
28. Signos vitales (SIS-416)
29. Balance de líquidos (SIS-417)
30. Informe quirúrgico (SIS-418)
31. Informe de Anestesia (SIS-419)
32. Informe de Anatomía Patológica (SIS-420)
33. Autorización para intervención quirúrgica y otros procedimientos especiales (para pacientes de sala general) (SIS - 430 - A)
34. Autorización para intervención quirúrgica y otros procedimientos especiales (para pacientes pensionados o particulares). (SIS-430-B)



35. Autorización para esterilización (para pacientes en sala general) (SIS-430-C)
36. Autorización para esterilización (para pacientes pensionados o particulares) (SIS-430-D)
37. Autorización para autopsia (SIS-430-E)
38. Declaración de retiro voluntario (SIS-430-F)

Artículo Tercero. Implantar los formularios y el Manual de Normas y Procedimientos que se adoptan por la presente reglamentación como obligatorio para todas las instituciones adscritas o vinculadas al Sistema Nacional de Salud.

PARÁGRAFO. Las Instituciones de Salud que por su desarrollo o especialización presten servicios no contemplados en el Manual de Norma y Procedimientos pueden establecer los formularios y procedimientos adicionales que estimen pertinentes, sin modificar las normas, procedimientos y formularios de Historia Clínica Básica, mencionados en los artículos primero y segundo.

Artículo Cuarto. Las normas de diligenciamiento de la Historia Clínica se aplicarán según el grado de complejidad de la atención de salud, asignada en las instituciones, como consulta externa en los puestos y centros de salud

o consulta externa y hospitalización en hospitales locales, regionales, universitarios y especializados.

Artículo Quinto. Las citadas instituciones de salud tienen la obligación de garantizar a través de sus programas y presupuestos, la promoción e impresión del Manual de Normas y Procedimientos de Registros Médicos: Historia clínica y registros secundarios señalados en los artículos primero y segundo, la capacitación en el manejo de los mismos, del personal profesional, técnico y auxiliar de las Ciencias de la salud y del área de información.

Parágrafo Primero. Los cursos necesarios para capacitación del personal de las Instituciones de Salud deberán ser promovidos por las propias Instituciones, por los servicios seccionales de salud, por los centros docentes del área de Salud y por el Ministerio de Salud.

Parágrafo Segundo. De igual manera las Instituciones garantizarán en su presupuesto la adquisición de materiales necesarios para la administración y funcionamiento de los Registros Médicos.

Artículo sexto: Crear el Comité de Historias Clínicas en los Hospitales locales, regionales, universitarios y especializados, de acuerdo con el Manual de Normas, citado en el Artículo Primero.

Artículo séptimo. De acuerdo con las disposiciones de la Ley 23 de 1981 la Historia Clínica deberá sujetarse a lo contemplado en los artículos siguientes:

Artículo 34. La Historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.

Artículo 35. En las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.

Artículo 36. En todos los casos la Historia Clínica deberá diligenciarse con claridad. Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos, a su reemplazante.

Artículo Octavo. La presente resolución rige a partir de la fecha de expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

ANEXO 7
RESOLUCIÓN NÚMERO 003905
8 JUN. 1994

Por la cual se adopta un formato para la recolección de información en las
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

EL MINISTRO DE SALUD Y
EL SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD



En ejercicio de las facultades legales otorgadas por los numerales 3 y 7 del artículo 173 y párrafo del artículo 199 de la Ley 100 de 1993 y de las conferidas en el numeral 2 del artículo 7 y en el párrafo primero del artículo 3o. del Decreto 2165 de 1992.

CONSIDERANDO

1. Que corresponde al Ministerio de Salud expedir las normas administrativas de obligatorio cumplimiento por las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

2. Que el Ministro de Salud le corresponde reglamentar la recolección de la información en el subsistema a que concurren obligatoriamente todos los integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud independientemente de su naturaleza jurídica;
3. Que son derechos de los pacientes disfrutar de una comunicación plena y clara respecto de la enfermedad que padece, revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos según lo establecidos en los numerales 2, 4 y 6 del artículo 1o. de la resolución 13437 de 1991 expedida por el ministerio de Salud;
4. Que es necesario un sistema homogéneo de registro y análisis de la información sobre la atención prestada a cada paciente que además permita la evaluación de la calidad del servicio y satisfacción del usuario, hechos estos que demandan la adopción de un formato único donde se consigne el resumen de la atención del paciente hospitalizado y ambulatorio en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud;
5. Que la unificación del formato implica establecer como obligatorio su diligenciamiento por parte de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud;
6. Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 3o., numeral 4o del decreto 2165 de 1992, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, entre otras funciones el asegurar el cumplimiento de las

- disposiciones sobre eficiencia y control de gestión de las entidades públicas;
7. Que el artículo 225 de la ley 100 de 1993 señala la facultad de la Superintendencia Nacional de Salud exigir en forma periódica, la publicación de la información que estime necesaria de la entidad y de este frente al sistema, garantizando con ello la competencia y transparencia necesarias respecto a las futuras entidades promotoras de salud;
 8. Que es competencia de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en el artículo 230 de la ley 100 de 1993, velar por el cumplimiento de las normas que el Gobierno Nacional expida como "sistema obligatorio de garantía de calidad";
 9. Que e acuerdo con el artículo 233, numeral 4, es función de la Superintendencia Nacional de Salud, velar porque las entidades vigiladas suministren a los usuarios la información necesaria para lograr la mayor transparencia en las operaciones que realicen, de suerte que les permita, a través de elementos de juicio claros y objetivos, escoger las mejores opciones del mercado;
 10. Que de conformidad con lo previsto en el párrafo primero del artículo 3o. del Decreto 2165 de 1992, el Superintendente está facultado para



determinar los mecanismos administrativos y operativos necesarios para el cumplimiento de funciones;

Que por lo anteriormente expuesto se

RESUELVE

Artículo Primero. Adóptase como obligatorio a partir del 1 de agosto de 1994 el formato de RESUMEN DE ATENCIÓN contenido en el anexo, que forma parte integrante de esta resolución, en las instituciones prestadoras de servicios de salud que presten servicios de hospitalización, de cirugía ambulatoria y de urgencias.

Artículo Segundo. El formato a que se refiere el artículo anterior deberá ser diligenciado teniendo en cuenta las instrucciones que a continuación se detallan y que deberán ir impresas al respaldo del mismo:

NORMAS GENERALES

Este formato deberá diligenciarse en forma obligatoria al final de la atención de todo paciente hospitalizado que haya recibido atención intrahospitalaria y urgencias de más de 12 horas de atención, así:

SECCIÓN I - INFORMACIÓN MÉDICA

Por el médico que firme y/o autorice la salida o el final de la atención

SECCIÓN II - INFORMACIÓN FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA

Por el personal administrativo encargado de diligenciar los trámites administrativos de egreso.

SECCIÓN III - INFORMACIÓN USUARIO

Por el paciente, los familiares o personas a cargo del paciente a su salida

SECCIÓN I

1. Fecha: Registre el día mes y año en que se diligencia el formato.
2. Anote el número de la historia clínica del paciente en la institución.
3. Institución: anote el nombre de la institución y al frente el código asignado por el Ministerio de Salud.
4. Marque con una equis si el resumen corresponde a una atención intrahospitalaria, de urgencias, o cirugía ambulatoria.
5. Escriba el nombre del paciente como a parece en la historia clínica
- 6.
7. Anote en números la edad del paciente en la casilla correspondiente. Si es mayor de dos años de edad diligencie solamente las casillas correspondientes a años.
- 8.

9. Marque con una equis la casilla correspondiente al tipo de documento de identificación y anote enfrente el número y lugar de expedición. Si el paciente es menor de 18 años, debe anotarse el documento de identificación de uno de sus padres, añadiendo después de un guión un cero si es el del padre, o un uno si es de la madre.

13. Anote el nombre del diagnóstico principal registrado en la historia clínica de ingreso y anote al frente el código según la clasificación internacional de enfermedades OPS/OMS. Si la información del diagnóstico puede comprometer la integridad emocional del paciente, sólo se registrará el código.

14. Anote el diagnóstico principal del egreso del paciente por el cual recibió atención y el más importante diagnóstico secundario. Registre los códigos según lo descrito en el punto 13 de este instructivo.

15. Si el tratamiento dado al paciente fue exclusivamente médico, marque con una equis (x) la casilla correspondiente. Si es médico quirúrgico anótelo al frente y registre el código según el listado de códigos de procedimientos. Según la codificación del capítulo II de la Resolución 813 de 1993 o las normas que lo modifiquen. Este código podrá ser diligenciado por el funcionario que diligencie la sección B. Si se practicó algún tratamiento

adicional marque con una equis la casilla correspondiente y especifíquela al frente.

16. En caso de haberse presentado complicaciones posteriores a la instauración del tratamiento, inherentes o no al mismo, especifíquelas y anote el código según lo descrito en el punto 10 de este instructivo.

17. Si se practicaron exámenes diagnósticos que se salen de las categorías mencionadas, anote la cantidad en el espacio otros y especifíquelas.

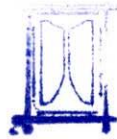
18. Anote si el paciente fue atendido en una unidad de cuidados especiales como UCI, Unidad Renal, cuidados intermedios, etc. en hospitalización n o especial o en ambos tipos de hospitalización.

24. El médico que autorice la salida, firma en la línea correspondiente a responsable de la información y anota el número de registro médico.

SECCIÓN II

25. Discrimine el valor de los gastos de atención en las categorías del formato según las siguientes definiciones:

A. ESTANCIA: CONJUNTO DE RECURSOS FÍSICOS HUMANOS Y TECNOLÓGICOS DISPONIBLES COMO CAMA HOSPITALARIA PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE UN PACIENTE DURANTE 24 HORAS QUE COMPRENDE LOS SIGUIENTES SERVICIOS BÁSICOS (ARTÍCULO 40 DECRETO 813/93)



Médico General hospitalario de piso

Enfermera

Auxiliar de Enfermería

Material de curación

Alimentación adecuada al estado del paciente (excepto sustancias de nutrición parenteral)

Suministro de ropa de cama

Aseo

Servicio Públicos de energía eléctrica y agua

Servicios y recursos del hospital para comodidad del paciente (ascensores, calderas, llamado de enfermeras, teléfono local, aire acondicionado, etc.).

B. SERVICIOS QUIRÚRGICOS: Comprende los siguientes conceptos:

Derechos de sala (definidos en los artículos 52 y 53 Decreto 813/93)

Derechos de recuperación (artículo 54, ibídem)

Derechos de anestesia

Material quirúrgico

Gases anestésicos

Equipos especiales

C. Honorarios profesionales: es la sumatoria del pago reconocido a los profesionales por concepto de la atención científico médica quirúrgica.

D. Apoyo diagnóstico y terapéutico: son todos los procedimientos con fines diagnósticos y/o terapéuticos practicados fuera de salas de cirugía, contenidos en el capítulo III de la Resolución No. 813 de 1993.

E. Droga y suministros: Comprende las drogas, materiales y equipos que consume el paciente durante la atención. Si no es posible discriminar los gastos de atención porque están facturados dentro de un paquete integral de servicios previamente establecidos marque con una equis en la casilla del literal F.

26. Anote el valor total de la cuenta de gastos del paciente. Anote el valor delo pagado por el paciente y por terceros. En este último caso registre el número de identificación tributaria (NIT) de la entidad que haya cubierto los gastos. Marque con una equis (X) si quedó o no un pago pendiente y anote el valor.

28. Anote el número del consecutivo de la factura o facturas de los gastos de atención.-

29. El funcionario del área administrativa o financiera que diligenció la sección B del formato, firma en el espacio correspondiente y anota el código interno asignado por la institución.

SECCIÓN III

Una vez diligenciado todo el formato, se presenta al paciente o familiares para que marque con una equis (x) si está de acuerdo con el contenido, si está satisfecho con la atención brindada y anote si lo desea, los motivos de las respuestas anteriores.

Finalmente el paciente o familiares firmarán en el renglón correspondiente, registrando la fecha en que lo hacen. En casos de analfabetismo se le deberá leer el contenido al paciente y se podrá utilizar la huella digital a cambio de la firma.

Artículo Tercero. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren clasificadas como de segundo y tercer nivel, deberán adoptar procedimientos de sistematización para efecto de la remisión periódica de la información contenida en el formato de Resumen de Atención, que permita la elaboración de bases de datos conforme a las instrucciones que para el efecto se expidan de manera conjunta por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo Cuarto. Todas las instituciones prestadoras de servicios de Salud deberán realizar los ajustes administrativos y financieros necesarios para asegurar el cumplimiento de la presente Resolución.

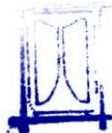
Artículo Quinto. Copia del Resumen de Atención deberá ser entregada al paciente cuando lo firme o haya sido enterado de su contenido, según las instrucciones dadas en el artículo segundo de esta Resolución.

Artículo sexto. El Resumen de Atención hace parte de la historia clínica, y por lo tanto está bajo la misma normatividad sobre reserva que al respecto exista.

Artículo séptimo. La vigilancia y control de las obligaciones establecidas en esta Resolución, estará a cargo de las Direcciones Seccionales y Locales de Salud y su incumplimiento dará a lugar a las sanciones previstas en la Ley 10 de 1990.

Artículo octavo. Esta resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



III. INFORMACIÓN USUARIO

** SU OPINIÓN ES ÚTIL PARA MEJORAR NUESTROS SERVICIOS **

30. ESTÁ DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN ANTERIOR SI NO
31. ESTÁ USTED SATISFECHO CON LA ATENCIÓN BRINDADA SI NO
POR QUÉ? _____
32. FIRMA USUARIO _____

33. FECHA
DD MM AA

INFORMACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL
DE SA LUD.

ANEXO 8**DECRETO NÚMERO 1757****3 AGO 1994**

Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4o. del Decreto Ley 1298 de 1994.

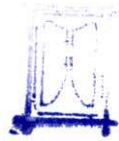
El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y

CONSIDERANDO

1. Que el artículo 49 de la Constitución Política dispone que los servicios de salud se organizan en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.
2. Que de conformidad con el artículo 103 de la Constitución Política el Estado contribuirá a la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, sin detrimento de su autonomía con el objeto de que se constituyan mecanismos democráticos de representación en las diferentes instancias de participación,

- concertación, control y vigilancia de la gestión pública que se establezcan.
3. Que el artículo 340 de la Constitución Política dispone que en las entidades territoriales habrá un consejo de planeación con carácter consultivo y servirá de foro para el plan de desarrollo.
 4. Que en desarrollo de los principios básicos de participación ciudadana y comunitaria contenidos en el Decreto Ley 1298 de 1994, se otorga el derecho a participar en la planeación, gestión, evaluación y control en los servicios de salud.
 5. Que la ley 60 de 1993 dispone en su artículo 13 el desarrollo de planes sectoriales y en el artículo 23 garantiza la difusión de los planes y la participación de la comunidad en el control social de los mismos
 6. Que es fundamento y principio del sistema de Seguridad Social en salud la participación social y la concertación y que como parte de su organización se prevé a sus integrantes el derecho de participar a través de los Comités de Participación Comunitaria o “Copacos”, asociaciones o ligas de usuarios y veedurías, en todas las instancias del sistema.
 7. Que se debe estimular la promoción de los métodos de participación, promover actitudes solidarias, la práctica de la democracia y la cultura de la participación.

DECRETA



CAPÍTULO I

FORMAS DE PARTICIPACIÓN EN SALUD

Artículo 1. Participación en salud Las personas naturales y jurídicas participarán a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

Artículo 2. Formas de participación en salud. Para efectos del presente decreto, se definen las siguientes formas de Participación en Salud:

1. La participación social, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.

La participación social comprende la participación ciudadana comunitaria, así:

a. La participación ciudadana, es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y

comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

b. La participación comunitaria es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

2. La participación en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

CAPÍTULO II

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Artículo 3. Servicio de atención a los usuarios. Las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud sean públicas, privadas o mixtas, deberán establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 4. Servicio de atención a la comunidad. Los niveles de Dirección Municipal, Distrital o departamental del Sistema General de Seguridad

Social en Salud organizarán un servicio de atención a la comunidad a través de las dependencias de participación social, para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos. Para el adecuado servicio de atención a la comunidad en salud, se deberá a través suyo:

1. Velar porque las instituciones prestatarias de servicios de salud sean públicas, privadas, o mixtas establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones.
2. Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución y/o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.
3. Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las empresas promotoras de salud.
4. Exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestatarias de salud, entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad o a quienes hagan sus veces, de los niveles departamentales, distritales y municipales.

5. Garantizar que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.
6. Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones y/o dependencias responsables de absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso, con el fin de retroalimentar el Servicio de Atención a la Comunidad.

Parágrafo. El Servicio de Atención a la Comunidad dispondrá de los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para el cumplimiento de sus funciones dentro del primer año de la fecha de publicación del presente decreto.

Artículo 5. Sistema de Atención e información a usuarios. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas, garantizarán:

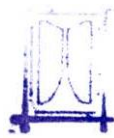
1. Un sistema de información y atención a los usuarios a través de una atención personalizada, que contará con una línea telefónica abierta con atención permanente de veinticuatro (24) horas y garantizarán, según los requerimientos de ese servicio, el recurso humano necesario para que atienda, sistematice y canalice tales requerimientos.

2. Implantar articulado al sistema de información sectorial, un control de calidad del servicio, basado en el usuario.

Parágrafo 1. El servicio de atención al usuario de los centros y puestos de salud podrá estar centralizado en el Hospital de primer nivel de atención del municipio o distrito, con el cual se establecerán los mecanismos de retroalimentación y control que sean del caso.

Parágrafo 2. Cuando las condiciones locales impidan disponer del servicio telefónico como un medio idóneo para el sistema de información de que trata el presente artículo, se deberá establecer un sistema de información permanente, consultando los medios más idóneos de los cuales se disponga en la localidad o región.

Artículo 6. Atención de las sugerencias de los afiliados. Las empresas promotoras de salud garantizarán la adecuada y oportuna canalización de las inquietudes y peticiones de sus afiliados, pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado y designarán los recursos necesarios para tal efecto.



Parágrafo. Las instituciones de que trata el presente artículo, contarán con un año a partir de la fecha de publicación del presente decreto para organizar y poner en funcionamiento el Servicio de Atención al Usuario.

CAPÍTULO III

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Artículo 7. Comités de participación comunitaria. En todos los municipios se conformarán los Comités de Participación Comunitaria en Salud establecidos por las disposiciones legales como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el estado, para cuyos efectos estarán integrados así:

1. El alcalde municipal, distrital o metropolitano o su respectivo delegado, quien lo presidirá. En los resguardos indígenas el comité será presidido por la máxima autoridad indígena respectiva.
2. El jefe de la Dirección de Salud Municipal
3. El director de la entidad prestataria de servicios de salud del estado más representativa del lugar, quien presidirá el Comité en ausencia de la autoridad administrativa de que trata el numeral 1 de este artículo. La asistencia del director es indelegable.

4. Un representante por cada una de las formas organizativas sociales y comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área del municipio, tales como:
- a) Las formas organizativas promovidas alrededor de los programas de salud como las UROS, UAIRAS, COE, COVE, MADRES COMUNITARIAS, GESTORES DE SALUD, EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD, entre otras.
 - b) Las juntas administradoras locales
 - c) Las organizaciones de la comunidad con carácter veredal, barrial, municipal.
 - d) Las asociaciones de usuarios y/o gremios de la producción, la comercialización o los servicios, legalmente ya reconocidos.
 - e) El sector educativo
 - f) La iglesia.

Parágrafo 1. Los representantes ante los Comités de Participación Comunitaria serán elegidos por períodos de tres años; podrán ser reelegidos máximo por otro período y deberán estar acreditados por la organización que representen.

Parágrafo 2. Los Comités de Participación Comunitaria en Salud podrán obtener personería jurídica si lo consideran pertinente para el desarrollo de

sus funciones, sin detrimento de los mecanismos democráticos de participación y representatividad.

Parágrafo 3. En las grandes ciudades, los Comités de Participación Comunitaria, tendrán como referente espacial la comuna, la localidad o el sistema local de salud "SILOS" respectivo, si ellos se hubieren establecido.

Parágrafo 4. Los Comités de Participación Comunitaria que se encuentren activos a la fecha de expedición del presente decreto, circunscritos al área de influencia de centros y puestos de salud del municipio, enviarán su representante debidamente acreditado, ante el Comité de Participación Comunitaria del Municipio.

Artículo 8. Funciones de los comités de participación comunitaria en salud. Son funciones de los comités de participación comunitaria en salud, las siguientes:

1. Intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto en todo lo atinente al sistema general de seguridad social en salud en su jurisdicción respectiva.
2. Participar en el proceso de diagnóstico, programación, control y evaluación de los servicios de salud.

3. Presentar planes, programas y prioridades en salud a la Junta Directiva del organismo o entidad de salud, o a quien haga sus veces.
4. Gestionar la inclusión de planes, programas, proyectos en el Plan de Desarrollo de la respectiva entidad territorial y participar en la priorización, toma de decisiones y distribución de recursos.
5. Presentar proyectos en salud ante la respectiva entidad territorial, para que bajo las formalidades, requisitos y procedimientos establecidos en las disposiciones legales, sean cofinanciados por el Fondo de Inversión Social -FIS- u otros fondos de cofinanciación a nivel nacional.
6. Proponer y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar extrahospitalaria y de control del medio ambiente.
7. Concertar y coordinar con las dependencias del sistema general de seguridad social en salud y con las instituciones públicas y privadas de otros sectores, todas las actividades de atención a las personas y al ambiente que se vayan a realizar en el área de influencia del comité con los diferentes organismos o entidades de salud, teniendo en cuenta la integración funcional.
8. Proponer a quien corresponda la realización de programas de capacitación e investigación según las necesidades determinadas en el Plan Local de Salud.

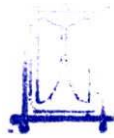
9. Elegir por y entre sus integrantes, un representante ante la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado de la respectiva entidad territorial, conforme a las disposiciones legales sobre la materia.
10. Consultar e informar periódicamente a la comunidad de su área de influencia sobre las actividades y discusiones del comité y las decisiones de las juntas directivas de los respectivos organismos o entidades de salud.
11. Impulsar el proceso de descentralización y la autonomía local y departamental y en especial a través de su participación en las juntas directivas de las instituciones prestadoras de servicios de salud o de dirección cuando existan.
12. Elegir un representante ante el consejo territorial de planeación, en la asamblea general de representantes de los Comités de Participación Comunitaria o "COPACOS" de la respectiva entidad territorial.
13. Verificar que los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento se administren adecuadamente y se utilicen en función de las prioridades establecidas en el plan de salud de la comunidad del área de influencia del respectivo organismo o entidad.
14. Velar porque los recursos de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, destinados a la gestión social de la salud, se incluyan en los

planes de salud de la entidad territorial y se ejecuten debidamente, conforme a las disposiciones legales sobre la materia.

15. Solicitar al alcalde y/o consejo municipal la convocatoria de consultas populares para asuntos de interés en salud, que sean de importancia general o que comprometan la reorganización del servicio y la capacidad de inversión del municipio y/o el departamento, conforme a las disposiciones de la ley estatutaria que define este mecanismo.
16. Adoptar su propio reglamento y definir la periodicidad y coordinación de las reuniones, los responsables de las actas y demás aspectos inherentes a su organización y funcionamiento.
17. Evaluar anualmente su propio funcionamiento y aplicar los correctivos necesarios cuando fuere necesario.

Parágrafo 1. Las funciones de que trata el presente artículo se ejercerán sin perjuicio de la responsabilidad científica, técnica y administrativa de los funcionarios correspondientes.

Parágrafo 2. Los servidores públicos o los trabajadores que laboren en el sistema general de seguridad social en salud en el ámbito de la respectiva jurisdicción territorial, bien sean de empresas públicas, mixtas o privadas podrán asistir y ser convocados a las sesiones de los comités de



participación comunitaria a fin de que aclaren o expliquen aspectos que el comité considere indispensables. Los servidores públicos o trabajadores citados podrán delegar a otro que estimen tenga mayor conocimiento del tema y/o capacidad de decisión sobre el asunto requerido.

Parágrafo 3. Cuando la composición de los comités sea muy numerosa o cuando sus funciones lo requieran, podrán organizar comisiones o grupos de trabajo de acuerdo con las áreas prioritarias identificadas.

Parágrafo 4. Los Comités de Participación Comunitaria o "COPACOS" tendrán asambleas territoriales, municipales, departamentales y nacionales para la planeación, concertación, evaluación y elección democrática de sus representantes ante los organismos donde deban estar representados conforme a las disposiciones legales pertinentes.

CAPÍTULO IV

PARTICIPACIÓN EN LAS INSTITUCIONES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Artículo 9. Garantías a la participación. Las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizarán la participación

ciudadana, comunitaria y social en todos los ámbitos que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.

Artículo 10. Alianzas o asociaciones de usuarios. La alianza o asociación de usuarios es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema general de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Todas las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán participar en las instituciones del sistema formando asociaciones o alianzas de usuarios que los representarán ante las instituciones prestadoras de servicios de salud y ante las empresas promotoras de salud, del orden público, mixto o privado.

Parágrafo 1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, deberán convocar a sus afiliados del régimen contributivo y subsidiado, para la constitución de alianzas o asociaciones de usuarios. Para tal efecto las instituciones prestatarias de servicios de salud dispondrán de un término de seis meses a partir de la vigencia del presente decreto.

Parágrafo 2. Las empresas sociales del estado, convocarán dentro del mismo plazo de seis meses a los usuarios que hayan hecho uso del servicio durante el último año, para la constitución de la asociación de usuarios.

Artículo 11. Constitución de las asociaciones y alianzas de usuarios. Las asociaciones de usuarios se constituirán con un número plural de usuarios, de los convocados a la asamblea de constitución por la respectiva institución y podrán obtener su reconocimiento como tales por la autoridad competente, de acuerdo con las normas legales vigentes.

Las alianzas garantizarán el ingreso permanente de los diferentes usuarios.

Artículo 12. Representantes de las alianzas de usuarios o asociaciones de usuarios. Las alianzas o asociaciones de usuarios elegirán sus representantes en asamblea general, y entre los elegidos de éstas si hubieren varias asociaciones o alianzas de usuarios para períodos de dos años. Para el efecto, sus instancias de participación podrán ser:

1. Un representante ante la Junta Directiva de la respectiva entidad promotora de salud pública o mixta.
2. Un representante ante la Junta Directiva de la Institución Prestataria de Servicios de Salud de carácter hospitalario, pública o mixta.

3. Un representante ante el Comité de Participación Comunitaria respectivo
4. Un representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social, elegido conforme a las normas que regulen la materia.
5. Dos representantes ante el Comité de Ética Hospitalaria, de la respectiva institución prestataria de servicios de salud pública o mixta.

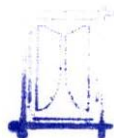
Artículo 13. Representante del sector rural. El representante de las asociaciones de usuarios del sector rural, ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, será elegido conforme a las regulaciones sobre dicho consejo.

Artículo 14. Funciones de las asociaciones de usuarios. La asociaciones de usuarios tendrán las siguientes funciones:

1. Asesorar a sus asociados en la libre elección de la entidad promotora de salud, las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la entidad promotora de salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.
2. Asesorar a sus asociados en la identificación y acceso al paquete de servicios.
3. Participar en las juntas directivas de las empresas promotoras de salud e instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas o mixtas, para proponer y concertar las medidas necesarias para mantener y

mejorar la calidad de los servicios y la atención al usuario. En el caso de las privadas, se podrá participar, conforme a lo que dispongan las disposiciones legales sobre la materia.

4. Mantener canales de comunicación con los afiliados que permitan conocer sus inquietudes y demandas para hacer propuestas ante las juntas directiva de la institución prestataria de servicios de salud y la empresa promotora de salud
5. Vigilar que las decisiones que se tomen en las juntas directivas, se apliquen según lo acordado.
6. Informar a las instancias correspondientes y a las instituciones prestatarias y empresas promotoras, si la calidad del servicio prestado no satisface las necesidades de sus afiliados.
7. Proponer a las juntas directivas de los organismos o entidades de salud, los días y horarios de atención al público de acuerdo con las necesidades de la comunidad, según las normas de administración de personal del respectivo organismo.
8. Vigilar que las tarifas y cuotas de recuperación correspondan a las condiciones socioeconómicas de los distintos grupos de la comunidad y que se apliquen de acuerdo a lo que para tal efecto se establezca.
9. Atender las quejas que los usuarios presenten sobre las deficiencias de los servicios y vigilar que se tomen los correctivos del caso.



10. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.
11. Ejercer veedurías en las instituciones del sector, mediante sus representantes ante las empresas promotoras y/o ante las oficinas de atención a la comunidad.
12. Elegir democráticamente sus representantes ante la Junta Directiva de las Empresas Promotoras y las Instituciones Prestatarias de Servicios de carácter hospitalario que correspondan, por y entre sus asociados, para períodos máximos de dos años.
13. Elegir democráticamente sus representantes ante los Comités de Ética Hospitalaria y los Comités de Participación Comunitaria por períodos máximos de dos años.
14. Participar en el proceso de designación del representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud conforme a lo dispuesto en las disposiciones legales sobre la materia.

Parágrafo 1. Para aquellas poblaciones no afiliadas al régimen contributivo y subsidiado, el Gobierno promoverá su organización como demandantes de servicios de salud, sobre la base de las formas de organización comunitaria.

Parágrafo 2. El asociado a una alianza o asociación de usuarios conserva el derecho a elegir o trasladarse libremente entre entidades promotoras de salud.

Artículo 15. Comités de ética hospitalaria. Las instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas, deberán conformar os comités de Ética Hospitalaria, los cuales estarán integrados por:

1. El director de la institución prestataria o su delegado
2. Un representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institución
3. Dos representantes de la alianza o de usuarios de las instituciones prestataria de servicios
4. Dos delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad, que formen parte de los comités de participación comunitaria del área de influencia de la respectiva entidad prestadora de los servicios.

Parágrafo. Los representantes ante los Comités de ética hospitalaria serán elegidos por períodos de tres años y podrán ser reelegidos máximo hasta por dos períodos consecutivamente.

Artículo 16. Funciones de los comités de ética hospitalaria. Los comités de ética hospitalaria tendrán las siguientes funciones:

1. Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público.
2. Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en salud.
3. Velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna.
4. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.
5. Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.
6. Atender y canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.
7. Reunirse como mínimo una vez al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.
8. Llevar un acta de cada reunión y remitirlas trimestralmente a la Dirección Municipal y Departamental de Salud.

9. Elegir un representante ante los comités de Ética Profesional del sector salud, de que habla el artículo 3o. de la ley 60 y enviar para su estudio los casos que considere pertinentes.

CAPÍTULO V

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Artículo 17. Expresión de la participación social. La participación social se expresará en la confluencia de las formas de participación social de que trata el presente decreto, en procesos cogestionarios de planeación y veeduría en salud.

Los procesos territoriales de planeación y veeduría en salud, contarán con la participación ciudadana, comunitaria e institucional.

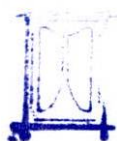
Artículo 18. Proceso de planeación en salud. El diseño y gestión de los planes territoriales de salud, se hará de manera concertada con la participación de los diferentes sectores sociales y las autoridades pertinentes convocarán un representante del nivel local y departamental de salud y del Comité de Participación Comunitaria en salud de la respectiva entidad territorial.

Artículo 19. Representación en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, en los niveles departamental, distrital y municipal, contarán con la representación de las asociaciones de usuarios.

Las asociaciones de usuarios enviarán un representante ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, elegido en asamblea general, por y entre los representantes de las diferentes asociaciones de la respectiva entidad territorial.

Artículo 20. La veeduría en salud. El control social en salud podrá ser realizado a través de la veeduría en salud, que deberá ser ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma, la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

- a) En lo ciudadano a través del servicio de atención a la comunidad, que canalizará las veedurías de los ciudadanos ante las instancias competentes, para el ejercicio de sus derechos constitucionales y legales.
- b) En lo comunitario, mediante el ejercicio de las funciones de los comités de participación comunitaria.



- c) En lo institucional, mediante el ejercicio de las funciones de las asociaciones de usuarios, los comités de ética médica y la representación ante las Juntas Directivas de las Instituciones Prestatarias de Servicios de Salud y las Entidades Promotoras de Salud.
- d) En lo social, mediante la vigilancia de la gestión de los Consejos Territoriales de Seguridad Social y de los Consejos Territoriales de Planeación, los cuales tendrán la obligación de dar respuesta a los requerimientos de inspección y comprobación que cursen formalmente cualquiera de las organizaciones comunitarias mencionadas anteriormente.

Parágrafo. La prestación de los servicios mediante el régimen de subsidios en salud será objeto de control por parte de veedurías comunitarias elegidas popularmente, entre los afiliados, con el fin de garantizar cobertura, calidad y eficiencia; sin perjuicio de los demás mecanismos de control previstos en las disposiciones legales.

Artículo 21. Ejercicio de la veeduría. La veeduría puede ser ejercida por los ciudadanos por sí, o a través de cualquier tipo de asociación, gremio o entidad pública o privada del orden municipal, departamental o nacional.

Artículo 22. Inhabilidades e incompatibilidades del veedor ciudadano. Para ser veedor ciudadano en cualquiera de sus niveles, se requiere no estar incurso en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con el régimen legal.

Artículo 23. Funciones de la veeduría. Son funciones de la veeduría:

1. Contribuir a una gestión adecuada de los organismos de salud.
2. Propiciar decisiones saludables por parte de las autoridades, la empresa privada, las entidades públicas y la comunidad.
3. Fomentar el compromiso de la colectividad en los programas e iniciativas en salud.
4. Velar por una utilización adecuada de los recursos
5. Coordinar con todas las instancias de vigilancia y control la aplicación efectiva de las normas y velar por el cumplimiento de las mismas.
6. Impulsar las veedurías como un mecanismo de educación para la participación.

CAPÍTULO VIII

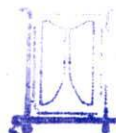
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 24. Participación en el ejercicio de funciones y prestación de servicios. Las organizaciones sociales y comunitarias podrán vincularse al

desarrollo y mejoramiento de la salud en los municipios mediante su participación en el ejercicio de las funciones y la prestación de los servicios que se hallen a cargo de éstas, en los términos consagrados en las disposiciones legales.

Artículo 25. Vigencia. El presente decreto rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE.



ANEXO 9

DECRETO NÚMERO 1571

12 AGO. 1993

Por el cual se reglamenta parcialmente el título IX de la ley 09 de 1979, en cuanto a funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados, se crean la Red Nacional de Bancos de Sangre y el Consejo Nacional de Bancos de Sangre y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y en especial de las que le confiere el ordinal 11 del artículo 189 de la Constitución Política.

DECRETA

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES Y DEFINICIONES

Artículo 1. Campo de Aplicación. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a todos los establecimientos o dependencias dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados.

Artículo 2. La salud es un bien de interés público. En consecuencia son de orden público las disposiciones del presente Decreto mediante las cuales se

regulan las actividades relacionadas con la obtención, donación, conservación, procesamiento, almacenamiento, transfusión y suministro de sangre humana y de sus componentes o hemoderivados, así como su distribución y fraccionamiento por parte de los establecimientos aquí señalados.

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

AFERESIS: Es el procedimiento mediante el cual se extrae sangre de un donante con el objeto de obtener uno de sus componentes, reinfundiéndole el resto de los componentes no separados.

AUTOTRANSFUSIÓN O TRANSFUSIÓN AUTOLOGA: Es un procedimiento mediante el cual se transfunde a una persona la sangre total o los componentes que previamente haya donado para tal fin.

BANCO DE SANGRE. Es todo establecimiento o dependencia con Licencia Sanitaria de Funcionamiento para adelantar actividades relacionadas con la obtención, procesamiento y almacenamiento de sangre humana destinada a la transfusión de la sangre total o en componentes separados, a

procedimientos de aféresis y otros procedimientos preventivos, terapéuticos y de investigación. tiene como uno de sus propósitos asegurar la calidad de la sangre y sus derivados.

BANCO DE SANGRE DEPENDIENTE: Son todos aquellos que desde el punto de vista institucional, patrimonial, administrativo, laboral, técnico, científico, presupuestal y financiero constituyen una unidad integral con la institución a la cual pertenecen.

BANCO DE SANGRE VINCULADO: Son todos aquellos que ostentan personería jurídica, patrimonio propio e independiente, autonomía administrativa, presupuestal y financiera, y cuenta con una dirección y orientación autónomas respaldados a través de convenios o contratos celebrados con instituciones que presten servicios de salud, con el objeto de que la institución utilice dentro o fuera de sus instalaciones, en forma parcial o total, los servicios que el banco presta.

BIOSEGURIDAD: Es el conjunto de normas y procedimientos que garantizan el control de los factores de riesgo, la prevención de impactos nocivos y el respeto de los límites permisibles sin atentar contra la salud de las personas que laboran y/o manipulan elementos biológicos, técnicas

bioquímicas, experimentaciones genéticas y sus procesos conexos, e igualmente garantizan que el producto de estas investigaciones y/o procesos no atenten contra la salud y el bienestar del consumidor final ni contra el ambiente.

CENTRO DE PROCESAMIENTO DE PLASMA Y SUERO: Es toda instalación destinada al procesamiento industrial de plasma o suero humano con el objeto de obtener sus hemoconcentrados o fraccionados para destinarlos a fines preventivos, terapéuticos, de diagnóstico o de investigación.

DONANTE DE SANGRE: Persona que previo el cumplimiento de los requisitos señalados en este Decreto, da, sin retribución económica y a título gratuito y para fines preventivos, terapéuticos, de diagnóstico o de investigación, una porción de su sangre en forma voluntaria, libre y consciente.

FLEBOTOMIA TERAPÉUTICA. Es el procedimiento mediante el cual se extrae sangre a un paciente con el objeto de reducir el exceso de eritrocitos.

HEMODERIVADO O COMPONENTE SANGUÍNEO: Es la parte que se obtiene mediante su separación de una unidad de sangre total, utilizando medios físicos o mecánicos, tales como sedimentación, centrifugación, congelación o filtración.

HEMOCONCENTRADOS O FRACCIONADOS DE LA SANGRE. Son las partes que se obtienen del plasma sanguíneo, mediante la utilización de procesos industriales adecuados para la separación de proteínas plasmáticas.

LEUCOFERESIS. Es el procedimiento mediante el cual, se extrae de un donante sangre total con el objeto de obtener concentrado de leucocitos, con o sin plaquetas, y reinfundirle los glóbulos rojos y el plasma no utilizado, con o sin plaquetas.

PUESTO FIJO DE RECOLECCIÓN DE SANGRE. Es toda instalación permanente dependiente de un banco de sangre, destinado únicamente a la recolección de sangre total.

PUESTO MÓVIL DE RECOLECCIÓN DE SANGRE. Es toda instalación dependiente de un Banco de Sangre transportable, dotada con los equipos

de recolección necesarios para obtener sangre total o uno de sus componentes con destino a un banco de sangre.

PROCESAMIENTO DE SANGRE. Es cualquier procedimiento técnico, científico, realizado después de la recolección de una unidad de sangre total y antes de que ésta se destine para fines preventivos y/o terapéuticos, para obtener sus hemoderivados o componentes o destinarla para la producción industrial de los mismos, así como para fines de investigación, en orden a determinar su calidad e inocuidad.

PLASMAFERESIS. Es el procedimiento mediante el cual, se extrae de un donante sangre total, con el objeto de hacer la separación física del plasma y reinfundir el concentrado de células sanguíneas al respectivo donante.

PLAQUETAFERESIS. Es el procedimiento mediante el cual, se extrae de un donante sangre total con el objeto de obtener concentrado de plaquetas y reinfundirle los glóbulos rojos y el plasma no utilizado.

PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD. Son los procedimientos realizados por los servicios de transfusión o los Bancos de Sangre, previos a la transfusión con

el fin de asegurar la selección adecuada de la unidad de sangre o los componentes a trasfundirse.

PRUEBA CRUZADA. Es el procedimiento de laboratorio, realizado por los bancos de sangre o servicios de transfusión, mediante el cual se pone en contacto suero del receptor con glóbulos rojos del donante, con el objeto de determinar su compatibilidad.

RED NACIONAL DE BANCOS DE SANGRE. Es un sistema de coordinación técnico, administrativo y asistencial que permiten desarrollar, organizar, supervisar y evaluar con el propósito de garantizar el suministro suficiente, oportuno y seguro de la sangre y sus hemoderivados en el Territorio Nacional.

SELLO NACIONAL DE CALIDAD DE SANGRE. Es el certificado de carácter público que se deberá adherir, bajo la responsabilidad del Director del Banco de Sangre, a toda unidad de sangre o componente que garantice la práctica de las pruebas obligatorias establecidas en el presente decreto con resultados no reactivos.



SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA. Es la organización técnico - científica y administrativa de una institución médica o asistencial, destinada a la transfusión de sangre total o de sus componentes provenientes de un banco de sangre.

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA. Es el procedimiento por medio del cual, previa formulación médica y practicadas las pruebas de compatibilidad a que haya lugar, se le aplica sangre total o alguno de sus componentes a un paciente con fines terapéuticos o preventivos.

UNIDAD: Es el volumen de sangre total o uno de sus componentes, provenientes de un donante único de quien se recolecta.

Artículo 4o. La sangre humana solo podrá ser extraída utilizada sin ánimo de lucro, con fines preventivos, terapéuticos, de diagnóstico en seres humanos o para investigaciones científicas.

Artículo 5o. La obtención de la sangre humana y la práctica de cualquiera de las actividades a que se refiere el artículo 2o. de este Decreto, sólo podrá hacerse en instituciones médico asistenciales, servicios de medicina

transfusional y bancos de sangre que hayan obtenido licencia sanitaria de funcionamiento, para tal fin, expedida por la autoridad sanitaria competente.

Artículo 6o. En casos de emergencia o calamidad pública la sangre se considerará de interés social público y como consecuencia de ello, las Direcciones Seccionales de Salud en coordinación con el Ministerio de Salud podrá disponer de la sangre y sus derivados que se encuentren almacenados y disponibles en los bancos que conformen la Red Nacional de Bancos de Sangre.

Parágrafo primero. En caso de emergencia o calamidad pública, los bancos de sangre cualquiera que sea su categoría estarán en la obligación de participar en el plan de emergencia que diseñe el Ministerio de Salud, las Direcciones de Salud o la Red Nacional de Bancos de Sangre, con el suministro de sangre o sus derivados; so pena de la aplicación de las sanciones previstas en el presente decreto.

Parágrafo segundo. Cada Banco de Sangre cualquiera que sea su categoría deberá diseñar e implementar su propio plan de emergencia para atender sus propias necesidades y participar en el plan de emergencia nacional o regional.

Parágrafo tercero. En casos de emergencia o calamidad pública, la obtención y transfusión de sangre podrá hacerse en lugares distintos de los establecimientos autorizados oficialmente, bajo la supervisión de la autoridad sanitaria competente o la responsabilidad exclusiva de médicos o profesionales de la salud calificados.

Parágrafo cuarto. La sangre que se ha recolectado en situaciones de emergencia o calamidad pública, con el fin de garantizar su seguridad e inocuidad, deberá ser sometida a las pruebas señaladas en el artículo 42 del presente Decreto. Igualmente deberá ser conservada y transportada en condiciones técnicas apropiadas de refrigeración que impidan su alteración o deterioro.

Artículo 7o. Las tarifas que establezcan los bancos de sangre para las actividades a que se refiere el artículo segundo con excepción de la donación deberán estar debidamente sustentadas por un estudio de costos respecto de los procedimientos y pruebas señaladas en el presente decreto.

Las Direcciones Seccionales de Salud, controlarán y vigilarán lo dispuesto en el presente artículo.

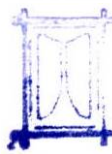
Artículo 10. Para efectos de la vigilancia y control correspondientes, todo banco de sangre deberá ser dependiente de o vinculado a una entidad de carácter hospitalario.

En uno u otro caso los bancos de sangre requieren Licencia Sanitaria de Funcionamiento, distinta de aquella que corresponda a la institución con la cual existan nexos de dependencia o vinculación.

Parágrafo. Un banco de sangre podrá estar vinculado a una o varias instituciones prestatarias de servicios asistenciales de salud.

Artículo 11. Solamente los bancos de sangre de categoría A de origen público podrán ser autorizados por las Direcciones Seccionales de Salud como Bancos de Referencia y cumplirán las siguientes funciones:

- a) Estandarizar técnicas y procedimientos en cuanto a obtención de sangre y procesamiento de la misma, conforme a las normas técnico - científicas que expida el Ministerio de Salud.
- b) Supervisar cuando sea la institución de mayor tecnología de su área de influencia y cuando la Dirección Seccional de Salud lo determine, la práctica de los procedimientos y técnicas utilizadas en los bancos de sangre de su área de influencia.



- c) Colaborar en el entrenamiento y actualización del personal técnico de los bancos de sangre y servicios de transfusión.
- d) Adelantar todas las actividades necesarias para desarrollar el programa de garantía de calidad, que adopte el Ministerio de Salud.
- e) Servir de organismo asesor de las Direcciones Seccionales, distritales y locales de salud y consultor de otros bancos de sangre.
- f) Desarrollar programas de educación en los campos de la inmunohematología y medicina transfusional conforme lo disponga el Ministerio de Salud.
- g) Crear y mantener un banco de datos de donantes con grupos sanguíneos de baja frecuencia.
- h) Realizar investigaciones en temas relacionados con la Medicina transfusional y los Bancos de Sangre.
- i) Promover y desarrollar programas y convenios tendientes a estimular la donación voluntaria y altruista de sangre.
- j) Procesar y mantener la información establecida para la Red Nacional de Bancos de Sangre.
- k) Las demás que se establezcan por la Dirección Nacional para el buen funcionamiento de la Red Nacional de Bancos de Sangre.

Artículo 12. Los bancos de sangre, cualesquiera que sea su categoría, requieren, como mínimo para su funcionamiento, de una planta física que permita distribuir adecuadamente las siguientes áreas:

- a) Sala de recepción y observación
- b) Sala para la práctica del examen médico del donante y obtención de su sangre.
- c) Laboratorio para procesamiento de sangre
- d) Área para la práctica de las pruebas serológicas de detección de agentes infecciosos.

Parágrafo. Las áreas a que se refiere este artículo, deberán mantenerse en condiciones sanitarias adecuadas y guardar independencia y acceso restringido, a fin de evitar interferencias o contaminación.

Artículo 13. Los bancos de sangre, cualesquiera que sea su categoría requieren como mínimo entre otros para su funcionamiento de la siguiente dotación y suministros.

- a) Camillas o sillas adecuadas para la extracción de sangre.
- b) Nevera o depósito frío para el almacenamiento de sangre o de sus componentes, con sistema de registro y control de temperatura entre 1° y

6°C, así como de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que la sangre almacenada pueda deteriorarse.

- c) Congelador con un registro y control de temperatura por debajo de menos dieciocho grados centígrados (-18°C), con sistema de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse.
- d) Centrífugas dotadas de sistema de control de velocidad y tiempo.
- e) Microcentrífuga, espectrofotómetro o hemoglobínómetro, así como cualquier otro sistema apropiado para determinar concentraciones de hematocrito y hemoglobina.
- f) Equipo con control de temperatura para incubación de pruebas, tipo baño serológico, estufa o bloque de color seco.
- g) Equipos y reactivos para pruebas de diagnóstico de sífilis, hepatitis B, virus de inmunodeficiencia humana y otras enfermedades transmisibles por la sangre que, previa calificación del Consejo Nacional de Bancos de Sangre y el Ministerio de Salud constituyan un problema de salud pública.
- h) Reactivos para la determinación de grupos sanguíneos correspondientes a los sistemas A, B, O, Rh.
- i) Equipos de esterilización
- j) Tensiometro
- k) Estetoscopio

- l) Equipos par peso de donantes
- m) Balanzas para determinar el peso de las unidades de sangre recolectadas.
- n) Serofugas
- o) Nevera para el almacenamiento de sueros y reactivos, con termómetro interno para control de temperatura.
- p) Equipo separador de plasma
- q) Pinza exprimidora de tubo piloto
- r) Sistema de sellamiento del tubo piloto
- s) Pipetas automáticas
- t) Microscopio parasitológico binocular
- u) Lámpara para la lectura de pruebas con visor de aglutinación.

Parágrafo primero. El almacenamiento de sangre, componentes, y reactivos a que se refieren los literales b), g), y h) del presente artículo, podrá hacerse en una sola nevera o depósito frío que por sus condiciones permitan su adecuada conservación, distribución y separación.

Parágrafo segundo. Los bancos de sangre que transitoriamente no cuenten con los elementos descritos en el literal g) deberán enviar, ya sea la sangre

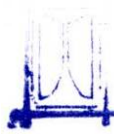
recolectada o una muestra de ella, al Banco de Sangre de Referencia o a otro mayor de igual categoría para las pruebas necesarias.

Parágrafo tercero. Los bancos de sangre, cualesquiera que sea su categoría, deberán disponer un botiquín de primeros auxilios, el cual debe contar con los equipos necesarios para el manejo de reacciones adversas a la donación. Los servicios de transfusión, además, dispondrán de los elementos necesarios para el manejo de reacciones adversas a la transfusión, de acuerdo con las Normas Técnicas que expida el Ministerio de Salud.

Parágrafo Cuarto. El personal que labora en los bancos de sangre y servicios de transfusión deberá utilizar ropa de trabajo y elementos de protección que garanticen condiciones higiénico-sanitarias y de bioseguridad.

Artículo 14. Los bancos de sangre pertenecientes a la categoría A, requieren para su funcionamiento, además de los requisitos del artículo 12 y 13 del presente decreto, los siguientes elementos:

a) Congelador a menos de treinta grados centígrados (-30°C), con sistema de registro y control de alarma audible que alerte cambios próximos al



- límite en que pueda deteriorarse su contenido, destinado para el almacenamiento de los componentes sanguíneos que se procesen.
- b) Centrífuga refrigerada para separación de componentes sanguíneos
 - c) Agitador o rotador de plaquetas
 - d) Para aquellos bancos de sangre categoría A que además sirvan como de referencia dentro de la red de Bancos de Sangre deberán tener reactivos par pruebas de detección, e identificación de anticuerpos irregulares, así como los necesarios para determinar otros grupos sanguíneos correspondientes a los sistemas diferentes del A-B-O y antígeno D del Sistema Rh.
 - e) Contar con un sistema de eliminación o incineración de desechos biológicos, cumpliendo con la resolución sobre desechos sólidos especiales expedida por el Ministerio de Salud.

Parágrafo primero. El Ministerio de salud podrá establecer otros requisitos complementarios de dotación a los establecidos en el presente artículo.

Parágrafo segundo. El Ministerio de Salud determinará los elementos, que del conjunto de los equipos utilizados para la toma o transfusión de sangre o de sus componentes, deberá ser de uso único individual y desechable.

Artículo 15. Cuando por razones de las circunstancias se requiera someter a esterilización materiales utilizados en la recolección de sangre o sus componentes, el equipo que se use para estos efectos deberá tener las condiciones técnicas que garanticen la destrucción de agentes infecciosos o contaminantes.

Artículo 16. La utilización de materiales, antisueros y reactivos deberá hacerse atendiendo las instrucciones dadas por el fabricante. Su empleo se sujetará a las normas que sobre control de calidad se expidan oficialmente.

Artículo 17. Con el fin de asegurar el normal funcionamiento de los equipos señalados en este Decreto, su mantenimiento deberá hacerse con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de uso corriente.

Artículo 18. Las bolsas de sangre o componentes que se utilicen con fines terapéuticos deberán tener adherida, como mínimo, la siguiente información:

a) Nombre, categoría y dirección del banco de sangre que practicó la recolección y el procesamiento, así como el número de la Licencia Sanitaria de Funcionamiento otorgada al Banco de Sangre

- b) Número del registro de la bolsa
- c) Nombre del producto, especificando si es sangre total o componente.
- d) Identificación del donante, diferente de su nombre.
- e) Día, mes y año de recolección y expiración de la unidad de sangre o componente procesado.
- f) Clasificación sanguínea que incluya, por lo menos, grupo sanguíneo de acuerdo con el sistema A-B-O y antígeno D del sistema Rh.
- g) Recomendaciones para su almacenamiento
- h) Nombre genérico del anticoagulante utilizado, proporción del mismo y volumen total.
- i) Sello Nacional de Calidad de Sangre, normatizado por el Ministerio de Salud, y aplicado bajo la responsabilidad del Director del Banco de Sangre cualquiera que sea su categoría.

Parágrafo. Además de los resultados de las pruebas practicas por cada uno de los bancos de sangre, indicados en el Sello Nacional de Calidad la bolsa de sangre deberá indicar los resultados de otras pruebas que, por razón de la región, situaciones especiales o previsión sanitaria, ordenen las respectivas direcciones seccionales de salud, las cuales serán de obligatorio cumplimiento por las entidades públicas y privadas de salud del área de su jurisdicción.

Artículo 19. Cuando en la identificación de la clasificación sanguínea se utilice el método de codificación por color, ésta deberá atender a las normas internacionales a saber:

Grupo A: Amarillo

Grupo B: Rosado

Grupo AB. Blanco enmarcado en negro

Grupo O: Azul

Artículo 20. Los bancos de sangre, cualquiera que sea su categoría estarán exclusivamente bajo la dirección técnica de un médico, debidamente registrado ante el Ministerio de Salud o su autoridad delegada, con experiencia y entrenamiento debidamente acreditados ante dicha autoridad sanitaria.

Artículo 21. El director del banco de sangre a que se refiere el artículo anterior, velará por que se garantice la correcta aplicación de las normas existentes para el procesamiento de sangre total o de sus derivados, el visado del sello nacional de calidad, y además responderá por los actos técnicos, científicos y administrativos que en él se ejecuten.

Artículo 22. El personal técnico y científico que cumpla en los bancos de sangre y los servicios de transfusión funciones distintas de la dirección, deberán tener la idoneidad, conocimientos y/o práctica suficiente en las técnicas inmunohematológicas y de banco de sangre, de manera tal que garanticen en el producto final las condiciones de seguridad y efectividad requeridas para su utilización.

Artículo 23. Requisitos para el funcionamiento de los servicios de transfusión sanguínea. Las instituciones médicas y asistencias que cuenten con el servicio de tansfusión sanguínea deberán cumplir con los siguientes requisitos mínimos de dotación y suministros:

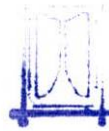
- a) Nevera o depósito frío par ala conservación de sangre, con sistemas de registro y control de temperatura entre 1°C y 6°C, así como de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que la sangre almacenada pueda deteriorarse.
- b) Congelador para la conservación de plasma o crioprecipitado cuando estos requieran almacenarse y con sistema de registro y control de temperatura por debajo de menos dieciocho grados (-18°C), así como de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse.
- c) Serófuga

- d) Lámpara para lectura de pruebas con visor de aglutinación
- e) Equipo con control de temperatura para incubación de pruebas tipo baño serológico, estufa o bloque de calor seco.
- f) Reactivos para realizar las pruebas de compatibilidad en los casos que no hayan sido practicadas en el banco que suministre la sangre.

Parágrafo. El Ministerio de Salud podrá establecer otros requisitos complementarios de dotación a los establecidos en el presente artículo.

Artículo 24. De la Red Nacional de Bancos de Sangre. Créase la Red Nacional de Bancos de Sangre, como un sistema técnico administrativo cuyo objeto es la integración funcional de los Bancos de Sangre del subsector público y privado cualesquiera que sea su categoría y su carácter, a través de la coordinación de actividades técnicas y administrativas para el desarrollo de programas del sector salud relacionados con el uso adecuado de la sangre y hacer accesible a toda la población la sangre y sus derivados de óptima calidad, en forma oportuna y suficiente y como medio de vigilancia epidemiológica.

Artículo 25. De la Organización. La Red Nacional de Bancos de Sangre tendrá la siguiente estructura y organización:



a. La Dirección Nacional estará a cargo de un comité técnico, integrado de la siguiente manera:

El Director del Instituto Nacional de Salud o su delegado, quien lo presidirá.

El Director General de Prevención y Control del Ministerio de salud o quien haga sus veces o su delegado.

El Director General para el desarrollo de Servicios de Salud del Ministerio de Salud o quien haga sus veces o su delegado.

El Jefe de la Oficina de Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud o quien haga sus veces.

El Subdirector de Prevención en Salud y control de patologías del Ministerio de Salud o quien haga sus veces.

El Subdirector de Apoyos a servicios de Salud del Ministerio de Salud o quien haga sus veces.

El Director del Banco de Sangre de la Cruz Roja Colombiana.

b. La Coordinación Nacional de la Red de Bancos de sangre estará a cargo del Instituto Nacional de Salud

c. La coordinación seccional o distrital estará a cargo de los directores seccionales o distritales de salud.

Artículo 26. Funciones: el comité técnico de que trata el artículo anterior tendrá las siguientes funciones:

- a) Establecer mecanismos para la coordinación de la infraestructura operacional que permita atender en forma adecuada y oportuna el suministro de sangre en todo el territorio nacional.
- b) Proponer mecanismos que permitan mejorar el funcionamiento de los Bancos de Sangre en consonancia con las normas técnicas y administrativas que establezca el Ministerio de Salud.
- c) Proponer lineamientos de referencia y contrareferencia que permita organizar y coordinar acciones, funciones y recursos para que los Bancos de Sangre ofrezcan un nivel óptimo de cobertura y calidad.
- d) Definir mecanismos de asistencia técnica y control de los Bancos de sangre y hemoderivados.
- e) Proponer programas de educación continuada, capacitación de personal y adiestramiento en servicio para los funcionarios responsables de los programas que se adelanten a través de las coordinaciones seccionales de Bancos de Sangre.
- f) Proponer funciones adicionales a las establecidas en este Decreto que le corresponda acometer a los Bancos de Sangre de Referencia.
- g) Las demás que le señale el Ministerio de Salud.

Artículo 27. De la Coordinación Nacional. Son funciones de la Coordinación de la red Nacional de Bancos de Sangre las siguientes:

- a) Ejecutar y desarrollar las políticas establecidas por el Comité Técnico de la Red Nacional de Bancos de Sangre o las que establezca el Ministerio de Salud.
- b) Organizar y sistematizar el recurso de información de la red para que integre el sistema
- c) Preparar el programa anual de actividades y presentarlo al Comité técnico de la Red Nacional de Bancos de Sangre.
- d) Las demás que le señale el Ministerio de Salud.

ANEXO 10**DECRETO NÚMERO 1917****5 AGO. 1994**

Por el cual se reglamenta parcialmente el Decreto Ley 1298 de 1994, en cuanto a los requisitos técnico - sanitarios para el funcionamiento, acreditación y licenciamiento de los Laboratorios Clínicos y de Salud Pública y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

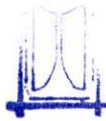
EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales y en especial de las que le confieren el ordinal 11 del artículo 189 de la Constitución Política.

DECRETA:**CAPÍTULO I****ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES**

Artículo 1. La salud es un bien de interés público. En consecuencia son de orden público las disposiciones contenidas en el presente decreto, que regulan todas las actividades relacionadas con los Laboratorios Clínicos y Laboratorios de Salud Pública, tanto oficiales como privados y las condiciones técnico - sanitarias que deben cumplir estos, para su funcionamiento, acreditación y licenciamiento.

Artículo 2. Para efectos del presente decreto, adóptanse las siguientes definiciones:



LABORATORIO CLÍNICO. Es el servicio, en el cual se realizan los procedimientos de análisis de especímenes biológicos de origen humano, como apoyo a las actividades de diagnóstico, prevención, tratamiento, seguimiento, control y vigilancia de las enfermedades, de acuerdo con los principios básicos de cantidad, calidad, oportunidad y racionalidad.

LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA. Es el establecimiento público encargado de realizar actividades de diagnóstico, referencia, contrarreferencia, control de calidad, capacitación e investigación en apoyo a la vigilancia epidemiológica, prevención, control, rehabilitación y seguimiento que se adelantan en atención a las personas y al ambiente, mediante esfuerzos integrados de los laboratorios tanto oficiales como privados para contribuir a la solución de los problemas de salud pública de su área de influencia.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD: Es el laboratorio de referencia de mayor complejidad, cabeza de Red Nacional de Laboratorios, adscrito al Ministerio de Salud y vinculado para su desarrollo a organismos internacionales de salud, encargado de la referencia, contrarreferencia, control de calidad, elaboración de manuales de técnicas y procedimientos de laboratorio, capacitación, asistencia técnico administrativa e investigación a nivel

nacional, con el propósito de coordinar las acciones de vigilancia, prevención, control, rehabilitación y seguimiento de los laboratorios de salud pública, así como de los laboratorios clínicos oficiales y privados, que se realizan en el área de atención a las personas y al ambiente.

LABORATORIO ZONAL DE SALUD PÚBLICA. Es el establecimiento público de mayor complejidad y competencia ubicado en una determinada región geográfica del país cabeza de Red Zonal de Laboratorios, adscrito a la Red Nacional de Laboratorios, encargado de la referencia, contrarreferencia, control de calidad, elaboración de manuales de técnicas y procedimientos de laboratorio, capacitación, asistencia técnico administrativa e investigación a nivel zonal, para coordinar las acciones de vigilancia, prevención, control, rehabilitación y seguimiento que se realiza en atención a las personas y al ambiente mediante esfuerzos integrados del sector oficial y privado para contribuir a la solución de problemas de salud pública de la zona de influencia.

LABORATORIO SECCIONAL DE SALUD PÚBLICA. Es el laboratorio de salud de mayor complejidad y competencia dentro del departamento, cabeza de Red Departamental de Laboratorios, adscrito a la Red Nacional de Laboratorios, encargado de la referencia, contrarreferencia, control de

calidad, elaboración de manuales de técnicas y procedimientos de laboratorio, capacitación, asistencia técnico administrativa e investigación a nivel departamental, para coordinar las acciones de vigilancia, prevención, control, rehabilitación y seguimiento que se realiza en atención a las personas y al ambiente mediante esfuerzos integrados del sector oficial y privado para contribuir a la solución de problemas de salud pública de la zona de influencia.

LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL. Es el laboratorio de salud de mayor complejidad y competencia ubicado en cabecera municipal con un millón quinientos o más habitantes, adscrito a la Red Nacional de Laboratorios, encargado de la referencia, contrarreferencia, control de calidad, elaboración de manuales de técnicas y procedimientos de laboratorio, confrontación, asistencia técnico administrativa e investigación a nivel municipal, para coordinar las acciones de vigilancia, prevención, control, rehabilitación y seguimiento que se realiza en atención a las personas y al ambiente mediante esfuerzos integrados del sector oficial y privado para contribuir a la solución de problemas de salud pública de la zona de influencia.

LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DE FRONTERA. Es el laboratorio de salud pública ubicado en sitio fronterizo, adscrito a la red Nacional de Laboratorios que por su situación geográfica, permite desplazamientos poblacionales permanentes que ameriten ofrecer una vigilancia epidemiológica intensificada especial con apoyo del laboratorio de salud pública departamental.

LABORATORIO ESPECIALIZADO. Es el laboratorio oficial o privado encargado de realizar técnicas y procedimientos y diagnóstico o pruebas confirmatorias en una determinada disciplina.

LABORATORIO DEPENDIENTE. Es aquel que desde el punto de vista institucional, patrimonial, administrativo laboral, técnico, científico, presupuestal y financiero, constituyen una unidad integral con la institución a la cual pertenecen.

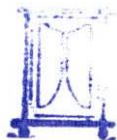
LABORATORIO INDEPENDIENTE. Es aquel que ostenta patrimonio propio e independiente, autonomía administrativa, presupuestal y financiera y cuenta con una orientación y dirección autónoma, prestando sus servicios al público en general o la Institución que lo solicite.

RÉGIMEN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. Es el sistema técnico-administrativo del sector salud, que permite a los laboratorios públicos y privados en sus diferentes grados de complejidad, el envío de muestras, especímenes o pacientes y que implican la contrareferencia respectiva con una información oportuna y adecuada para el manejo integral de las enfermedades.

GRADO DE COMPLEJIDAD. Es la cualificación del recurso humano, tecnológico y complejidad de las pruebas que realiza el laboratorio, para apoyar el diagnóstico de los problemas de salud, de la población usuaria en su área de influencia.

EXAMEN DE LABORATORIO CLÍNICO URGENTE. Es aquel examen que por su característica clínica implica un informe preliminar transmitido por cualquier medio de comunicación rápido disponible, de acuerdo a las normas técnicas y procedimientos de los laboratorios, siendo sustentados posteriormente por escrito.

EXAMEN DE LABORATORIO CLÍNICO PRIORITARIO. Es aquella prueba que por concepto médico dado la gravedad o pronóstico de la enfermedad



del paciente debe ser realizada preferencialmente, que permita adoptar conductas terapéuticas oportunas.

EXAMEN DE LABORATORIO CLÍNICO REGULAR. Es aquella prueba que por naturaleza y manejo clínico del paciente no implica urgencia ni prioridad y el reporte debe ser oportuno dentro del tiempo del proceso.

Parágrafo. El listado de exámenes urgentes, prioritarios y corrientes será determinado en el manual de indicadores técnicos, científicos y administrativos que para tal fin establezca el Ministerio de Salud.

CAPÍTULO II

DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS

Artículo 3. Clasificación. Para efecto del presente Decreto los laboratorios clínicos públicos y privados se clasificarán de acuerdo al recurso humano, tecnológico y complejidad de las pruebas que realicen, así como el grado de complejidad del organismo de salud al cual se halle adscrito o vinculado.

LABORATORIO CLÍNICO DE BAJA COMPLEJIDAD. Es aquel que cuenta con profesional(es) en bacteriología, con la tecnología que le permita

realizar las pruebas de laboratorio que apoyen el diagnóstico a los problemas básicos de salud, al igual que la referencia y contrarreferencia de la población usuaria.

LABORATORIO CLÍNICO DE MEDIANA COMPLEJIDAD. Es aquel que cuenta con profesionales del área de la salud con especialización en el laboratorio clínico, con la tecnología y áreas que le permita realizar exámenes de baja y mediana complejidad para apoyar el diagnóstico de los problemas de salud y la referencia y la contrareferencia de la población usuaria.

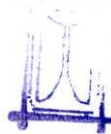
LABORATORIO CLÍNICO DE ALTA COMPLEJIDAD. Es aquel que cuenta con profesionales de la salud especializados en el laboratorio clínico, con tecnología avanzada y las áreas requeridas para realizar exámenes de baja, mediana y alta complejidad, dirigidos a apoyar el diagnóstico de los problemas de salud y la referencia y contrareferencia. Deberá estar en capacidad de apoyar la vigilancia epidemiológica de la población en su área de influencia.

CAPÍTULO III
DEL ÁREA FÍSICA DEL LABORATORIO UBICACIÓN Y CONDICIONES
AMBIENTALES

Artículo 4. Ubicación. Los laboratorios clínicos o de salud cualquiera que sea su categoría o clasificación deberá estar ubicado en un sitio de fácil acceso para la atención de los usuarios. Cuando se trate de clínicas y hospitales éste deberá estar situado preferiblemente en la planta baja del edificio, debidamente señalizado e integrado con los demás servicios.

Artículo 5. Iluminación. Los laboratorios clínicos o de salud deberán contar con suficiente y adecuada iluminación natural y artificial en todos los sitios de trabajo. Las ventanas deberán estar localizadas preferentemente a lo largo del laboratorio, con vidrios incoloros y transparentes. Cuando por orientación del edificio la luz solar entre directamente y el calor sea intenso se deberán usar sistemas adecuados de aislamiento.

La luz artificial debe proporcionarse con tubos fluorescentes con adecuada protección y localizados en el cielo raso a una altura no mayor de 2.50 metros.



La intensidad mínima de iluminación del laboratorio deberá estar entre 300 luxes; en los lugares donde es necesaria, ésta deberá estar por encima de 600 luxes.

Artículo 6. Ventilación. Los laboratorios clínicos o de salud cualesquiera que sea su categoría o clasificación deberán contar con ventilación natural y/o artificial (2.5 cambios de aire/hora). En los casos en que el laboratorio cuente con ventilación artificial, deberá tener un sistema de ventilación natural que garantice el cambio de aire. La instalación de aire acondicionado deberá cumplir con las siguientes especificaciones:

Si el recinto dispone de aire acondicionado "central" éste obligatoriamente debe tener un sistema de filtración que garantice un aire libre de contaminación y polución, sin recirculación de flujos.

En los sitios que trabajen con material infeccioso, el aire debe estar mantenido a una presión más baja, que en las áreas y corredores contiguos, a menos que estén equipados como áreas estériles.

En el área de microbiología la cámara de flujo laminar, no debe tener entrada de aire acondicionado; para evitar la turbulencia que perjudiquen su funcionamiento.

En algunas secciones como parasitología, esterilización, preparación de medios, y en el depósito de reactivos, deben instalarse extractores que impulsen el aire a razón de 80 pies³/minuto; independientes del sistema general de ventilación para evitar la acumulación de gas y su circulación por los ductos de ventilación.

Artículo 7. Temperatura. La temperatura en los laboratorios cualquiera que sea su clasificación deberá estar entre 15 y 25 grados centígrados. En climas de temperatura máxima superior a los 22 grados centígrados, es necesario instalar equipos de aire acondicionado.

Artículo 8. Acústica. El laboratorio debe estar alejado de vías de intenso tráfico, para evitar que los ruidos perturben el trabajo del personal del laboratorio, en caso contrario deben tomarse las medidas de aislamiento necesarias para disminuir el ruido en el sitio de trabajo.

Parágrafo. En lo referente a valores permisibles, se cumplirá con los límites reglamentados por el Ministerio de trabajo y Seguridad Social, en la resolución No. 001792 de 1990, para la exposición ocupacional al ruido.

Artículo 9. Vibración. La cercanía a las vías vehiculares perjudica los instrumentos de precisión por causa de la vibración transmitida en tal caso es indispensable tomar las medidas necesarias para su neutralización.

Artículo 10. Humedad. Los laboratorios cualesquiera que sea su clasificación deberán estar libre de humedad para garantizar una buena conservación de los equipos. La humedad relativa debe estar entre 50 y 60%.

Artículo 11. Pisos. Los pisos deberán cumplir las siguientes condiciones: ser uniformes, impermeables, sólidos, resistentes, antideslizantes, incombustibles y de fácil limpieza y esterilización (granito pulido, baldosa, retal de mármol, baldosa cerámica de tráfico pesado), nivelación adecuada que facilite el drenaje de material que no transmita ruido y las uniones con paredes o muros llevarán guardaescobas a media caña.

Artículo 12. Cielos rasos, techos y paredes o muros. Deberán cumplir con las siguientes condiciones: ser impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura, incombustibles, de superficie lisa y que los materiales usados para sus terminados no contengan sustancias tóxicas, irritantes o inflamables, cubiertos con materiales lavables y de fácil limpieza (baldosín de porcelana o pintura acrílica, en color blanco o paste) que cumplan condiciones de asepsia y con módulos removibles.

Artículo 13. Mesones. Estos deberán cumplir con las siguientes condiciones: superficie superior terminada según las siguientes alternativas: lámina de acero inoxidable, enchapados en baldosín de cerámica, filos en perfil de aluminio, pocetas y escurrideros con salpicadero en acero inoxidable, en granito pulido, pintura epóxica, fórmica post-formada, con dimensiones: altura 0.90 mts. o 0.75 mts (para microscopia), ancho= 0.60 mts. a 0.75 mts (de acuerdo al tipo de equipo).

Se debe prever espacios libres, sin entrepaños en los sitios de trabajo del personal y debajo de las áreas correspondientes a pocetas y los antepechos deben tener una altura sobre el mesón de 0.40 mts (para protección de los equipos).

Artículo 14. Instalaciones. Todas las áreas del laboratorio deberán contar con instalaciones eléctricas, sanitarias e hidráulicas. Las tuberías para el suministro de agua y la corriente eléctrica deben estar plenamente identificadas.

- a) Instalación eléctrica. Debe contar con un sistema eléctrico independiente, de acuerdo a las normas ICONTEC, con corriente para 110 y 120 V identificada plenamente.
- b) Instalaciones hidráulicas: las instalaciones hidráulicas deben ser adecuadas y suficiente para las necesidades del laboratorio en los aspectos de localización y presión.

En cada área debe existir un lavamanos, utilizando preferiblemente el tipo de grifo que se acciona con el pie o con el codo.

En la sección de química instalar una regadera de presión y una lava-ojos, necesarios en caso de accidentes, con su respectivo sifón de piso.

En los laboratorios de mediana y alta complejidad es conveniente instalar, tubería de sifones y cañerías con material anticorrosivo, con un diámetro mínimo acorde al volumen de líquido a evacuar.



Artículo 15. Áreas. En la planeación de las áreas del laboratorio se debe tener en cuenta el tamaño y las condiciones epidemiológicas de la población, que tienen relación con el índice de la demanda del servicio. En la organización estructural debe considerarse un área administrativa, un área técnica y un área de servicios generales.

En el diseño de los espacios del laboratorio, las áreas públicas y las áreas de trabajo deben estar claramente separadas, para garantizar un flujo libre y eficiente.

El área de trabajo analítico, debe ser un recinto con control de acceso, que limite la entrada a personas ajenas al laboratorio, en cuanto a las áreas:

1. ÁREA ADMINISTRATIVA

- a) Sala de espera. Se dispondrá un espacio amplio, con adecuada iluminación y ventilación ubicado a la entrada del laboratorio. Estará equipado con sillas suficientes, de acuerdo al volumen de usuarios a atender. El área por persona debe ser 0.8 m².
- b) Recepción. Debe contarse con un área independiente localizada a la entrada del laboratorio, donde el personal reciba las muestras y de

información a los usuarios. Los laboratorios deben disponer de un área mínima de 4 m² por recepcionista.

- c) Área de dirección. Debe existir un área en el laboratorio para dirigir las actividades técnicas administrativas, que podrá compartir con la oficina del secretariado y archivo en los laboratorios de baja complejidad, mínima de 6 m². En los laboratorios de mediana y alta complejidad funcionará independiente.

2. ÁREA TÉCNICA

- a) Toma de muestras; debe existir un área dedicada exclusivamente para toma de muestras. En los laboratorios de baja complejidad se dispondrá de dos cubículos para la toma de muestras de sangre y ginecológicas. Los laboratorios de mediana y alta complejidad contarán además con un cubículo para toma de muestras de niños y microbiológicas. Cada cubículo tendrá como mínimo 2x3 metros. Se tiene de referencia 50 personas/días a atender por cada cubículo.
- b) Toma de muestras de sangre. Debe estar diseñada de tal forma que los pacientes no tengan acceso al área técnica. Todas las flebotomías deberán ser realizadas con material desechable. Se dispondrá en esta área de instrucciones escritas para proceder a un tratamiento de urgencias.

- c) Toma de muestras ginecológicas. Contará con una mesa para examen ginecológico, lámpara cuello de cisne, espéculos preferiblemente desechables y material necesario para realizar este procedimiento. Se requiere que este cubículo cuente con un baño o con proximidad a él.
- d) Toma de muestras de niños y microbiológicas: los cubículos de toma de muestras de niños y microbiológicas para tomar las muestras de cultivos en los laboratorios de mediana y alta complejidad, cumplirán los mismos requisitos de dimensiones, equipamiento e instalaciones, que los ya relacionados.
- e) Preparación de muestras y lavado de material: Debe existir un área de distribución y preparación de las muestras que colinde con el área de toma de muestras. En los laboratorios de baja complejidad, ésta área se utilizará también para el lavado de material, en los de media y alta complejidad, funcionará como un área independiente. Las dimensiones requeridas se calcularán de acuerdo a la complejidad del laboratorio y el número de personas que allí laboran. Los mesones de trabajo tendrán cubierta de acero inoxidable de 90 cm de altura x 75 cm de ancho, con dos fregaderos del mismo material, de unas dimensiones mínimas de 50x50x40 cms. Estos fregaderos se destinarán, uno para lavado y el otro para los procedimientos de coloración. El material de las áreas de bacteriología, parasitología y orinas en los laboratorios de mediana y alta

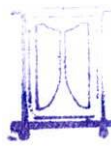
complejidad se lavarán por separado en el lugar cerca de donde se utilizan para evitar contaminaciones.

- f) Área de Proceso. en el laboratorio clínico de baja complejidad deberá contar como mínimo con las siguientes secciones: química, hematología, patología anatómica, inmunología, microbiología, uroanálisis, parasitología, preparación de muestras y lavado de material. Estas secciones pueden funcionar en un solo espacio. En los laboratorios clínicos de mediana complejidad deberá contar como mínimo con las secciones antes enunciadas. Sus áreas de proceso se organizarán por módulos independientes de acuerdo a la demanda. En los laboratorios clínicos de alta complejidad se utilizará un sistema modular que permita reemplazar o adicionar espacios de acuerdo a las necesidades. Cada módulo deberá contener un área para lavado de material y preparación de muestras. Debe considerarse dejar espacios libres entre los mesones de trabajo que se ubicarán en el piso (autoanalizadores, neveras, otros).
- g) Área de microbiología: los laboratorios de mediana alta y complejidad deben contar con un módulo destinado a cultivos microbiológicos, cerrado, con ventilación adecuada y provisto de campana de flujo laminar. Dispondrá de dos espacios, el cuarto estéril para el proceso de siembra, con antecámara que dé acceso a esta área, tendrá suministro de aire filtrado y presión positiva; y el área de lavado y preparación del material

que dispondrá de un mesón destinado a la esterilización y preparación de medios de cultivo.

h) Almacén: es necesario disponer de un almacén ubicado en un sitio apropiado de acuerdo al diseño de cada laboratorio, con un área mínima de un metro cuadrado por cada veinticinco pacientes que atienda. Las características del mismo deben ser:

- Las paredes y puertas deben estar construidas en material no inflamable.
- Debe garantizarse un buen cambio de aire con eliminación de vapores. La temperatura lo más baja posible y el ambiente seco.
- El piso del almacén deberá contar con un sifón
- Los anaqueles deben estar a una altura no mayor de dos metros.
- El estante más bajo debe ser de hormigón para almacenar ácidos.
- Debe cargarse en un estricto orden de almacenaje, teniendo en cuenta su composición química primordialmente.
- Los ácidos y sustancias corrosivas se almacenarán en un área construida en material incombustible, ventilación al exterior, extractores de humos y vapores, con instalaciones adecuadas para el control de incendios.
- Los solventes, éter y alcohol, se almacenarán por separado.
- Los reactivos y medios de cultivos estarán en un área de temperatura y humedad controlada.



- Las que necesitan estar en una temperatura de 4 grados centígrados o menos, se deben almacenar en refrigeradores o congeladores.
 - El material de vidrio, artefactos de uso general, papelería, estarán al resguardo de las variaciones de temperatura, humedad, polvo, insectos y roedores.
 - Los artículos o sustancias se deben ordenar siguiendo el orden del más antiguo al más reciente con un sello de fecha de llegada al almacén.
- i) Área de descanso, cafetería: cuando el laboratorio preste servicio nocturno dispondrá de un espacio para el descanso del personal que labora en la noche y el manejo de alimentos para el personal, deberá estar en un área independiente, bien delimitada y previamente definida para tal efecto.
- j) Servicios sanitarios y guardarropas: deberán contar con servicios sanitarios para el personal del laboratorio y para el público. Estos estarán separados por sexo y completamente aislados de las áreas técnicas. Contarán como mínimo con los siguientes aparatos: Un inodoro por cada 20 hombres, Un inodoro por cada 15 mujeres, Un lavamanos por cada 20 hombres y mujeres. Un orinal por cada 20 hombres. Tendrán vestieres adyacentes con casilleros individuales.

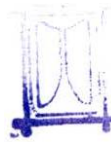
- k) Área de aseo: se considera conveniente contar con una pequeña área de aseo donde se laven y guarden los utensilios para hacer la limpieza del laboratorio.
- l) Área especial de basura: debe contar con una área específica para el depósito de basuras y desechos, ubicado en un sitio aislado de las áreas del laboratorio, con adecuada ventilación e instalaciones hidráulicas para el lavado y desinfección de los recipientes y cumplir con las condiciones técnico-sanitarias establecidas en el decreto 2104 de 1983 y especialmente con la resolución 2309 de 1986, expedida por el Ministerio de Salud para el manejo y disposición final de los desechos.

Artículo 16. Áreas mínimas en las laboratorios clínicos por grado de complejidad y de los laboratorios de salud pública.

- a) El laboratorio clínico de baja complejidad deberá contar con los siguientes ambientes o áreas:
- Recepción de muestras - entrega de resultados y área de espera
 - Administrativa (oficina secretaria y archivo)
 - Toma de muestras por flebotomía
 - Toma de muestras especiales
 - Técnica (área de procesamiento general)
 - Esterilización y lavado de material

- Almacén y depósito de reactivos
 - Baño para el público y para el personal
- b) El laboratorio clínico de mediana complejidad, además de lo anterior, deberá contar con ambientes separados para:
- Recepción de muestras y entregas de resultados
 - Toma de muestras para pediatría
 - Toma de muestras ginecológicas
 - Área de descanso (cuando haya turnos nocturnos)
 - Microbiología
 - Preparación, lavado de materiales y esterilización
 - Almacén y depósito de reactivos.
- c) El laboratorio clínico de alta complejidad, además de lo anterior, debería contar con ambientes separados para:
- Toma de muestras ginecológicas
 - Toma de muestras pediátricas
 - Hematología
 - Química
 - Inmunología
 - Microbiología
 - Hormonas
 - Toxicología

- Uroanálisis
- Parasitología
- Preparación de muestras y lavado
- Baños públicos
- Área de aseo y basuras
- Lockers
- Vestier y duchas
- Manejo de basuras hospitalarias.



ANEXO 11

DECRETO NÚMERO 1172

6 JUN. 1989

“Por el cual se reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley 09 de 1979, en cuanto a la obtención, preservación, almacenamiento, transporte, destino y disposición final de órganos o componentes anatómicos y los procedimientos para trasplantes de los mismos en seres humanos, así como la Ley 73 de 1988”.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el artículo 120 ordinal 3o. de la Constitución Política.

DECRETA:

TÍTULO I

DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I

DEFINICIONES

Artículo 1. Denomínase trasplante el reemplazo, con fines terapéuticos, de órganos o componentes anatómicos de una persona, por otros iguales o asimilables, provenientes del mismo receptor, o de un donante, vivo o muerto.

Artículo 2. Denomínase persona a todo individuo de la especie humana cualquiera que sea su edad, sexo, estado o condición.

La existencia de la persona principia con su nacimiento legal y termina con la muerte, la cual, para los efectos de trasplantes de órganos y componentes anatómicos, ocurre cuando se produce la muerte cerebral y ésta ha sido diagnosticada con arreglo al presente decreto.

Artículo 3 Denominase componentes anatómicos, los órganos, tejidos, células y en general todas las partes que constituyen un organismo.

Artículo 4. Denomínase donante a la persona, que durante su vida o después de su muerte, bien sea por su expresa voluntad o por la de sus deudos, se le extraen componentes anatómicos con el fin de utilizarlos para trasplantes en otra persona o con objetivos terapéuticos.

La donación se presume, de conformidad con el artículo 2o. de la Ley 73 de 1988 cuando una persona durante su vida se haya abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a que de su cuerpo se extraigan órganos o componentes anatómicos después de su fallecimiento, si dentro de los seis horas siguientes a la ocurrencia de la muerte cerebral o antes de la

iniciación de una autopsia médico - legal, sus deudos no acreditan su condición de tales ni expresan su oposición en el mismo sentido.

Artículo 5o. Denomínase receptor a la persona en cuyo cuerpo se implantan componentes anatómicos procedentes de otros organismos.

Artículo 6. Denominase órganos simétricos o pares, los situados a ambos lados del plano medio sagital del cuerpo humano, que tienen funciones iguales.

Artículo 7. Denomínase trasplante unipersonal o autoinjerto, el reemplazo de componentes anatómicos de una persona, por otros provenientes de su propio organismo.

Artículo 8. Para los efectos de la utilización de órganos y componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos, denomínase cadáver al cuerpo de una persona en el cual se ha producido muerte cerebral, diagnosticada de conformidad con el presente Decreto. Por lo mismo, es persona fallecida aquella cuyo cuerpo, de acuerdo con este artículo, se considera cadáver.

Artículo 9. Es muerte cerebral el fenómeno biológico que se produce en una persona cuando en forma irreversible se presenta en ella ausencia de las funciones del tallo encefálico, comprobada por examen clínico.

Para los efectos del diagnóstico de muerte cerebral previo a cualquier procedimiento destinado a la utilización de órganos o componentes anatómicos para fines de trasplantes u otros usos terapéuticos, deberá constatarse, por lo menos, la existencia de los siguientes signos:

1. Ausencia de respiración espontánea
2. Pupilas persistentemente dilatadas
3. Ausencia de reflejos pupilares a la luz
4. Ausencia de reflejo corneano
5. Ausencia de reflejos óculo vestibulares
6. Ausencia de reflejo faríngeo.

El diagnóstico de muerte cerebral no es procedente cuando en la persona exista cualquiera de las siguientes condiciones:

1. Alteraciones tóxicas y metabólicas reversibles;
2. Hipotermia inducida

En todo caso deberá comprobarse que la muerte cerebral, diagnosticada en la forma indicada en este artículo, no tenga modificación dentro de las seis (6) horas siguientes al primer diagnóstico.

Parágrafo. Cuando exista donación previa y con posterioridad al primer diagnóstico se demuestre la ausencia de flujo sanguíneo en el encéfalo, mediante angiografía o por cualquier otro procedimiento calificado por el Ministerio de Salud como definitivo para comprobarla, no será necesario tener en cuenta el lapso de seis horas a que se refiere el presente artículo.

Artículo 10. Denomínase implantación inmediata, el trasplante de órganos, componentes anatómicos o líquidos orgánicos obtenidos de un ser vivo, o de una persona después de su fallecimiento, sin que previamente hayan sido destinados para su conservación y utilización diferida por parte de un Banco de órganos.

Artículo 11. Denomínase implantación diferida, el trasplante realizado con órganos componentes anatómicos o líquidos orgánicos, cuando previamente hayan sido destinados a un proceso de conservación por parte de un Banco de órganos.

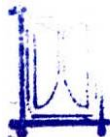
Artículo 12. Denominase Bancos de Órganos, las entidades que sin ánimo de lucro y previa Licencia de Funcionamiento otorgada por el Ministerio de Salud, se dedican a la obtención, preservación, almacenamiento y disposición de órganos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos, distintos de la sangre, provenientes de cadáveres de seres humanos, salvo las excepciones señaladas en el presente decreto.

CAPÍTULO II

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 13. El diagnóstico de muerte cerebral y la comprobación posterior sobre la persistencia de los signos de la misma señalados en el artículo 9 de este Decreto, deberán hacerse por dos o más médicos no interdependientes que no formen parte del equipo de trasplantes, uno de los cuales deberá tener la condición de especialista en ciencias neurológicas. Las actuaciones médicas sobre el particular serán inscritas en la historia clínica correspondiente, indicando la fecha y hora de las mismas y dejando constancia de su resultado, así como del diagnóstico definitivo.

Artículo 14. Cuando la muerte cerebral haya sido diagnosticada con sujeción a las disposiciones del presente Decreto, podrán realizarse



procedimientos de perfusión asistida por medios artificiales con el fin de mantener la óptima viabilidad de los órganos que estén destinados para trasplantes u otros usos terapéuticos. Tales métodos de preservación podrán ser mantenidos aún durante los procedimientos de extracción de los órganos.

Parágrafo. La viabilidad de los órganos mantenida por la perfusión prevista en este artículo, no desvirtúa la condición de cadáver definida en el presente decreto.

Artículo 15. Los costos de las intervenciones médico - quirúrgicas destinadas a la ablación de órganos o componentes anatómicos de seres humanos vivos, así como los de su implantación posterior, estarán sujetos a previa acuerdo entre médico y paciente, de conformidad con lo preceptuado por la Ley 23 de 1981 y sus disposiciones reglamentarias.

Artículo 16. El Ministerio de Salud regulará y autorizará periódicamente las tarifas para las actividades consistentes en ablación, preservación, almacenamiento y procesamiento, cuando sea el caso, de componentes anatómicos y líquidos orgánicos retirados de un cadáver, así como los costos de los insumos, distintos de los componentes mismos indispensables para su práctica.

Los costos de las actividades médico - quirúrgicas de implantación de componentes anatómicos retirados de cadáveres humanos serán acordados en la forma prevista en el artículo anterior.

Artículo 17. Sin perjuicio de los derechos de los donantes establecidos en el presente decreto, prohíbese cualquier retribución o compensación por los órganos o componentes anatómicos destinados a ser transplantados o para otros fines terapéuticos, docentes o de investigación.

Artículo 18. Prohíbese la exportación de órganos o componentes anatómicos. Únicamente por razones de grave calamidad pública o atendiendo motivos de solidaridad humana, dejando a salvo la atención de las necesidades nacionales, cuando quiera que se haga por intermedio de Bancos de Órganos, el Ministerio de Salud podrá autorizar su exportación en forma ocasional, si es procedente como mecanismo de ayuda entre naciones, y solamente cuando los componentes anatómicos sean obtenidos de cadáveres para fines exclusivamente terapéuticos y siempre y cuando se proceda sin ánimo de lucro.

Artículo 19. Para los efectos de este decreto, cuando quiera que deba expresarse el consentimiento, bien sea como deudo de una persona fallecida o en otra condición, se tendrá en cuenta el siguiente orden:

1. El cónyuge no divorciado o separado de cuerpos
2. Los hijos legítimos o naturales, mayores de edad;
3. Los padres legítimos o naturales
4. Los hermanos legítimos o naturales, mayores de edad;
5. Los abuelos y nietos
6. Los parientes consanguíneos en la línea colateral hasta el tercer grado.
7. Los parientes afines hasta el segundo grado.

Los padres adoptantes y los hijos adoptivos ocuparán dentro del orden señalado en este artículo, el lugar que corresponde a los padres e hijos por naturaleza.

Cuando quiera que a personas ubicadas dentro del mismo numeral de este artículo corresponda expresar su consentimiento, en ausencia de otras con mayor derecho dentro del orden allí señalado, y manifiesten voluntad encontrada, prevalecerá la de la mayoría. En caso de empate se entenderá negado el consentimiento.

Para efectos de donación formal o para ejercer el derecho de oponerse a que se refiere el inciso 2o. del artículo 4o. de este Decreto, serán tomados en cuenta los deudos que se presenten y acrediten su condición dentro del lapso de seis horas contemplado en los artículos cuarto y noveno del mismo.

Artículo 20. Las informaciones relacionadas con trasplantes de componentes anatómicos y las intervenciones quirúrgicas que se practiquen con este propósito, solamente podrán ser dadas a la publicidad por los directivos científicos de las instituciones en donde se realizaron, cuando con ello se atienda de manera exclusiva al interés científico y teniendo en cuenta las disposiciones legales sobre ética médica.

Artículo 21. Solamente las instituciones de carácter científico y los establecimientos hospitalarios y similares, autorizados por el Ministerio de Salud, pueden disponer de los cadáveres no reclamados o de órganos de los mismos para fines docentes o investigativos.

Parágrafo. Para los efectos del presente artículo, las respectivas autoridades del Instituto de Medicina Legal, determinarán de acuerdo con las disposiciones legales y los reglamentos de dicho Instituto, el procedimiento para que las instituciones autorizadas puedan disponer de los cadáveres no reclamados.

ANEXO 12**RESOLUCIÓN NÚMERO 09031
12 JUL. 1990**

Por la cual se dictan normas y se establecen procedimientos relacionados con el funcionamiento y operación de equipos de rayos X y otros emisores de Radiaciones Ionizantes y se dictan otras disposiciones.

EL MINISTRO DE SALUD

En uso de sus facultades legales, en especial las que le confieren las leyes 9a de 1979 y 10 de 1990 y

CONSIDERANDO

Que el empleo de Rayos X y otras fuentes de radiaciones ionizantes son factores reconocidos de riesgo para la salud de los profesionales, técnicos, auxiliares y operadores de estos equipos y para la población en general por lo cual es necesario determinar la relación riesgo beneficio para su uso o aplicación.

Que es función del Ministerio de Salud establecer las normas científicas y técnicas que regulen la calidad de los servicios y controlen los factores de riesgo para su obligatorio cumplimiento por las entidades del Sistema de Salud, así como expedir las normas administrativas que deben observar las instituciones y dependencias públicas y las entidades y personas privadas que prestan servicios de salud, y

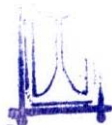
Que corresponde a los Servicios Seccionales de Salud desarrollar las políticas y aplicar las normas científico técnicas y técnico administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

RESUELVE

Artículo 1. Para efectos de la presente resolución se entiende por equipos de rayos X y otras fuentes emisoras de radiaciones ionizantes, las máquinas o materiales radioactivos capaces de generar energía, que a su paso por la materia producen iones que alteran su composición.

Artículo 2. Toda persona natural o jurídica que posea equipos de Rayos X u otras fuentes de Radiaciones Ionizantes debe tener Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución expedida por el Servicio seccional de Salud correspondiente, de acuerdo con los requisitos que se establecen en la presente resolución según las características de los equipos y la actividad de las fuentes.

Artículo 3. Son requisitos para el otorgamiento de Licencia de Funcionamiento de equipos de Rayos X odontológicos de uso periapical los siguientes:



1. Solicitud formulada ante el Servicio de Salud por el interesado, en el formato establecido para este fin
2. Fotocopias autenticas de las tarjetas profesionales de los odontólogos que utilizan los equipos.
3. Certificación de constitución y gerencia expedido por la Cámara de Comercio, cuando no se trate de persona natural
4. Carnets de protección radiológica, expedidos por el Servicio de Salud respectivo, para los profesionales, técnicos o auxiliares que operen los equipos.
5. Estudio y evaluación de la instalación de Rayos X efectuados por funcionarios del servicio Seccional de Salud correspondiente o por la entidad autorizada, ya sea de carácter público o privado, de lo cual se levantará el acta correspondiente.

Artículo 4. Los requisitos para cualquier otro equipo de Rayos X de uso odontológico son:

1. Solicitud formulada ante el Servicio de Salud por el interesado, en el formato establecido para este fin.
2. Planos de ubicación de las unidades de Rayos X.
3. Fotocopias autenticas de las tarjetas profesionales de los odontólogos que utilizan los equipos.

4. Certificado de constitución y gerencia expedido por la Cámara de Comercio, cuando no se trate de persona natural
5. Fotocopia de los Carnets de protección radiológica, de todos los operadores de los equipos de RX, expedidos por el Servicio de Salud.
6. Estudio y evaluación de la instalación de Rayos X efectuados por funcionarios del servicio Seccional de Salud correspondiente o por la entidad autorizada, ya sea de carácter público o privado, de lo cual se levantará el acta correspondiente.

Artículo 5. Los requisitos para los equipos de Rayos x de:

1. Solicitud formulada ante el Servicio de Salud por el interesado, en el formato establecido para este fin.
2. Planos de ubicación de las unidades de Rayos X.
3. Fotocopias auténticas de las tarjetas profesionales de los médicos que utilizan los equipos.
4. Certificado de constitución y gerencia expedido por la Cámara de Comercio, cuando no se trate de persona natural
5. Fotocopia de los Carnets de protección radiológica, de los técnicos de los equipos de RX, expedidos por el Servicio de Salud.
6. Estudio y evaluación de la instalación de Rayos X efectuados por funcionarios del servicio Seccional de Salud correspondiente o por la

entidad autorizada, ya sea de carácter público o privado, de lo cual se levantará el acta correspondiente.

Artículo 6. Los requisitos para otros equipos de Rayos X de uso diferente al diagnóstico médico son

1. Solicitud formulada ante el Servicio de Salud por el interesado, en el formato establecido para este fin.
2. Planos de ubicación de las unidades de Rayos X.
3. Fotocopias auténticas de los títulos profesionales de las personas responsables del manejo de los equipos.
4. Certificado de constitución y gerencia expedido por la Cámara de Comercio, cuando no se trate de persona natural
5. Reglamento de seguridad sobre el uso y manejo de los equipos, cuando sean móviles.
6. Cuando se trate de equipos industriales, se exigirá el carnet de Protección Radiológica de uso industrial expedido por el Instituto de Asuntos Nucleares.
7. Estudio y evaluación de la instalación de Rayos X efectuados por funcionarios del servicio Seccional de Salud correspondiente o por la entidad autorizada, ya sea de carácter público o privado, de lo cual se levantará el acta correspondiente.

Artículo 7o. Los requisitos para los aceleradores lineales

1. Solicitud formulada ante el Servicio de Salud por el interesado, en el formato establecido para este fin.
2. Planos de la instalación.
3. Fotocopias auténticas de los títulos profesionales expedidas a los médicos que utilizan los equipos.
4. Certificado de constitución y gerencia expedido por la Cámara de Comercio, cuando no se trate de persona natural
5. Fotocopias autenticadas de los carnets de Protección radiológica expedidas a los técnicos de los equipos, expedido por el Instituto de Asuntos Nucleares.
6. Certificado de la especialidad en Radioterapia expedido a los médicos que utilizan los equipos.
7. Estudio y evaluación de la instalación efectuados por funcionarios del servicio Seccional de Salud correspondiente o por la entidad autorizada, ya sea de carácter público o privado, de lo cual se levantará el acta correspondiente.

Artículo 8o. Los requisitos para las Unidades de Radioterapia son:

1. Solicitud formulada ante el Servicio de Salud por el interesado, en el formato establecido para este fin.



2. Planos de la instalación.
3. Fotocopias auténticas de los títulos profesionales expedidas a los tecnólogos que utilizan los equipos o fuentes.
4. Certificado de constitución y gerencia expedido por la Cámara de Comercio, cuando no se trate de persona natural
5. Certificado de la especialidad en Radioterapia expedido a los médicos que utilizan los equipos. o fuentes.
6. Licencia vigente de uso y manejo de material radioactivo expedido por el Instituto de Asuntos Nucleares.
7. Estudio y evaluación de la instalación efectuados por funcionarios del servicio Seccional de Salud correspondiente o por la entidad autorizada, ya sea de carácter público o privado, de lo cual se levantará el acta correspondiente.

Artículo 9. Los requisitos para las áreas de Medicina Nuclear, laboratorios de radioinmunoanálisis e investigación con fines médicos son:

1. Solicitud formulada ante el Servicio de Salud por el interesado, en el formato establecido para este fin.
2. Planos detallados de la instalación.
3. Fotocopias auténticas de los tarjetas profesionales expedidas a los médicos que utilizan los materiales radioactivos.

4. Fotocopia de la licencia de uso y manejo de material radioactivo, otorgado por el Instituto de Asuntos Nucleares.
5. Certificado de la especialidad en Medicina Nuclear o Radioterapia expedido a los médicos que utilizan el material radioactivo.
6. Certificado de constitución y gerencia expedido por la Cámara de Comercio, cuando no se trate de persona natural
7. Fotocopias autenticadas de los carnets de Protección Radiológica del personal que labore en la instalación con material radioactivo, expedidos por el Instituto de Asuntos Nucleares.
8. Estudio y evaluación de la instalación efectuados por funcionarios del servicio Seccional de Salud correspondiente o por la entidad autorizada, ya sea de carácter público o privado, de lo cual se levantará el acta correspondiente.

Artículo 10. Para el cumplimiento de los requerimientos sobre Seguridad y Protección Radiológica señalados conforme al estudio y evaluación de la solicitud, el interesado dispone de sesenta (60) días a partir de la fecha del acta respectiva.

Artículo 11. Toda persona ocupacionalmente expuesta a radiaciones ionizantes que requiera carnet de protección radiológica deberá obtenerlo en

el Servicio Seccional de Salud correspondiente o en el Instituto de Asuntos Nucleares, según lo establecido en la presente Resolución. El carnet tendrá validez de cuatro (4) años y podrá ser revalidado por períodos iguales.

Artículo 12. El carnet de Protección Radiológica expedido por los Servicios Seccionales de Salud tendrá tres categorías:

Categoría 1 para Profesionales, categoría 2 para Técnicos y Tecnólogos y categoría 3 para auxiliares.

Artículo 13. Los requisitos para la obtención del carnet de Protección Radiológica son:

1. Para categoría 1: a) ser profesional, b) certificado de asistencia a un curso sobre protección radiológica de una intensidad mínima de treinta horas.
2. Para categoría 2: a) ser bachiller, b) certificado de asistencia a un curso sobre protección radiológica de una intensidad mínima de veinte horas, c) presentar una evaluación sobre protección radiológica en la cual deberá tener un puntaje igual o superior al sesenta por ciento (60%) del cuestionario.
3. Para categoría 3: Certificado de asistencia a un curso sobre protección radioactiva de una intensidad mínima de veinte (20) horas.



Parágrafo. Las evaluaciones y los cursos deberán ser aprobados por el Servicio Seccional de Salud correspondiente.

Artículo 14. Los carnets de protección radiológica podrán ser anulados cuando los datos originales del mismo muestren signos de alteración, sea utilizados por persona distinta del titular o se haga uso indebido de tales documentos.

Artículo 15. El diagnóstico mediante el uso de radiaciones ionizantes sólo podrá ser realizado cuando exista previa orden médica escrita.

Artículo 16. Todo estudio radiológico de uso médico deberá ser suscrito por el médico especialista responsable del dictamen. La firma será autógrafa y en ningún caso se admitirán sellos ni facsímil.

Artículo 17. Ninguna entidad de carácter oficial o privado podrá contratar servicios de radiología, radioterapia, medicina nuclear o de otras áreas en las que se haga uso de radiaciones ionizantes con personas o entidades que carezcan de la respectiva licencia de funcionamiento. Esta falta será sancionada por los Servicios Seccionales de Salud en los términos establecidos por la presente resolución.

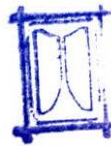
Artículo 18. Todo documento que no sea original requiere autenticación por el funcionario competente.

Artículo 19. Para efectos de control de calidad, todo equipo destinado al tratamiento terapéutico deberá ser revisado por la autoridad sanitaria por lo menos una (1) vez al año. Los equipos de diagnóstico lo serán por lo menos una (1) vez cada dos (2) años, para los mismos efectos.

Artículo 20. Para la renovación de la licencia se exigirán los certificados de control de calidad de que trata el artículo anterior, de acuerdo con lo establecido en la presente resolución.

Artículo 21. Las entidades o personas interesadas en prestar servicios de protección radiológica y de estudio de control de calidad en los servicios seccionales de salud, deberán cumplir los siguientes requisitos:

1. Acreditar idoneidad profesional mediante títulos de especialización de protección radiológica o áreas de Radiofísica Sanitaria y acreditar una experiencia no menor a cinco (5) años en el área.
2. Contar con equipos y recursos físicos apropiados para la prestación de los servicios.



Artículo 22. La experiencia de trabajo en Protección Radiológica tendrá validez mediante certificación expedida por una institución de carácter oficial.

Artículo 23. La autorización para la prestación de servicios de Protección radiológica a personas o entidades solo podrá ser expedida por el Ministerio de Salud y será válida en todo el territorio nacional.

Artículo 24. Fíjense las siguientes tarifas por concepto de expedición de licencias de funcionamiento:

1. Diez (10) salarios mínimos legales diarios por cada equipo de uso odontológico de uso periapical.
2. Quince (15) salarios mínimos legales diarios por cada equipo de uso odontológico diferente al periapical.
3. Veinte (20) salarios mínimos legales diarios por cada equipo de diagnóstico médico.
4. Veinte (20) salarios mínimos legales diarios por cada equipo de terapia
5. Veinte (20) salarios mínimos legales diarios para cualquier otro tipo de equipo
6. Veinte (20) salarios mínimos legales diarios por cada fuente de material radioactivo.

Artículo 25. Fíjense las siguientes tarifas para estudios y evaluaciones

1. Veinte (20) salarios mínimos legales diarios por cada equipo odontológico de tipo periapical
2. Veinticinco (25) salarios mínimos legales diarios por cada equipo de uso odontológico diferente al tipo periapical
3. Treinta (30) salarios mínimos legales diarios por cada equipo de uso diagnóstico.
4. Treinta (30) salarios mínimos legales diarios por cada equipo de terapia
5. Treinta (30) salarios mínimos legales diarios para cualquier otro tipo de equipo.

Artículo 26. Otras tarifas.

1. Cinco (5) salarios mínimos legales diarios por derechos de carnetización
2. Cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios por el control de calidad de cada fuente radioactiva de actividad superior a 3.7×10^{10} Bq
3. Cuarenta (40) salarios mínimos legales diarios por el control de calidad de cada equipo de uso diagnóstico
4. Sesenta (60) salarios mínimos legales diarios por el control de calidad de cada equipo de radioterapia.

Artículo 27. La licencia de funcionamiento tendrá vigencia de cuatro (4) años y podrá ser renovada por períodos iguales mediante solicitud presentada con sesenta (60) días de antelación a su vencimiento.

Artículo 28. La licencia de funcionamiento pierde su validez cuando:

1. Cambie de propietario o de razón social
2. Se altere cualquier condición de protección en la instalación
3. Se cambie o se contrate una o más personas de las relacionadas en la solicitud y no se de aviso en los quince (15) días siguientes de sucederse el hecho.
4. Se incumpla cualquiera de las normas establecidas en la presente resolución y en el reglamento de seguridad.

Parágrafo. La pérdida de la vigilancia se notificará mediante acto administrativo dictado por la misma autoridad que otorgó la licencia.

Artículo 29. Las infracciones a lo dispuesto en la presente resolución serán sancionadas en los términos establecidos en los artículos 49 y 50 de la ley 10 de 1990.

Artículo 30. Los dineros recolectados por tarifas y multas resultantes de la aplicación de la presente resolución deberán ser invertidos por los servicios seccionales de salud en el área de protección contra las radiaciones.

Artículo 31. El Ministerio de Salud, en desarrollo del proceso de descentralización técnico administrativa, procederá a delegar, gradualmente, en los servicios seccionales de salud la facultad de expedir las licencias de que trata esta resolución.

Artículo 32. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación en el diario oficial y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE



ANEXO 13

DECRETO NÚMERO 1002

5 JUN DE 1978

DE LOS CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS

Artículo 28. Para los efectos de este Decreto, entiéndase por Consultorio Odontológico el lugar en el cual se desarrolla en pacientes, cualquier acción, intervención u operación sobre los órganos bucales de la masticación o sobre las estructuras anatómicas circundantes.

Artículo 29. Para su funcionamiento el consultorio odontológico deberá contar con los elementos necesarios para prestar un servicio adecuado, según su destino y estar técnicamente diseñado para una efectiva asepsia y esterilización.

Artículo 30. Todo consultorio odontológico necesita autorización de funcionamiento que se solicitará por escrito al Servicio Seccional de Salud correspondiente, el cual la concederá mediante resolución motivada previa visita de comprobación de las condiciones exigidas por el artículo anterior. Esta autorización tendrá una vigencia de tres años.

Artículo 31. En lugar visible del consultorio se exhibirá el diploma del profesional o profesionales responsables, en original o en fotocopia auténtica de igual tamaño que el original y la resolución expedida por el Servicio Seccional de Salud correspondiente, por medio de la cual se autoriza el funcionamiento del consultorio, sin perjuicio de que las autoridades de salud o de policía del lugar, exijan los documentos que acrediten el ejercicio legal de la profesión.

Artículo 32. El incumplimiento a lo ordenado en los artículos 30 y 31 de este Decreto, hará incurrir al infractor en el cierre inmediato del Consultorio, hasta cuando cumpla los requisitos legales.

Parágrafo. Los consultorios odontológicos existentes en la actualidad, tendrán un plazo de sesenta (60) días calendario a partir de la expedición del presente decreto, para tramitar ante el Servicio Seccional de Salud correspondiente la autorización de funcionamiento. Igualmente regirá para que aquellos ya autorizados para funcionar mediante otras disposiciones, se adapten a lo establecido en el decreto.

CAPITULO QUINTO

DE LOS LABORATORIOS DE MECÁNICA DENTAL

Artículo 33. Para los efectos de este decreto, entiéndese por laboratorios de mecánica dental o laboratorio de prótesis dental el establecimiento en el cual bajo cualquier denominación o razón social se confeccionen o reparen elementos o aparatos protésicos, ortodóncicos u otro tipo de elementos restaurativos en odontología.

Artículo 34. A partir de la vigencia de este decreto, todo laboratorio de mecánica o prótesis dental necesita autorización de funcionamiento expedida por el Servicio Seccional de Salud del territorio en el cual esté ubicado, cuya vigencia será de tres años.

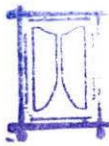
Parágrafo. No requieren autorización de funcionamiento los laboratorios de mecánica o de prótesis dental que formen parte de consultorios o grupos de consultorios asociados locativamente y cuyos trabajos tengan como destino exclusivo el mismo consultorio o grupos de consultorios.

Artículo 35. Las personas naturales o jurídicas que deseen obtener autorización de funcionamiento para un laboratorio de mecánica o prótesis dental deberán tramitar ante el respectivo Servicio Seccional de Salud. La solicitud contendrá información sobre el nombre o razón social del laboratorio, los trabajos que estará en capacidad de realizar y se

acompañará de la lista del personal técnico que trabajará en el mismo, con identificación de su documento de identidad, adiestramiento recibido y fotocopia autenticada del documento que acrediten sus estudios, debidamente legalizado. Deberá indicarse además el nombre de la persona que desempeñará las funciones de director técnico.

Artículo 36. Recibida la documentación de que trata el artículo anterior, el servicio seccional de salud dispondrá de un plazo máximo de 45 días calendario para conceder o negar la autorización, previa visita al laboratorio y constatación de la idoneidad del personal con asesoría de la Federación Odontológica Colombiana.

Artículo 37. Los servicios seccionales de salud practicarán visitas de supervisión a los laboratorios de mecánica o de prótesis dental con el objeto de controlar el cumplimiento de las normas establecidas en el presente decreto. En caso de encontrar irregularidades, tomarán las medidas pertinentes. Cuando se estime conveniente los servicios seccionales de salud podrán solicitar la asesoría de la Federación Odontológica Colombiana para dar cumplimiento a lo establecido en este artículo-



Artículo 38. Los laboratorios de mecánica o de prótesis dental existentes en la actualidad, tienen un plazo de noventa (90) días calendario a partir de la promulgación de este decreto, para tramitar ante el servicio seccional de salud correspondiente, la autorización de funcionamiento de que trata el artículo 34 del mismo, la cual tendrá una vigencia de tres (3) años.

Artículo 39. Cuando un laboratorio de mecánica o de prótesis dental modifique su razón social, su domicilio, las clases de trabajo que está en capacidad de realizar o el nivel técnico de su personal, informará por escrito al servicio seccional de salud con el fin que se hagan las modificaciones pertinentes.

Artículo 40. Ningún laboratorio de mecánica o de prótesis dental podrá elaborar, confeccionar o reparar elementos de prótesis dental, ortodóncicos o cualquier tipo de elemento restaurativo, sin la orden escrita de las personas legalmente autorizadas para ejercer la odontología, en la cual debe constar la fecha y el número de orden, el nombre, número de cédula, la dirección del consultorio, lo firma autógrafa y el número del registro seccional del ordenador, así como la clase de trabajo que se ordena.

El original de la orden escrita se archivará en el correspondiente laboratorio por el término de un año y estará a disposición de las autoridades competentes.

Los laboratorios llevarán un libro folio en el cual anotarán los datos contenidos en las órdenes de trabajo, así: fecha de ingreso, número de orden, nombre y número de registro seccional del ordenador, clase de trabajo y fecha de salida.

Artículo 41. Los servicios seccionales de salud sin perjuicio de la aplicación de otras sanciones establecidas en este decreto procederán a cancelar la autorización de funcionamiento a aquellos laboratorios de mecánica o de prótesis dental que se encuentren en uno o más de los siguientes casos:

- a) Cuando no se dé cumplimiento a lo establecido en los artículos 39 y 40 de ese decreto.
- b) Cuando el personal del laboratorio desarrolle funciones de odontología para las cuales no está autorizado
- c) Cuando en los locales destinado al funcionamiento de los laboratorios de mecánica o de prótesis dental se encuentre equipo, instrumental o materiales dentales que pueden ser utilizados con finalidades clínicas.

- d) Cuando en placas, tarjetas, avisos, anuncios o propagandas de los laboratorios se ofrezcan servicios de cualquier clase directamente a los pacientes.
- e) Cuando en los laboratorios se atiendan pacientes o se acepten órdenes de personas que no estén legalmente autorizadas para ejercer la odontología
- f) Cuando se compruebe la utilización de materiales que no cumplan las especificaciones establecidas de calidad en Colombia.

Artículo 42. Los laboratorios de mecánica o de prótesis dental que desarrollen actividades sin poseer la autorización de funcionamiento, o con la autorización de funcionamiento vencida o cancelada, serán sancionados con el cierre y sello del establecimiento.

Parágrafo 1. El cierre persistirá hasta cuando el laboratorio obtenga la autorización de funcionamiento de acuerdo con las normas del presente decreto.

Parágrafo 2. Serán competentes para la imposición de las sanciones establecidas en el presente artículo, la autoridad seccional de salud, la que

podrá solicitar para su cumplimiento la intervención de la autoridad policiva del lugar.

CAPÍTULO SEXTO

DE LA ENSEÑANZA Y DEL EJERCICIO DE LAS RAMAS AUXILIARES DE LA ODONTOLOGÍA

Artículo 43. Para los efectos del literal d del artículo 13 de la ley 10 de 1962, entiéndese por ramas auxiliares de la odontología aquellas cuyo ejercicio se dirige a complementar la acción asistencial de las mismas en las áreas de la prevención, la recuperación y la rehabilitación.

Artículo 44. Las categorías del personal auxiliar en odontología son las siguientes:

- a) Auxiliar de consultorio dental
- b) Auxiliar de higiene oral
- c) Auxiliar de odontología social
- d) Mecánico dental o mecánico de laboratorio de prótesis dental.

Parágrafo. Los auxiliares de consultorio dental deberán actuar siempre bajo la dirección de una persona legalmente autorizada para ejercer la

odontología, los auxiliares de odontología social y los auxiliares de higiene oral deberán actuar siempre bajo la dirección de un odontólogo legalmente autorizado para ejercer la profesión; los mecánicos dentales o de laboratorio de prótesis deberán actuar siempre bajo la prescripción escrita de personas legalmente autorizadas para ejercer la profesión.

Artículo 45. Son actividades del personal auxiliar de odontología las siguientes:

a. Auxiliar de consultorio dental

1. Verificar existencia y conservación de insumos
2. Preparar el ambiente del consultorio odontológico para el trabajo.
3. Diligenciar registros según normas
4. Cuidar del equipo e instrumental
5. Esterilizar elementos de trabajo
6. Instrumentar
7. Revelar radiografías
8. Preparar materiales

b. Auxiliar de higiene oral

1. Detectar y controlar placa dental

2. Realizar profilaxis coronal
 3. Realizar acciones preventivas de las enfermedades bucales
 4. Preparar el material y las actividades didácticas necesarias para la educación en salud oral
 5. Participar en la programación de sus actividades
 6. Diligenciar la información para programas preventivos
 7. Tomar radiografías periapicales
 8. Realizar las tareas del auxiliar del consultorio dental, citadas en el literal anterior.
- c. Auxiliar de odontología social
1. Restaurar dientes deciduos y/o permanentes con materiales temporales, cementos, obturaciones plásticas y amalgamas.
 2. Realizar protecciones pulpares
 3. Realizar las tareas del auxiliar de higiene oral, citados en el literal anterior.
- d. Mecánico dental o mecánico del laboratorio de prótesis dental
1. Confeccionar y reparar sobre modelos, elementos o aparatos protésicos
 2. Confeccionar y reparar sobre modelos, elementos y aparatos ortodónicos
 3. Confeccionar y reparar sobre modelos otros elementos de tipo restaurativo.

Artículo 46. Los auxiliares de odontología social, solo podrán desarrollar sus actividades de odontología, en los programas de salud bucal del Ministerio de Salud o en los programas o instituciones que para utilización de este personal cuenten con autorización expresa de dicho ministerio, según la reglamentación expedida por el mismo.

Artículo 47. Los auxiliares de higiene oral y los auxiliares de odontología social que desarrollen actividades como tales, deben registrar su diploma en el Ministerio de Salud, sección de Profesiones, siguiendo para el efecto el procedimiento que determine dicho Ministerio.

Artículo 48. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 23 ejercen ilegalmente la odontología:

- a) Los auxiliares de consultorio dental, mecánicos dentales o mecánicos de laboratorio de prótesis dental, auxiliares de odontología social y auxiliares de higiene oral, que desarrollen actividades de odontología distintas a las que para el mencionado personal determina el presente decreto.
- b) Los auxiliares de consultorio dental que desarrollen sus actividades sin la dirección de un odontólogo o personal legalmente autorizada para ejercer la odontología.

- c) Los mecánicos dentales o mecánicos de laboratorios de prótesis dental que trabajen en laboratorios de mecánica dental que no estén autorizados para funcionar.
- d) Los mecánicos dentales o mecánicos de laboratorios de prótesis dental que desarrollen actividades sin la orden escrita de un odontólogo o persona legalmente autorizada para ejercer la profesión.
- e) Los mecánicos dentales o mecánicos de laboratorios de prótesis dental que desarrollen sus actividades actuando directamente sobre el paciente.
- f) Los auxiliares de odontología social que desarrollen sus actividades en instituciones a las cuales el Ministerio de Salud no haya autorizado expresamente la utilización de este personal.
- g) Los auxiliares de odontología social y los auxiliares de higiene oral que desarrollen sus actividades sin la dirección de un odontólogo.
- h) Los auxiliares de odontología social y los auxiliares de higiene oral que no cumplan con lo establecido en el artículo 47 de este decreto.
- i) Las personas que bajo cualquier título o denominación distinta a los citados en el artículo 44 de este decreto, desarrollen actividades iguales o similares a las funciones que se fija para el personal auxiliar de Odontología.



Artículo 49. A quienes ejerzan ilegalmente la Odontología de acuerdo con lo establecido en el artículo anterior, les serán aplicadas las sanciones de que trata el artículo 10 de la Ley 10 de 1962, conforme al procedimiento establecido por el artículo 24 de este decreto.

Artículo 50. La enseñanza de las ramas auxiliares de la odontología, requieren concepto favorable del Consejo Nacional de Formación de Recursos Humanos para la salud y autorización del Ministerio de Salud, y solo podrán impartir las Facultades de Odontología legalmente establecidas.

Parágrafo. Las entidades científicas o asociaciones gremiales relacionadas con la Odontología previo concepto favorable del Consejo Nacional de Formación de Recursos Humanos para la Salud y autorización del Ministerio, podrán formar asistentes de Consultorio Dental, Higienistas Dentales y Mecánicos Dentales de Laboratorio de Prótesis Dental siempre y cuando obtengan el respaldo académico de una facultad legalmente establecida.

Artículo 51. Deberá obtenerse una autorización independiente para la enseñanza de cada una de las categorías de personal auxiliar.

Artículo 52. La solicitud de autorización para la enseñanza de las ramas auxiliares de la odontología, deberá presentarse al Consejo Nacional de Formación de Recursos Humanos para la Salud, para su concepto, por conducto del Ministerio de Salud, previo el lleno de los requisitos mínimos fijados por el mismo.

Artículo 53. El Ministerio de Salud aprobará la realización de los programas de que trata el artículo anterior, mediante resolución, cuando a juicio del Consejo Nacional de Formación de Recursos Humanos para la Salud, se cumplan los requisitos exigidos.

Parágrafo. El Ministerio de salud realizará evaluaciones a los cursos de enseñanza de las ramas auxiliares de la odontología, efectuará las modificaciones del caso y podrá confirmar o retirar cuando lo considere necesario las autorizaciones de que trata el presente decreto.

Artículo 54. Las instituciones que formen personal auxiliar de odontología bajo las denominaciones o categorías señaladas en el artículo 44, de ese decreto o bajo cualquier otra denominación o categoría, sin la autorización de que trata el artículo 50, del mismo, sean sancionadas con el cierre y el sello inmediato de los establecimientos o locales. Esta sanción será

impuesta mediante resolución, por el Ministerio de Salud o por la autoridad seccional en quien éste delegue.

Parágrafo. El cierre y el sello persistirán hasta cuando la institución obtenga la autorización de funcionamiento, de acuerdo con las normas del presente Decreto y en un término no mayor de seis meses, pasado el cual o negada la autorización, se cerrará definitivamente el establecimiento o local.

Artículo 55. Este decreto rige desde la fecha de su expedición y deroga los decretos números 948 de 1962 y 386 de 1965.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

ANEXO 14**RESOLUCIÓN NÚMERO 009279
17 NOV. 1993**

Por la cual se adopta el Manual de Normatización del Componente Traslado para la Red Nacional de Urgencias y se dictan otras disposiciones.

EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de sus facultades legales, especialmente las conferidas por la ley 09 de 1979, la ley 10 de 1990 y los decretos 412 y 2164 de 1992.

CONSIDERANDO:

Que de conformidad con lo dispuesto en el numeral 1o. del artículo 6o. del decreto 2164 de 1992, corresponde a éste despacho orientar y dirigir la conformación de políticas, planes, programas, proyectos y normas para el desarrollo del Sistema de Salud.

Que mediante la resolución 2810 de 1986 expedida por este ministerio se dictaron normas referentes a las condiciones que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

Que dentro de la prestación de los servicios de salud, las ambulancias deben ser una proyección de la atención institucional: eficiente, idónea y oportuna en la atención inicial del paciente urgente; del paciente crítico y del paciente limitado.

Que la resolución citada en el segundo considerando, no contemplo los aspectos de orden técnico y sanitarios que deben cumplir las entidades públicas y privadas prestadoras de servicios de ambulancia.

Que mediante el decreto 412 de 1992, se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.

Que el citado decreto en su artículo 3° numeral 5°, establece que corresponde a este Ministerio expedir las normas operativas, técnicas y administrativas de los subsistemas de la Red de Urgencias.

Que de conformidad con lo establecido en el citado Decreto, uno de los subsistemas de la Red de Urgencias es el servicio de transporte de pacientes.

Que en consecuencia se hace necesario expedir las normas técnico sanitarias que deben cumplir las entidades públicas y privadas, prestadoras del servicio de ambulancias.

RESUELVE

Artículo 1. Adoptar el Manual de Normatización del Componente Traslado para la Red Nacional de Urgencias. Para el cumplimiento por parte de las entidades públicas y privadas prestadoras del servicio de ambulancias cual hace parte integral del presente Resolución.

Artículo 2. Del Recurso Humano: el personal que forme parte del equipo médico asistencial, sí como el auxiliar (auxiliar de enfermería, radiocomunicador y conductor), deben tener la capacitación necesaria para que el servicio que se preste sea oportuno e idóneo y cumplir con los requisitos y funciones mínimos establecidos en el decreto 1335 de 1990 o los contemplados en el Manual de Funciones y Requisitos cuando se trate de entidades públicas.

El personal de salud que labore en las entidades privadas deberá acreditar los títulos correspondientes exigidos para el desempeño de los respectivos cargos y dar cumplimiento al manual de funciones adoptado por la institución prestadora del servicio de ambulancias .

Parágrafo. El personal que labore en entidades públicas y privadas prestadoras del servicio de ambulancia, se ceñirá a la capacitación



requerida en el manual de acuerdo a la clasificación según el ámbito de servicios.

Artículo 3. De la Licencia Sanitaria de Funcionamiento. Las entidades públicas y privadas, prestadoras del servicio de ambulancias, deberán contar con licencia sanitaria de funcionamiento específicas para tal fin, de acuerdo a lo establecido en esta resolución, la cual será otorgada por las direcciones seccionales o la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, D.C., de la jurisdicción donde vaya a desarrollar su actividad, mediante resolución motivada, previo concepto técnico de la división de Urgencias de la seccional o secretaría correspondiente, o quien haga sus veces-

Artículo 4. Vigencia. La licencia sanitaria de funcionamiento de las entidades públicas y privadas prestadoras del servicio de ambulancia, tendrá una vigencia de tres años contados a partir de la fecha de ejecutoria de la providencia que la conceda siempre y cuando se conserven las condiciones básicas con las cuales se otorgó.

Artículo 5. Documento para el trámite. Para el trámite de la licencia sanitaria de funcionamiento de las entidades públicas y privadas prestadoras

del servicio de ambulancia, el peticionario deberá presentar a la división de Vigilancia y Control de las direcciones seccionales o a la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, D.C. los siguientes documentos:

a) La solicitud la cual deberá contener la siguiente información:

- Nombre o razón social de la entidad
- Ubicación de la entidad: ciudad, dirección, número telefónico
- Nombres y apellidos completos del propietario o del representante legal
- Número del documento de identificación y dirección del propietario o del representante legal.
- Número de ambulancias destinadas a la prestación del servicio
- Número de las placas correspondientes a cada una
- Nombre y apellidos del Director Científico, número de la cédula de ciudadanía y registro profesional, fecha de inscripción en la Dirección Seccionales o en la Secretaria Distrital de Salud de Santafé, D.C.

b) Con la solicitud se deben anexar los siguientes documentos:

- Relación completa del personal médico y auxiliar profesional, técnico y auxiliar que prestará el servicio en las ambulancias, indicando el número de la cédula y el registro ante las direcciones seccionales o la Secretaria Distrital de Salud de Santafé, D.C., además del personal administrativo.
- Fotocopias autenticas de los diplomas del personal anteriormente indicado cuando lo requieran.

- Organigrama administrativo
- Copia del acto administrativo por el cual se reconoció la personería jurídica y copia de los estatutos de la entidad, cuando se trate de instituciones sin ánimo de lucro.
- Certificado autorizado de la constitución y representación legal de la entidad, expedida por la autoridad competente, cuando se trate de persona jurídica, si se trata de persona natural cuando tenga el carácter de comerciante debe adjuntar el registro comercial.
- Recibo de pago por el valor de la licencia sanitaria de funcionamiento, una vez obtenido el concepto favorable, después de la visita técnica de la división de urgencias o de quien haga sus veces.
- Las entidades con más de diez trabajadores deben anexar los siguientes documentos:
 - Copia de la resolución expedida por el Ministerio de Trabajo y seguridad social por la cual se adopta el reglamento interno
 - Manual de funciones
 - Copia de la resolución del Ministerio de Trabajo y Seguridad social en la cual se establece el comité de higiene y seguridad industrial.

Parágrafo. El concepto técnico emitido por la División de urgencias o la dependencia que haga sus veces, deberá tener como base para la

evaluación correspondiente los requisitos exigidos por la norma técnica adoptada mediante esta resolución.

Artículo 6. Estudio de la solicitud. Una vez recibida la solicitud de licencia sanitaria de funcionamiento, la dependencia respectiva procederá a estudiar la documentación y se llegare a requerir información complementaria la solicitará mediante juicio al interesado.

Artículo 7. Plazo para la presentación de la información complementaria. En el oficio por medio del cual se solicita la presentación de documentos e información complementaria, se podrá conceder un plazo de hasta 30 días, según el caso para su presentación.

Artículo 8. Declaración de abandono. Vencido el plazo a que se refiere el artículo anterior sin que el interesado hubiese suministrado la información requerida, las direcciones seccionales con la Secretaría de Salud de Santafé D.C. declararán mediante resolución motivada el abandono de la solicitud de la licencia.

Artículo 9. Notificación de la resolución que declare el abandono. La declaración que declare el abandono de la solicitud de licencia sanitaria de

funcionamiento deberá ser notificada personalmente al interesado dentro de los cinco días hábiles siguientes a su expedición y si esto no fuere posible, se notificará por edicto fijado por cinco días hábiles en un lugar público de la correspondiente dependencia de la Dirección Seccional de Salud.

Artículo 10.. Recurso. Contra la providencia que declare el abandono de la solicitud de licencia procede el recurso de reposición.

Artículo 11. Visita de inspección previa. Una vez cumplido el trámite a que se refieren los artículos 4, 5 y 6 de la presente resolución y no siendo procedente la declaratoria de abandono, se practicará visita de inspección a la entidad correspondiente, por los funcionarios de la División de Urgencia de la Dirección Seccional o de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, D.C. o la dependencia que haga sus veces, con el objeto de constatar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma técnica sobre el servicio de ambulancias adoptado por la presente resolución y las condiciones técnico sanitarias de higiene y dotación que garantice un buen funcionamiento de las ambulancias.

De la visita de inspección se levantará un acta, que será suscrita por los funcionarios que la practiquen y por el responsable de la entidad. Los

funcionarios con fundamento en la documentación y en las condiciones técnicas, sanitarias, higiénicas y de dotaciones encontradas, emitirán en la misma acta concepto favorable o desfavorable para la expedición de la licencia. Copia del acta en mención quedará en poder del interesado.

Artículo 12. Otorgamiento de la licencia sanitaria de funcionamiento. Si la documentación se encontrare completa y el concepto de la visita de inspección fuere favorable se expedirá una resolución otorgando la respectiva licencia sanitaria de funcionamiento, la cual se notificará personalmente al interesado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su expedición y si esto no fuere posible se notificará por edicto fijado por el término de cinco días hábiles en lugar público en la correspondiente dependencia de la Dirección Seccional de Salud.

Artículo 13. Plazo para el cumplimiento de recomendaciones. Si el concepto de los funcionarios es desfavorable se concederá un plazo de hasta sesenta días hábiles prorrogables por una sola vez y por un termino igual para que el interesado proceda al cumplimiento de las recomendaciones consignadas en el acta. Esta prórroga se concederá cuando se demuestre plenamente que las causas de su incumplimiento son justificadas.

Artículo 14. Negociación de la licencia sanitaria de funcionamiento. Transcurrido el término anterior sin que se haya cumplido las recomendaciones, la dirección seccional o distrital de salud respectiva, mediante resolución motivada, negará la solicitud de licencia sanitaria de funcionamiento, la cual sólo podrá volverse a solicitar transcurridos treinta días hábiles contados a partir de la ejecutoria de la providencia correspondiente.

Artículo 15. Notificación. La resolución que niegue la solicitud de licencia sanitaria de funcionamiento deberá ser notificada personalmente al interesado o a su apoderado dentro de los cinco días hábiles siguientes a su expedición, si esto no fuere posible se notificará por edicto fijado por el término de diez días hábiles en un lugar público de la correspondiente dependencia de la dirección seccional o distrital de salud.

Artículo 16. Recurso contra la providencia que concede o niegue la licencia sanitaria de funcionamiento. Proceden los recursos de reposición ante el director seccional o distrital de salud y el de apelación ante el Ministerio de Salud de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 del decreto 01 de 1984-

Artículo 17. Contenido de la licencia sanitaria de funcionamiento. La licencia sanitaria de funcionamiento debe contener:

- a) Número y fecha de la resolución que la otorga
- b) Vigencia y fecha de vencimiento
- c) Número de la licencia sanitaria de funcionamiento
- d) Nombre de la entidad dirección, ciudad y departamento
- e) Número y placa de identificación de cada una de las ambulancias
- f) Clasificación de cada una de las ambulancias de acuerdo a su ámbito de servicio.
- g) Nombre del propietario o representante legal
- h) Nombre del director científico.

Artículo 18. Renovación de la licencia sanitaria de funcionamiento. Oportunidad de la solicitud. Las entidades prestadoras de servicio de ambulancia que tengan la respectiva licencia sanitaria de funcionamiento y deseen renovarla, deben solicitar su renovación mínimo con tres meses de anterioridad al vencimiento de la misma.

Artículo 19. Documentos que deben adjuntar. Toda solicitud de renovación de licencia sanitaria de funcionamiento debe ir acompañada de los

documentos solicitados para la expedición de la respectiva licencia debidamente actualizados.

Artículo 20. Trámite para la renovación de la licencia. El trámite de renovación de la licencia sanitaria de funcionamiento se regirá por las normas previstas por la presente resolución para el trámite de solicitud de licencia. A toda solicitud de renovación de una licencia sanitaria de funcionamiento, presentada dentro del término establecido en esta providencia y cuyo concepto de la visita de inspección fuese desfavorable por una sola vez se le concederá un plazo de treinta días hábiles, prorrogable por una sola vez y por un término igual para que el interesado proceda al cumplimiento de las recomendaciones consignadas en el acta. Esta prórroga se concederá cuando se demuestre plenamente que las causas de su incumplimiento son justificadas.

Artículo 21. Negociación de la renovación de la licencia. transcurrido el término contemplado en el artículo anterior sin que se hayan cumplido las recomendaciones, la dirección seccional o distrital de salud mediante resolución motivada, negará la solicitud de renovación de la licencia sanitaria de funcionamiento y sólo podrá solicitarse una nueva licencia transcurridos treinta días hábiles a partir de la ejecutoria de la providencia



que así lo determine y durante dicho término habrá cierre temporal de la entidad, no pudiéndose prestar el servicio de ambulancia, hasta cuando se otorgue la nueva licencia sanitaria de funcionamiento.

Artículo 22. Notificación. La resolución que niegue la solicitud de renovación de la licencia sanitaria de funcionamiento deberá ser notificada personalmente al interesado o a su apoderado, dentro de los cinco días hábiles siguientes a su expedición, si esto no fuere posible se notificará por edicto fijado por diez días hábiles en un lugar público de las correspondientes direcciones seccionales o la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá, D.C.

Artículo 23. Recurso. Contra la providencia que niegue la renovación de la licencia procede el recurso de reposición.

Artículo 24. De las entidades prestadoras de servicios de salud. Cuando una entidad hospitalaria de carácter público o privado, preste el servicio de ambulancia, en el acto por medio del cual se le reconozca la licencia sanitaria de funcionamiento al hospital, conforme a lo dispuesto en la resolución número 2810 de 1986, expedida por el Ministerio o las que la adicionen, modifiquen o deroguen, se precisa esta clase de servicios, previo

el cumplimiento de los requisitos exigidos en la norma técnica sobre servicios de ambulancias, adoptado por la presente providencia.

Artículo 25. Del control y vigilancia sanitaria. Corresponde a las direcciones seccionales o distritales de salud, ejercer el control y vigilancia sanitaria a las entidades prestadoras del servicio de ambulancia y a los vehículos destinados para tal fin, para garantizar las condiciones sanitarias y el cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma técnica adoptada mediante la presente resolución.

Las demás autoridades de la república, prestarán su autorización a las autoridades sanitarias para el cumplimiento de las funciones de control y vigilancia a que se refiere esta providencia.

Artículo 26. De las medidas sanitarias de Seguridad y sanciones. Las direcciones seccionales de salud, aplicarán las medidas sanitarias de seguridad y sanciones cuando sea el caso, a las entidades prestadoras del servicio de ambulancias, cuando están incumpliendo lo dispuesto en la presente resolución, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 576 y 577 de la ley 09 de 1979, código sanitario nacional, 59 de la ley 10 de 1990, siguiendo el procedimiento previsto en el código Contencioso Administrativo.

Artículo 27. Concesión de plazos especiales. Las entidades públicas y privadas prestadoras del servicio de ambulancia que están operativas tendrán seis meses de plazo a partir de la fecha de la vigencia de la presente resolución para solicitar ante las autoridades correspondientes la licencia sanitaria de funcionamiento.

Parágrafo. A los vehículos que en la actualidad estén prestando el servicio de ambulancias, para el efecto de la licencia sanitaria de funcionamiento no se les exigirá los requisitos generales del vehículo, pero deberán cumplir con los elementos de dotación obligatorios y recurso humano, según la clasificación de ambulancias de acuerdo a su ámbito de servicio, descrito en el Manual de Normatización del componente traslado para la Red Nacional de Urgencias adoptado por la presente resolución.

Artículo 28. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

ANEXO 15
DECRETO NÚMERO 412

6 MAR. 1992

Por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

en ejercicio de la facultad que le confiere el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y la ley 10 de 1990, artículos 1 y 2.

DECRETA

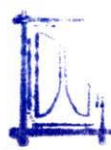
Artículo 1. Campo de Aplicación. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a todas las entidades prestatarias de servicios de salud públicas y privadas.

Artículo 2. De la obligatoriedad de la atención inicial de urgencias. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 de la ley 10 de 1990 todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar

atención inicial de urgencias, independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio.

Artículo 3. Definiciones. Para los efectos del presente decreto, adoptáanse las siguientes definiciones:

1. **URGENCIA.** Es la alteración de la integridad física y/o mental de la persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediato y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.
2. **ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIA.** Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tienda a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.
3. **ATENCIÓN DE URGENCIA.** Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.



4. **SERVICIO DE URGENCIA.** Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados, tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud y por esa unidad.
5. **RED DE URGENCIAS.** Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución de atención de las personas con patologías de urgencias, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud. La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información, comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.

Artículo 4o. De las responsabilidades de las entidades de salud con respecto a la atención inicial de la urgencia. Las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención inicial de urgencias estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con los niveles

de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determine el Ministerio de Salud.

Parágrafo. La entidad que haya prestado la atención inicial de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, sino ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora.

Artículo 5o. De la formación del recurso humano y de la educación de la comunidad. Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud están en la obligación de desarrollar programas educativos orientados hacia la educación de la comunidad, tendientes a disminuir los factores de riesgo que condicionen las patologías de urgencias según análisis específicos de la morbimortalidad, siempre con miras a estimular la convivencia ciudadana y la no violencia. Para este fin se harán las apropiaciones presupuestales necesarias .

Parágrafo. El Ministerio de Salud colaborará con las entidades y organizaciones competentes de la educación superior en la formulación de las políticas de formación de recurso humano de acuerdo con las

necesidades del sector salud en el área de las urgencias, en los campos de la atención, la investigación y administración de las mismas.

Artículo 6. De los comités de Urgencias. Créase el Comité Nacional de Urgencias como organismo asesor del subsector oficial del sector salud en lo concerniente a la prevención y manejo de las urgencias médicas.

Parágrafo. En cada entidad territorial se crearán por parte de la autoridad correspondiente un comité de urgencias, cuya composición y funciones se estipularán en el acto de creación.

Artículo 7. El Comité Nacional de Urgencias tendrá las siguiente funciones:

- a) Asesorar al subsector oficial del sector salud en la elaboración de normas técnicas y administrativas para el manejo de las urgencias médicas y colaborar en el mantenimiento y análisis de un diagnóstico actualizado de la incidencia y de los problemas originados en la prevalencia de ese tipo de patología.
- b) Coordinar con los comités que se creen para el efecto en las diferentes entidades territoriales, las asesorías que se deberán brindar a las

entidades y organizaciones públicas y privadas que tengan como objetivo la prevención y manejo de las urgencias.

- c) Revisar periódicamente los programas de educación comunitaria orientados a la prevención y atención primaria de las urgencias, y los programas docentes relacionados con la problemática de las mismas dirigidos a los profesionales de la salud, con el fin de sugerir pautas para el diseño de los mismos.
- d) Contribuir a la difusión, desarrollo y ejecución del programa de la Red Nacional de Urgencias.
- e) Promover la consecución de recursos para el desarrollo de los programas de prevención y manejo de las urgencias.
- f) Elaborar su propio reglamento y las demás que le asigne el Ministerio de Salud como organismo rector del Sistema de Salud.

Artículo 8. El Comité Nacional de Urgencias estará integrado por:

- a) El Ministro de Salud o su delegado, quien lo presidirá
- b) Un representante de las facultades o escuelas de medicina
- c) El presidente del Colegio Colombiano de Médicos de Urgencias o su delegado.
- d) Un representante de la Superintendencia Nacional de Salud.
- e) El Presidente de la Cruz Roja Colombiana o su delegado.

- f) El Director Nacional para la Atención de Desastres del Ministerio de Gobierno.
- g) Un representante de la Unión de Aseguradores Colombianos, FASECOLDA.

Artículo 9. La instalación y funcionamiento del Comité Nacional de Urgencias es responsabilidad del Ministerio de Salud. A nivel seccional, distrital local lo será del Jefe de la Dirección Seccional de Salud o local respectiva.

Artículo 10. De los aspectos administrativos y financieros. Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud destinarán un porcentaje de su presupuesto para el pago de la atención inicial de urgencias de los pacientes a quienes se le compruebe carencia absoluta de recursos para cubrir el costo de tales servicios.

Artículo 11. Con base en un diagnóstico de sus necesidades, las entidades del subsector oficial del sector salud asignarán un porcentaje de su presupuesto con destino a la atención de urgencias, acorde con los lineamientos del programa de la Red Nacional de Urgencias.

Artículo 12. Todas las instituciones del sector salud deberán realizar los ajustes administrativos y financieros necesarios para asegurar el cumplimiento del presente decreto.