

CIRCULAR EXTERNA 47 DE 2007

(noviembre 30)

Diario Oficial No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

<NOTA DEL EDITOR: Editor advierte que los anexos publicados en esta circular, por sus características no han sido incluidos. El editor aconseja que cualquier referencia a los mismos sean consultados en la página de internet de la Superintendencia Nacional de Salud>

CIRCULAR UNICA

PARA: ENTIDADES, SUJETOS VIGILADOS Y USUARIOS DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
DE: SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD
ASUNTO: INSTRUCCIONES GENERALES Y REMISIÓN DE INFORMACIÓN PARA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- Modificada por la Circular [2025151000000009-5](#) de 11 de agosto de 2025, 'POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES ADICIONALES A LA CIRCULAR EXTERNA 047 DE 2007, EL REPORTE DE INFORMACIÓN DE LOS GESTORES FARMACÉUTICOS PARA EFECTOS DE SUPERVISIÓN', publicada en el Diario Oficial No. 53.209 de 11 de agosto de 2025. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Modificada por la Circular [2025151000000008-5](#) de 1 de agosto de 2025, 'POR LA CUAL SE ELIMINAN, MODIFICAN Y ADICIONAN INSTRUCCIONES DE LA CIRCULAR EXTERNA 047 DE 2007, PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL FLUJO DE RECURSOS DEL SGSSS', publicada en el Diario Oficial No. 53.202 de 4 de agosto de 2025. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Modificada por la Circular [2024151000000013-5](#) de 20 de diciembre de 2024, 'por el cual se Modifica Parcialmente la Circular Externa número 047 de 2007 y se Modifica el Módulo de Datos General Aplicativo nRVCC, Incorporado Mediante la Circular Externa número 005 de 2018', publicada en el Diario Oficial No. 52.979 de 23 de diciembre de 2024. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Modificada por la Circular [2024151000000007-5](#) de 2024, 'por la cual se hacen adiciones y modificaciones a la Circular Externa 047 de 2007 - Instrucciones Generales y Remisión de Información Financiera para la Inspección, Vigilancia y Control', publicada en el Diario Oficial No. 52.820 de 11 de julio de 2024. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Modificada por la Circular [2024151000000005-5](#) de 2024, 'por la cual se imparten instrucciones para el Reporte de Información Financiera y Presupuestal', publicada en el Diario Oficial No. 52.690 de 11 de marzo de 2024. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Modificada por la Circular [2024151000000004-5](#) de 2024, 'por el cual se imparten instrucciones adicionales a la Circular externa 016 de 2016 para el reporte de información financiera de nuevos sujetos vigilados', publicada en el Diario Oficial No. 52.669 de 14 de febrero de 2024. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.

su publicación en el Diario Oficial.

- Modificada por la Circular [2024100000000003-5](#) de 2024, 'Por la cual se imparten instrucciones el cobro de cuotas moderadoras y copagos de acuerdo con lo establecido en el Decreto [1652](#) de 2011 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, y se modifica parcialmente el Título VII Circular externa [047](#) de 2007, modificada por la Circular externa [008](#) de 2018', publicada en el Diario Oficial No. 52.669 de 14 de febrero de 2024. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Modificada por la Circular [2023151000000010-5](#) de 2023, 'por la cual se modifican los términos para resolver los reclamos en Salud establecidos en la Circular Externa 047 de 2007, modificada por la Circular Externa 008 de 2018, así como los anexos técnicos relacionados con reclamos en salud dispuestos en la Circular Externa 017 de 2020', publicada en el Diario Oficial No. 52.435 de 23 de febrero de 2023. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Modificada por la Circular [2023150000000006-5](#) de 2023, 'por la cual se imparten instrucciones para garantizar el cumplimiento del flujo de recursos, y se modifican el archivo tipo ft 025 de la Circular Externa [014](#) de 2020 y el archivo tipo st010 de la Circular Externa [008](#) de 2018', publicada en el Diario Oficial No. 52.351 de 29 de marzo de 2023. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Consultar la Circular [2023151000000005-5](#) de 2023, 'por la cual se imparten instrucciones adicionales a la Circular Externa número [016](#) de 2016 para el reporte de información', publicada en el Diario Oficial No. 52.349 de 27 de marzo de 2023. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Consultar la Circular [56](#) de 2022, 'por el cual se imparten instrucciones adicionales para el reporte de información y se hacen modificaciones a las Circulares externas [16](#) de 2016; [08](#) de 2018; [17](#) y [18](#) de 2020', publicada en el Diario Oficial No. 52.173 de 30 de septiembre de 2022.
- Modificada por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.
- Modificada por la Circular [49-5](#) de 2022, 'POR LA CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA LA CIRCULAR ÚNICA EN LO RELACIONADO CON LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, HABILITACIÓN Y PERMANENCIA DE LAS EPS, MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN Y AFILIACIÓN, EL TRATO DIGNO A LOS USUARIOS Y LOS CANALES DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE DEBEN DISPONER, ENTRE OTRAS, LAS EAPB', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.
- Modificada por la Circular [7](#) de 2021, 'RETRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN Y OTRAS DISPOSICIONES DEL REPORTE DE INFORMACIÓN', publicada en el Diario Oficial No. 51.29 de diciembre de 2021.
- Modificada por la Circular [14](#) de 2020, 'INSTRUCCIONES PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL FLUJO DE RECURSOS'.
- Modificada por la Circular [13](#) de 2020, 'por la cual se imparten lineamientos en materia de instrucciones para el cálculo del capital mínimo, patrimonio adecuado, reservas técnicas y régimen de inversiones y se modifica la Circular externa [016](#) de 2016'.
- Consultar la Circular [6](#) de 2020, 'REPORTE DE INFORMACIÓN - INSTRUCCIONES

ADICIONALES A LA CIRCULAR EXTERNA [004](#) DE 2020', publicada en el Diario Oficial No. 51.273 de 31 de marzo 2020.

- Consultar la Circular [4](#) de 2020, 'REPORTE DE INFORMACIÓN', publicada en el Diario Oficial No. 51.273 de 31 de marzo 2020.

- Modificada por la Circular [2](#) de 2020, 'Reporte de información', publicada en el Diario Oficial No. 51.211 de 29 de enero 2020.

- Modificada por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

- Modificada por la Circular [6](#) de 2018, 'por la cual se hacen modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, en lo relacionado con el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos, y reporte de información', publicada en el Diario Oficial No. 50.674 de 3 de agosto de 2018.

- Modificada por la Circular [5](#) de 2018, 'por el cual se modifica la circular [047](#) de 2007, y se crea un módulo en el aplicativo NRVCC – Datos Generales', publicada en el Diario Oficial No. 50.658 de 19 de julio de 2018.

- Modificada por la Circular [4](#) de 2018, 'por la cual se imparten instrucciones generales relativas al código de conducta y de buen Gobierno organizacional, el sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas de administración de riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 50.643 de 3 de julio de 2018. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.

- Modificada por la Circular [3](#) de 2018, 'instrucciones Generales para la Implementación de Mejores Prácticas Organizacionales – Código de Conducta y de Buen Gobierno IPS de los Grupos C1 y C2', publicada en el Diario Oficial No. 50.603 de 24 de mayo de 2018.

- Modificada por la Circular [7](#) de 2017, 'instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno eps, emp y sap', publicada en el Diario Oficial No. 50.285 de 5 de julio de 2017.

- Modificada por la Circular 6 de 2017, 'modificación del numeral 3.2.2 de la Circular número [004](#) de 2017 “Modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Externa número [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión, fusión y creación de EPS en las que se pretenda ceder la habilitación o autorización para

operar”, publicada en el Diario Oficial No. 50.258 de 8 de junio de 2017.

- Modificada por la Circular 5 de 2017, 'Modificación del Capítulo V del Título II de la Circular [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión, fusión y creación de EPS en las que se pretenda ceder la habilitación o autorización para operar, los afiliados y los contratos de prestación de servicios asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios', publicada en el Diario Oficial No. 50.246 de 26 de mayo de 2017.

- Consultar la Circular [16](#) de 2016, publicada en el Diario Oficial No. 50.051 de 8 de noviembre de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular [047](#) de 2007 – reporte de información financiera para efectos de supervisión'

- Modificada por la Circular 12 de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría

para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

- Modificada por la Circular 8 de 2016, 'modificación del Capítulo V del Título II de la Circular [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión y fusión', publicada en el Diario Oficial No. 49.849 de abril de 2016.

- Modificada por la Circular 20 de 2015, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen los criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica', publicada en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

- Modificada por la Circular [1](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 49.423 de 12 de febrero de 2015.

- Modificada por la Circular [7](#) de 2014, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular número [047](#) de 2007 y se imparten instrucciones para la verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud', publicada en el Diario Oficial No. 49.381 de 31 de diciembre de 2014.

- Modificada por la Circular [11](#) de 2013, 'adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 48.981 de 21 de noviembre de 2013.

Destaca el editor lo dispuesto en su inciso final: 'La presente circular rige a partir de la fecha de su expedición, deroga lo que le sea contrario y sustituye en su integridad la Circular Externa número 000002 del 27 de febrero de 2013.'

- Modificada por la Circular [9](#) de 2013, 'programas publicitarios de las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud: sustitución del trámite de autorización previa por un esquema de verificación posterior', publicada en el Diario Oficial No. 48.947 de 18 de octubre de 2013.

- Modificada por la Circular [6](#) de 2013, 'por medio de la cual se modifica el numeral 2.1 de la Circular número [000002](#) de 27 de febrero de 2013', publicada en el Diario Oficial No. 48.898 de 30 de agosto de 2013.

- Modificada por la Circular [2](#) de 2013, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 48.718 de 28 de febrero de 2013.

- Mediante la Circular [1](#) de 2013, publicada en el Diario Oficial No. 48.716 de 26 de febrero de 2013, establece: 'El plazo establecido en la Circular [Única](#), para el reporte de la información con vencimiento el 25 de febrero de 2013 y la información relacionada con el reporte mensual establecido en la Circular [Única](#), se prorroga hasta el 11 de marzo de 2013, sin que este plazo modifique el término legalmente establecido para las próximas transmisiones.'

- Modificada por la Circular 10 de 2012, 'Reporte Información Financiera sobre Grupo Económico Integración Vertical', publicada en el Diario Oficial No. 48.502 de 25 de julio de 2012'

- Modificada por la Circular 9 de 2012, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [4](#) de 2007 modificada por las Circulares [481](#), [492](#), [503](#), [514](#), [525](#) de 2008, [576](#), [587](#) de 2009, [598](#), [601](#), [610](#) y [62](#) de 2010 para actualizar los indicadores de alerta temprana DEL TÍTULO II ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS CAPÍTULO IV INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA Y EL TÍTULO IV CAPÍTULO I NUMERAL 1.3. CAPÍTULOS II Y III

CALIDAD, se establece su periodicidad', publicada en el Diario Oficial No. 48.502 de 25 de julio 2012

- Modificada por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre 2011, 'Modificación Circular Única – Capítulo Juegos de Suerte y Azar'

- Modificada por la Circular 2 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 de febrero 2011, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [47](#) de 2007 modificada por las circ [48](#), [49](#), [50](#), [51](#), [52](#) de 2008; [57](#), [58](#) de 2009; [059](#), [060](#), [061](#) y [062](#) de 2010, relacionadas con la firm

- Modificada por la Circular 66 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.933 de 24 de diciembre de 2010, 'LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD'

- Modificada por la Circular 65 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.933 de 24 de diciembre de 2010, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [47](#) de 2007 modificada por las Circulares [48](#), [49](#), [50](#), [51](#), [52](#) de 2008; [57](#), [58](#) de 2009; [059](#), [060](#), [061](#) y [062](#) de 2010'

- Modificada por la Circular 62 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.777 de 21 de julio 2010, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [47](#) de 2007 modificada por las Circ [48](#), [49](#), [50](#), [51](#), [52](#) de 2008, [57](#), [58](#) de 2009, [059](#), [060](#) y [061](#) de 2010'

- Modificada por la Circular 61 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.769 de 13 de julio 2010, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [47](#) de 2007 modificada por las circ [48](#), [49](#), [50](#), [51](#), [52](#) de 2008; [57](#), [58](#) de 2009; [059](#) y [060](#) de 2010'.

- Modificada por la Circular 60 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.640 de 3 de marzo 2010, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la circular [47](#) de 2007 modificada por las circ [48](#), [49](#), [50](#), [51](#), [52](#) de 2008, [57](#), [58](#) de 2009 y [059](#) de 2010'

- Modificada por la Circular 59 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero 2010, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la circular [47](#) de 2007 modificada por las circ [48](#), [49](#), [50](#), [51](#), [52](#) de 2008, [57](#) y [58](#) de 2009.'

- Modificada por la Circular 58 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.549 de 30 de noviembre de 2009, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular Única [47](#) de 2007 modificada por Circulares [48](#), [49](#), [50](#), [51](#), [52](#) de 2008 y [57](#) de 2009'

- Modificada por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre 2009, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la circular única [47](#) de 2007 modificada por la circulares [48](#), [49](#), [50](#), [51](#) y [52](#) de 2008'

- Modificada por la Circular 52 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular Única [47](#) de 2007 modificada por circulares [48](#), [49](#), [50](#) y [51](#) de 2008.

- Modificada por la Circular 51 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.152 de 24 de octubre 2008, 'Adición del capítulo VIII instrucciones cumplimiento sentencias en el título I Disposiciones generales de la Circular Externa número [047](#) (Circular única)'

- Modificada por la Circular 50 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.132 de 4 de octubre 2008, 'Modificación de las instrucciones contenidas en el Título III Generadores de recursos – Caso Primero operadores del juego de lotería tradicional - numeral 2. Juegos de apuestas permanentes -

2.2.10. Estudios de mercado de la circular externa no. [047](#) (circular única).

- Modificada por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008, 'Modificación a las instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control contenidas en la Circular Externa número [047](#) (Circular Unica)

- Modificada por la Circular [48](#) de 2008, publicada en la página de internet de la entidad emisora, 'Modificación plazo remisión información Circular Única (Circular Externa 047 de 2007)'

Doctrina Concordante

Concepto MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [552212](#) de 2025

Concepto MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [127781](#) de 2023

Concepto MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [2361361](#) de 2022

Concepto SUPERSALUD [682571](#) de 2024

Concepto SUPERSALUD [201441](#) de 2023

Concepto SUPERSALUD [36287](#) de 2020

1. OBJETIVO Y ALCANCE.

Con fundamento en las facultades Constitucionales y Legales de la Superintendencia Nacional de Salud, expedida la Circular Unica, acto administrativo en el cual se reúnen en un solo cuerpo normativo todas las instrucciones de la entidad que se encuentran vigentes, con los siguientes propósitos:

-- Recopilar, modificar y actualizar todas las Circulares Externas y Cartas Circulares expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

-- Facilitar a los destinatarios de su misión de inspección, vigilancia y control, el cumplimiento, comprensión y consulta de las instrucciones expedidas por esta Superintendencia.

-- Proporcionar a sus funcionarios un instrumento jurídico unificado y coherente que determine con precisión las reglas aplicables a las situaciones concretas que se inscriben dentro de su ámbito de competencia.

2. ESTRUCTURA.

2.1 Composición

La Circular Unica contiene en cada uno de los títulos que la componen las instrucciones y solicitud de información dispuestas por la Superintendencia Nacional de Salud, las cuales serán de obligatorio cumplimiento para los sujetos vigilados.

2.2 Consulta y Uso

Para la consulta y uso de la Circular Unica, por parte de los diferentes usuarios, se considera necesario establecer que se deben observar las siguientes pautas:

2.2.1 Elementos

La Circular se encuentra compuesta por una tabla de contenido y títulos, integrados por capítulos. Los capítulos se descomponen en numerales y subnumerales hasta de cinco dígitos y literales, en los casos que se hace necesario.

Cada título corresponde a un grupo de sujetos vigilados, de acuerdo con el rol asumido dentro del Sistema de Salud.

El Título XI, corresponde a los anexos técnicos necesarios para el cumplimiento de las instrucciones de remisión de información impartidas, a los cuales se hace remisión expresa en su contenido y parte inicial del texto de la misma.

Los anexos coinciden con los formatos que las entidades vigiladas deben utilizar para remitir información ante la Superintendencia. Para ubicar cada uno de los formatos en el título XI Anexos Técnicos, estos se enumeran según el orden en el que aparezcan en la Circular.

Los títulos de la Circular Unica son:

Título Tema

Primero Disposiciones Generales

Segundo Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

Tercero Generadores de recursos económicos para la salud

Cuarto Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Quinto Entidades Territoriales

Sexto Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA

Séptimo Protección al Usuario y Participación Ciudadana

Octavo Otros actores

Noveno Medidas Especiales

2.2.2. Presentación

La Circular se presenta en hojas numeradas según cada uno de los títulos, lo cual facilitará su modificación y actualización de los diferentes temas.

3. CONSULTA.

La Circular Unica podrá ser consultada:

3.1. En forma permanente en la página Web de la Superintendencia www.supersalud.gov.co

3.2. El texto original de la Circular Unica, en medio físico, reposará en la Secretaría General de la Superintendencia.

Cualquier persona natural o jurídica interesada en obtener copia, simple o auténtica de la misma, podrá solicitarla, mediante escrito dirigido a la Secretaría General de la Superintendencia Nacional de Salud.

El costo de las fotocopias correspondientes a la Circular Unica que sean solicitadas por entidades u

organismos que no paguen tasa a la Superintendencia deberá ser cubierto por el interesado, de acuerdo al valor establecido para tal fin por la entidad.

4. NORMATIVIDAD Y MODIFICACIONES REALIZADAS.

La Circular Unica además de contener las instrucciones y solicitudes de información de las anteriores Circulares Externas y Cartas Circulares, con su expedición se actualizan y modifican los temas con en cada una de estas de conformidad con las nuevas normas expedidas por el Gobierno Nacional y pronunciamientos efectuados por la Corte Constitucional frente a las disposiciones que regula el Sector Salud.

5. Contenido

Tabla de Contenido

Tabla de Contenido no actualizada. Consultar la tabla de Contenido actualizada mediante la Función

Título I DISPOSICIONES GENERALES

Capítulo 1o Seguridad técnica y jurídica para las comunicaciones electrónicas de la Superintendencia Nacional de Salud que requieren firma digital

Capítulo II Pautas Publicitarias

Capítulo III Revisores Fiscales

Capítulo IV Código de Ética y de Buen Gobierno

Capítulo V Facultades Jurisdiccionales

Capítulo VI Facultades de Conciliación

Título II ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS

Capítulo I Entidades Promotoras de Salud

Capítulo II Empresas que administran Planes Adicionales de Salud

Capítulo III Regímenes de Excepción y Especiales

Título III GENERADORES DE RECURSOS

Capítulo I Operadores del Juego de Lotería Tradicional

Capítulo II Operadores del Juego de Apuestas Permanentes o Chance

Capítulo III Juegos de Suerte y Azar distintos a Loterías y Chance

Capítulo IV Bebidas Alcohólicas

Título IV INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Capítulo I Disposiciones Comunes

Capítulo II Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza privada

Capítulo III Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública

Título V ENTIDADES TERRITORIALES

Título VI FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA (FOSYGA)

Título VII PROTECCION AL USUARIO Y PARTICIPACION CIUDADANA

Capítulo I Protección al Usuario

Capítulo II Participación Ciudadana

Título VIII OTROS ACTORES

Capítulo I Compañías de Seguros autorizadas para operar el ramo SOAT

Capítulo II Indumil

Capítulo III Cajas de Compensación Familiar que no administran régimen tsubiado

Título IX MEDIDAS ESPECIALES

Capítulo I Marco legal de las acciones y medidas especiales

Capítulo II Intervención Forzosa Administrativa para administrar

Capítulo II Intervención Forzosa Administrativa para liquidar

Capítulo III Intervención Técnica y Administrativa

Capítulo V Liquidaciones Voluntarias (Supresión y liquidación)

Título X GLOSARIO

Título XI ANEXOS TECNICOS

TITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES.

En este primer título se encuentran las instrucciones que tienen como destino dos o más entidades c de vigilancia y aquellas relacionadas con las nuevas facultades jurisdiccionales y de conciliación ot la Superintendencia.

CAPITULO I.

SEGURIDAD TÉCNICA Y JURÍDICA PARA LAS COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS DE SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD QUE REQUIEREN FIRMA DIGITAL.

Con el fin de garantizar un intercambio seguro y eficiente de los datos entre los vigilados y la entidad, garantizar los atributos de autenticidad, integridad y no repudio de la información, la Superintendencia Nacional de Salud, incorpora la aplicación de nuevas tecnologías de seguridad en sus comunicaciones electrónicas, de conformidad con lo establecido en la Ley [527](#) de 1999, el Decreto Reglamentario 1 2000; que definen y reglamentan el acceso y uso de los mensajes de datos, así como la firma digital entidades de certificación.

En particular, se busca, entre otros objetivos, reducir al mínimo posible la utilización y flujo de documentos en soporte caratular (papel), asegurando la identificación plena de los emisores de documentos electrónicos certificando la recepción efectiva y oportuna de los datos por parte del verdadero destinatario y garantizando la seguridad técnica y jurídica (dado su valor probatorio) de la información. Dicha seguridad en los documentos electrónicos se refleja en atributos jurídicos como la autenticidad, integridad y no repudio.

El sistema de certificación digital permite establecer la identidad y otras cualidades de una persona que actúa a través de una red informática, un sistema de información y, en general, cualquier medio de comunicación y/o información electrónica. De esta forma, la certificación digital garantiza: la identidad y capacidad de las partes que tratan entre sí sin conocerse (emisor y receptor del mensaje); la confidencialidad de los contenidos de los mensajes (ni leídos, ni escuchados por terceros); la integridad de la transacción (no manipulada por terceros) y la irrefutabilidad de los compromisos adquiridos (no repudiación).

Teniendo en cuenta lo anterior, los archivos reportados a la Superintendencia vía electrónica deberán ser debidamente autenticados, a través de la utilización de firma digital. En consecuencia, las entidades vigiladas deberán obtener un certificado digital, expedido por una entidad de certificación digital debidamente autorizada por la Superintendencia de Industria y Comercio. Esta firma digital deberá ser adquirida y administrada por las diferentes entidades vigiladas.

Las condiciones, restricciones y el procedimiento técnico para el uso de esta firma digital, estará determinado por las características que brinde la entidad de certificación digital a través de su Declaración de Prácticas de Certificación.

En este sentido, es necesario tener en cuenta consideraciones generales para la utilización de los mensajes de datos y las firmas digitales del sistema electrónico de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud como las que a continuación se presentan:

1. CARACTERÍSTICAS QUE DEBEN SATISFACER LOS CERTIFICADOS Y FIRMAS DIGITALES.

Las comunicaciones electrónicas de cualquier índole enviadas por las entidades vigiladas a la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control que se encuentren respaldadas con una firma digital deberán cumplir con las disposiciones del artículo 15 de la Ley 527 de 1999 con el fin de dar por satisfechos los atributos jurídicos propios de una firma digital garantizando con ello que dicha firma tendrá la misma fuerza y efectos que el uso de una firma manuscrita. De igual manera, los certificados digitales que respalden dichas firmas deberán cumplir con las disposiciones del artículo 15 del Decreto 1747 de 2000, y por lo tanto deben ser emitidos por una entidad de certificación abierta autorizada por la Superintendencia de Industria y Comercio.

2. CONSIDERACIONES PARA EL INTERCAMBIO DE MENSAJES DE DATOS FIRMADOS DIGITALMENTE.

A continuación se definen las consideraciones que deben ser tenidas en cuenta para el intercambio de mensajes de datos respaldados con firmas digitales:

2.1. Para el envío de comunicaciones emitidas por las entidades vigiladas, así como para la recepción de comunicaciones dirigidas a estas se debe hacer uso de los sistemas de comunicación definidos por la Superintendencia Nacional de Salud para tal fin.

2.2. Las comunicaciones en forma de mensajes de datos emitidas por la entidad vigilada que requiera una firma manuscrita en su equivalente en papel, deberán encontrarse firmadas digitalmente.

2.3. Las comunicaciones en forma de mensajes de datos respaldadas con certificados digitales generados por la entidad vigilada deberán encontrarse dentro de los usos aceptados en la Declaración de Prácticas de Certificación de la entidad de certificación que emite los certificados.

3. CONSIDERACIONES PARA LA VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN DE MENSAJES DE DATOS FIRMADOS DIGITALMENTE POR PARTE DE LAS ENTIDADES VIGILADAS.

La Superintendencia Nacional de Salud será parte confiante en la recepción de las comunicaciones electrónicas firmadas digitalmente emitidas por sus entidades vigiladas dentro de las funciones propias de inspección, vigilancia y control. En su rol como parte confiante la Superintendencia Nacional de Salud verifica que la firma digital asociada al mensaje de datos o comunicación electrónica satisfice:

3.1. Que el certificado digital que respalda la firma digital del acto de comunicación fue emitido por una entidad de certificación abierta autorizada para ello por la Superintendencia de Industria y Comercio.

3.2. Que la firma digital puede ser verificada con la clave pública que se encuentra en el certificado en relación con la firma, emitido por la entidad de certificación autorizada.

3.3. Que la firma digital fue emitida dentro del tiempo de validez del certificado.

3.4. Que el certificado digital que respalda la firma digital no haya sido revocado, para este efecto, la entidad de certificación debe validar que el certificado digital no se encuentre en la base de datos de certificados digitales revocados publicada por la Entidad de Certificación.

3.5. Que el mensaje de datos goza de integridad.

3.6. Que el mensaje de datos firmado se encuentra dentro de los usos aceptados en la Declaración de Prácticas de Certificación.

De igual forma, la entidad vigilada deberá cumplir con todas las obligaciones que adquiriera como su parte confiante dentro del Sistema de Certificación Digital de acuerdo con las disposiciones de la Declaración de Prácticas de Certificación de la entidad de certificación.

4. RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL CERTIFICADO DIGITAL.

En el presente numeral se establecen las medidas de seguridad necesarias para la administración del certificado digital, por parte de los vigilados:

4.1. El Certificado digital es de carácter personal e intransferible.

4.2. No permitir que otras personas conozcan el número de identificación personal clave de protección de acceso al certificado digital.

4.3. Si el certificado digital se encuentra almacenado en un dispositivo seguro, este debe estar siempre en poder de su titular o almacenado de manera segura.

4.4. No se debe emplear el dispositivo de almacenamiento del certificado digital para almacenar datos para propósitos distintos a firmar digitalmente mensajes de datos.

4.5. Si se extravía o se pierde el control del dispositivo de almacenamiento del certificado digital o la clave de protección de acceso debe comunicarse inmediatamente con la entidad de certificación que emitió, y se deberá solicitar su revocación.

4.6 No se debe olvidar la clave de protección de acceso al certificado digital, su olvido implica la revocación del certificado digital y la emisión de un nuevo certificado digital.

4.7. Se deben tener en cuenta las políticas de seguridad asociadas con la clave de protección de acceso al certificado digital. Por ejemplo el número máximo de ingresos consecutivos erróneos permitidos del sistema de certificación digital.

5. OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES GENERALES DEL SUScriptor DEL CERTIFICADO DIGITAL.

La entidad vigilada suscriptora del certificado digital tiene las siguientes obligaciones frente a la entidad de certificación y terceras personas en la utilización de su certificado digital:

5.1. Utilizar la clave privada y el certificado digital emitido tan solo para los fines establecidos y de acuerdo con los condicionamientos establecidos en la Declaración de Prácticas de Certificación de la entidad de certificación y en el certificado digital entregado. Será responsabilidad del suscriptor el uso indebido de este o terceros hagan del mismo.

5.2. Responder por la custodia de la clave privada y de su soporte físico (si aplica) evitando su pérdida, revelación, modificación o uso no autorizado. Especialmente, el suscriptor deberá abstenerse, sin importar la circunstancia, de anotar en el soporte físico del certificado digital el código de activación o las claves privadas, ni tampoco en cualquier otro documento que el suscriptor conserve o transporte consigo o en su soporte físico.

5.3. Solicitar la revocación del certificado digital que le ha sido entregado cuando se cumpla alguno de los supuestos previstos para la revocación de los certificados digitales, de conformidad con lo dispuesto en la Declaración de Prácticas de Certificación de la entidad de certificación.

5.4. Abstenerse en toda circunstancia de revelar la clave privada o el código de activación del certificado digital, así como abstenerse de delegar su uso a terceras personas.

5.5. Asegurarse de que toda la información contenida en el certificado digital es cierta y notificar inmediatamente a la entidad de certificación en caso de que se haya incluido cualquier información incorrecta o inexacta o en caso de que por alguna circunstancia posterior la información del certificado digital no corresponda con la realidad. Así mismo, deberá comunicar de manera inmediata el cambio o variación que haya sufrido cualquiera de los datos que aportó para la emisión del certificado digital si estos no estuvieran incluidos en el propio certificado digital.

5.6. Informar inmediatamente a la entidad de certificación acerca de cualquier situación que pueda comprometer la confiabilidad del certificado digital, e iniciar el procedimiento de revocación del certificado digital si sea necesario. Especialmente, deberá notificar de inmediato la pérdida, robo o falsificación del soporte físico y cualquier intento de realizar estos actos sobre el mismo, así como el conocimiento por otras personas del código de activación o de las claves privadas, solicitando la revocación del certificado digital de conformidad con el procedimiento que se establece en la Declaración de Prácticas de Certificación de la entidad de certificación.

5.7. Abstenerse de monitorear, alterar, realizar ingeniería reversa o interferir en cualquier otra forma la prestación de servicios de certificación digital.

5.8. El suscriptor es el único responsable por las obligaciones que emanen de las operaciones o negocios jurídicos que se realicen con los certificados digitales, exonerando a la entidad de certificación de toda responsabilidad.

responsabilidad por este concepto.

5.9. Cualquier otra que se derive de la ley, del contenido de la Declaración de Prácticas de Certificación de la entidad de certificación.

5.10. Manejo del PIN: Es importante destacar que el PIN de protección del certificado digital es un uso personal e intransferible, el conocimiento del mismo será solo del suscriptor o usuario final, la Entidad de Certificación Digital no almacena ni asigna los PIN, por lo tanto su olvido implica revocación del Certificado Digital y obliga a la emisión de un nuevo certificado digital.

5.11. La entidad de certificación no tiene deber alguno de investigación o revisión de la ocurrencia cualquiera de las causales de revocación establecidas en la Declaración de Prácticas de Certificación. La entidad de certificación iniciará el procedimiento de revocación de certificados digitales tan solo cuando tenga noticia de la ocurrencia de cualquiera de ellas. El suscriptor y la parte confiante - en caso de que el certificado digital sea emitido por la entidad de certificación - tienen la obligación de iniciar el procedimiento de revocación del certificado digital tan pronto como tengan conocimiento de la existencia de alguno de estos supuestos.

6. CONSIDERACIONES PARA LA CONSERVACIÓN DE MENSAJES DE DATOS FIRMADOS DIGITALMENTE Y/O CIFRADOS Y LOS CERTIFICADOS DIGITALES.

La Superintendencia Nacional de Salud, realiza las siguientes recomendaciones para las entidades vigiladas con respecto a la conservación de los mensajes de datos o documentos firmados digitalmente:

6.1. Las comunicaciones electrónicas que se encuentren respaldadas por una firma digital avalada por la entidad de certificación autorizada conforme a la ley y que en los términos de esta deben ser conservadas, deberán guardar en condiciones que permitan que la información sea accesible para su posterior consulta, de modo que garanticen que permanezca completa e inalterada.

6.2. La entidad vigilada deberá hacer uso de los mecanismos idóneos para llevar a cabo la conservación de los documentos firmados digitalmente y presentados a la Superintendencia Nacional de Salud, ya que la Superintendencia podrá volver a requerir la información.

6.3. La entidad vigilada será responsable de la conservación de los certificados digitales, su medio de almacenamiento y la clave de acceso al mismo, siempre que estos hayan sido utilizados para el cifrado de mensajes de correo electrónico y/o documentos presentados en forma de mensajes de datos, lo anterior con el fin de garantizar la accesibilidad de los mensajes de datos cifrados para su posterior consulta.

7. CONSIDERACIONES SOBRE LOS RESPONSABLES EN EL SUMINISTRO DE LA INFORMACIÓN Y EL CUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES IMPARTIDAS POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> El envío de la información que deben presentar a esta Superintendencia los vigilados a quienes se dirige la Circular Unica, es responsabilidad de los representantes legales de las Entidades.

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<INCISO> El envío de la información que deben presentar a esta Superintendencia los vigilados quienes se dirige la Circular Unica, es responsabilidad de los representantes legales de las Entidades Territoriales.

De igual manera, los contadores y revisores fiscales serán responsables en el evento que se suministren datos contrarios a la realidad y/u ordenen, toleren, hagan o encubran falsedad en la información remitida a esta Superintendencia en los términos que señalan los artículos 10 de la Ley 43 de 1990, [207](#) y siguientes del Código de Comercio y [43](#) de la Ley 222 de 1995.

CAPITULO II.

USO LOGO VIGILADO SUPERSALUD.

<Capítulo modificado por la Circular [2024151000000013-5](#) de 2024. El nuevo texto es el siguiente

La Superintendencia Nacional de Salud como máxima autoridad del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene como principal función, velar por el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la normatividad vigente Ley [100](#) de 1993 y [1122](#) de 2017, el Decreto número [1080](#) de 2021.

1.2.1. Reglas para el uso del Logo “Vigilado Supersalud”

El logo deberá utilizarse:

- Obligatorio por parte de los vigilados de esta Superintendencia.
- En toda difusión de mensajes publicitarios, avisos comerciales, vallas, afiches, plegables, logotipos, material multimedia y piezas digitales con fines de publicidad.
- Información general, capacitación o similares, que sean difundidas al público interno y externo a través de cualquier medio masivo de comunicación.
- Prensa impresa, radio, televisión, publicidad digital, redes sociales y sitios web, entre otros.
- Los anuncios que sean emitidos por radio o televisión, el mensaje o spot publicitario de la entidad deberá contener al cierre la expresión: “Vigilado Supersalud”.
- En el siguiente enlace encontrará el logo “Vigilado Supersalud”. [logo-vigilado-supersalud.png](#) (70x70px)

El logo “Vigilado Supersalud”, debe ser incluido en todas las piezas gráficas, tal como se observa en la siguiente imagen:



1.2.1.1. Tipografía

Se debe utilizar la fuente tipográfica Nunito Sans en un tamaño que le permita a quien visualiza la identificación identificar el mensaje publicitario de manera clara, legible y visible:



1.2.1.2. Variaciones del logo

De acuerdo con la publicación, el logo “Vigilado Supersalud” tiene como versión su aplicación en color y negro solamente para impresión, como se observa a continuación:

1.2.1.2.1. Logo color



1.2.1.2.2. Logo negativo



1.2.1.2.3. Logo blanco sobre fondo de color



1.2.1.3. Área de reserva

Cuando se usa el logo con otros elementos gráficos o logotipos, se debe respetar un área de reserva proteger su legibilidad.

Área de reserva



1.2.1.4. Usos incorrectos

Para garantizar el uso correcto de la imagen de la entidad de manera adecuada y coherente a continuación se describe en general unas pautas para el uso del lago: “Vigilado Supersalud”

- Ningún elemento del logotipo puede ser eliminado, recortado, modificado o utilizado en solitario.
- Se debe mantener una reserva o espacio libre mínimo en el perímetro que rodea al lago, como se muestra más adelante.
- El logotipo no puede deformarse o distorsionarse las proporciones de las ilustraciones, espacios, y de los elementos y/ o formas de las letras, por el contrario, debe escalar de manera uniforme.
- No se debe reproducir el lago en colores que no sean los especificados en esta Circular.
- El logo debe estar sobre un fondo sólido para garantizar el contraste de sus elementos y no sobre una imagen que impida su legibilidad.
- No biselar o grabar en relieve el lago.
- No adicionar efectos de sombras o brillos al lago.
- No presentar el lago en línea sin color.
- No incluir el lago sobre fondos de colores similares.
- No incluir una caja blanca alrededor del lago cuando se ponga sobre un fondo oscuro.

1.2.2. Aplicaciones

1.2.2.1. Horizontal

Cuando se trate de mensajes publicitarios presentados en formato horizontal, el lago “Vigilado Supersalud” debe publicarse en el margen izquierdo, abajo y en sentido horizontal a la derecha o en sentido vertical ascendente, dependiendo del espacio disponible, así:



1.2.2.2. Vertical

En la publicidad de formato vertical el “Vigilado Supersalud”, debe publicarse en el margen izquierdo sentido vertical ascendente, tal como se observa a continuación:



Dentro de las márgenes anteriormente descritas no debe existir ningún tipo de leyenda, nombre, marca, logotipo o eslogan que tenga relación con una entidad no vigilada por este organismo de control u otra entidad adicional, tal como se describe en el siguiente ejemplo:



1.2.3. Uso en Medios de Comunicación Masiva

Se debe utilizar en todos los medios impresos, digitales y/o redes sociales que la entidad vigilada utilice como canal de comunicación para divulgar un mensaje publicitario relacionado con un servicio o producto, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes: Periódicos, revistas, afiches, pancartas, volantes, banderines, pendones, catálogos, folletos, plegables, talonarios de pago, recetarios etc., en los medios audiovisuales en mensajes de radio y televisión o en sus medios digitales en mensajes de redes sociales.

1.2.3.1. Medios impresos, digitales y redes sociales

El logo deberá ir obligatoriamente de acuerdo con el formato utilizado: vertical u horizontalmente, como se indicó anteriormente, en las piezas gráficas.

1.2.3.2. Televisión, video y animación

Cuando los anuncios sean emitidos por radio o televisión o se incluyan en un video animado, el mensaje de la entidad vigilada deberá estar seguida de la expresión: “Vigilado Supersalud”.

El logo deberá estar ubicado dentro del área de seguridad, su posición será la misma de acuerdo con el formato utilizado (vertical u horizontal).

Cuando el mensaje sea radial, televisivo o en un video animado el mismo debe ser pausado, claro y comprensible por el oyente o televidente.

1.2.3.3. Radio

Cuando los anuncios sean emitidos por radio o televisión, el mensaje de la entidad vigilada deberá estar seguida de la expresión: “Vigilado Supersalud”.

Cuando el mensaje sea televisivo el mismo debe ser pausado, claro y comprensible por el oyente o televidente.

1.2.3.4. Sitios web

Cuando se trate de sitios web, el “Vigilado Supersalud” debe ubicarse en el footer o pie de página y generar hipervínculo al sitio web de la Superintendencia Nacional de Salud (www.supersalud.gov.co).

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [2024151000000013-5](#) de 20 de diciembre de 2024, 'por el c Modifica Parcialmente la Circular Externa número [047](#) de 2007 y se Modifica el Módulo de Datos Generales en el Aplicativo nRVCC, Incorporado Mediante la Circular Externa número [005](#) de 20 publicada en el Diario Oficial No. 52.979 de 23 de diciembre de 2024. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Capítulo parcialmente modificado por la Circular [9](#) de 2013, 'programas publicitarios de las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud: sustitución del trámite de autorización previa un esquema de verificación posterior', publicada en el Diario Oficial No. 48.947 de 18 de octubre 2013.
- Capítulo parcialmente modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No 46.951 de 5 de abril de 2008.
- Capítulo parcialmente modificado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

Legislación Anterior

<Consultar texto del CAPITULO II. 'PAUTAS PUBLICITARIAS' con sus modificaciones directas en el siguiente [enlace](#)>

CAPITULO III.

REVISORES FISCALES.

Notas del Editor

- En criterio del editor la función de dar posesión a los revisores fiscales asignada a la Superintendencia de Salud fue eliminada por el artículo [135](#) del Decreto 19 de 2012, publicado en el Diario Oficial 48.308 de 10 de enero de 2012, el cual dispone:

(Por favor remitirse a la norma que se transcribe a continuación para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO [135](#). POSESION REVISOR FISCAL EN LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD V LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. La posesión del Revisor Fiscal en las Entidades Promotoras de Salud y de las Instituciones Prestadoras de Salud a que hace referencia los artículos [228](#) y [232](#) de la Ley 100 de 1993 y el numeral 21 del artículo [14](#) del Decreto 1018 de 2002 corresponde a la Asamblea General de Accionistas o al máximo órgano de administración que lo designa en cada entidad o institución. Es responsabilidad de este organismo garantizar que la entidad cuente siempre con Revisor Fiscal Principal y Suplente, en los términos establecidos en el Código de Comercio.

Los informes del Revisor Fiscal deben ser remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud, con la periodicidad y en los formatos establecidos para tal fin.

PARÁGRAFO. Las autorizaciones de posesión de Revisor Fiscal que no hayan sido expedidas antes de la entrada en vigencia del presente decreto-ley se surtirán de acuerdo con lo definido en este artículo
<subraya el editor>

1. MARCO NORMATIVO. <Ver Notas del Editor>

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La Ley 100 de 1993, en sus artículos [228](#) y [232](#), adoptó como trámite obligatorio la posesión de revisores fiscales de Entidades Promotoras de Salud y de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ante la Superintendencia Nacional de Salud.

El numeral 21 del artículo [9o](#) del Decreto 1018 de 2007, otorga a la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para el Sector Salud la función de dar posesión a los revisores fiscales, la cual se entiende surtida con la respectiva autorización de posesión en los términos del artículo [28](#) del Decreto 2150 de 1995.

Concordancias

Circular SUPERSALUD [2](#) de 2012

En desarrollo de los principios de economía, celeridad, publicidad, moralidad y eficacia propios de la administración pública, en la presente Circular se determinan los requisitos para surtir el trámite legal anteriormente relacionado. Para tal fin, se ponen a disposición gratuita los anexos requeridos con el fin de optimizar y agilizar la actuación administrativa.

El presente capítulo aplica a todas las personas jurídicas que tienen la obligación de tener Revisor Fiscal posesionado ante la Superintendencia Nacional de Salud.

El incumplimiento de la obligación de tener Revisor Fiscal debidamente posesionado ante esta Superintendencia, dará lugar a la imposición de sanciones previstas en la ley, las cuales se aplicarán a los representantes legales como a los miembros de juntas directivas, consejos de administración, miembros de órganos sociales de la persona jurídica y contadores que ejerzan o pretendan ejercer como revisores fiscales.

Notas del Editor

- En criterio del editor la función de dar posesión a los revisores fiscales asignada a la Superintendencia Nacional de Salud fue eliminada por el artículo [135](#) del Decreto 19 de 2012, publicado en el Diario Oficial 48.308 de 10 de enero de 2012, el cual dispone:

(Por favor remitirse a la norma que se transcribe a continuación para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO [135](#). POSESION REVISOR FISCAL EN LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. La posesión del Revisor Fiscal en las Entidades Promotoras de Salud y de las Instituciones Prestadoras de Salud a que hace referencia los artículos [228](#) y [232](#) de la Ley 100 de 1993 y el numeral 21 del artículo [14](#) del Decreto 1018 de 2007 corresponde a la Asamblea General de Accionistas o al máximo órgano de administración que lo designa en cada entidad o institución. Es responsabilidad de este organismo garantizar que la entidad cuente siempre con Revisor Fiscal Principal y Suplente, en los términos establecidos en el Código de Comercio.

Los informes del Revisor Fiscal deben ser remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud, con la periodicidad y en los formatos establecidos para tal fin.

PARÁGRAFO. Las autorizaciones de posesión de Revisor Fiscal que no hayan sido expedidas a la entrada en vigencia del presente decreto-ley se surtirán de acuerdo con lo definido en este artículo <subraya el editor>

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1. Marco normativo. Toda vez que la Ley 100 de 1993, en sus artículos [228](#) y [232](#), adoptó como obligatorio la posesión de revisores fiscales de Entidades Promotoras de Salud y de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ante la Superintendencia Nacional de Salud y el numeral 21 de artículo [9o](#) del Decreto 1018 de 2007, da a la Superintendencia Delegada para la Generación y Gasto de los Recursos Económicos para el Sector Salud la función de dar posesión a los revisores fiscales, la cual se entiende surtido con la autorización de posesión en los términos del artículo [28](#) del Decreto 1018 de 1995, a continuación se determinan los requisitos para surtir el trámite legal anteriormente relacionado, los cuales sintetizan la información y ponen a disposición gratuita los anexos requeridos con miras a optimizar y agilizar la actuación administrativa, en desarrollo de los principios de eficiencia, celeridad, publicidad, moralidad y eficacia propios de la administración pública.

El presente capítulo de Circular Unica aplica a todas las personas jurídicas que tienen la obligación de tener revisor fiscal posesionado ante la Superintendencia Nacional de Salud, advirtiéndose a las personas jurídicas, los representantes legales, miembros de juntas directivas, consejos de administración, miembros de órganos sociales de la persona jurídica y contadores que ejerzan o pretendan ejercer como revisores fiscales, que el incumplimiento en la obligación de tener revisor fiscal debidamente posesionado, dará lugar a las sanciones previstas por incumplimiento a las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. PERSONAS JURÍDICAS OBLIGADAS A TENER AUTORIZACIÓN DE POSESIÓN DE REVISOR FISCAL ANTE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. <Ver Notas del Editor>

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Sin perjuicio de la obligación de contar con Revisor Fiscal de conformidad con los parámetros enunciados en el artículo [203](#) del Código de Comercio, el parágrafo 2o del artículo 13 de la Ley 43 de 1990, el artículo [38](#) de la Ley 79 de 1988, el Decreto 1529 de 1990 y demás normas sobre el particular, tienen obligación de contar con autorización de posesión de Revisor Fiscal proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, únicamente las personas jurídicas relacionadas a continuación:

Doctrina Concordante

Concepto SUPERSALUD [445691](#) de 2021

2.1. Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica, y cualquiera sea el régimen de tarifas que administren.

2.2. Las Empresas Sociales del Estado o Instituciones de Servicios de Salud de naturaleza pública cuyo presupuesto anual sea igual o superior a diez mil (10.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

2.3. Las personas jurídicas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas obligadas a tener Revisor Fiscal de conformidad con la normatividad vigente; sociedades por acciones (artículo [203](#) Código de Comercio); Sucursales de compañías extranjeras (artículo [203](#) Código de Comercio); Sociedad que, por ley o por estatutos, la administración no corresponda a todos los socios, cuando así lo dispusiera cualquier número de socios excluidos de la administración, que representen no menos del 20% del capital (artículo [203](#) Código de Comercio); Sociedades comerciales cuyos activos brutos al 31 de diciembre inmediatamente anterior, sean o excedan al equivalente de 5.000 salarios mínimos y/o cuyos ingresos durante el año inmediatamente anterior sean o excedan el equivalente a 3.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (parágrafo 2o, artículo 13, Ley 43 de 1990); Organizaciones solidarias (artículo 79 de 1998<Sic es, 1988>); Fundaciones o instituciones de utilidad común (Decreto 1529 de 1990) cuyo objeto principal sea la prestación de servicios de salud.

Notas del Editor

- En criterio del editor la función de dar posesión a los revisores fiscales asignada a la Superintendencia de Salud fue eliminada por el artículo [135](#) del Decreto 19 de 2012, publicado en el Diario Oficial 48.308 de 10 de enero de 2012, el cual dispone:

(Por favor remitirse a la norma que se transcribe a continuación para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO [135](#). POSESION REVISOR FISCAL EN LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. La posesión del Revisor Fiscal en las Entidades Promotoras de Salud y de las Instituciones Prestadoras de Salud a que hace referencia los artículos [228](#) y [232](#) de la Ley 100 de 1993 y el numeral 21 del artículo [14](#) del Decreto 1018 de 2007 corresponde a la Asamblea General de Accionistas o al máximo órgano de administración que lo designa en cada entidad o institución. Es responsabilidad de este organismo garantizar que la entidad cuente siempre con Revisor Fiscal Principal y Suplente, en los términos establecidos en el Código de Comercio.

Los informes del Revisor Fiscal deben ser remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud, con la periodicidad y en los formatos establecidos para tal fin.

PARÁGRAFO. Las autorizaciones de posesión de Revisor Fiscal que no hayan sido expedidas antes de la entrada en vigencia del presente decreto-ley se surtirán de acuerdo con lo definido en este artículo <subraya el editor>

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Doctrina Concordante

Concepto SUPERSALUD [445691](#) de 2021

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.3 Personas jurídicas obligadas a tener Revisor Fiscal posesionado ante la Superintendencia Nacional de Salud

De acuerdo con la normatividad vigente, tienen obligación de tener revisor fiscal posesionado ante la Superintendencia Nacional de Salud, únicamente las personas jurídicas relacionadas a continuación:

2.1. Las Entidades Promotoras de Salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica, y cualquiera sea el régimen que administren.

2.2. Las Empresas Sociales del Estado o Instituciones de Servicios de Salud de naturaleza pública cuyo presupuesto anual sea igual o superior a diez mil (10.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

2.3. Las personas jurídicas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas que están obligadas a reportar información financiera a la Superintendencia Nacional de Salud, según los criterios establecidos en el Título IV de la presente circular.

3. REQUISITOS DE QUIEN PRETENDA SER ELEGIDO REVISOR FISCAL PRINCIPAL Y/O SUPLENTE. <Ver Notas del Editor>

La Superintendencia Nacional de Salud entenderá que al enviarse la documentación de elección del revisor fiscal principal y/o suplente, supone que la persona natural o jurídica elegida, cumple con todos los requisitos legales para su designación, constatados por el máximo órgano de dirección, sin embargo contar como mínimo con:

3.1. Tener la condición de contador público, la cual se reconoce con el título universitario y con tarjeta profesional.

3.2. No tener sanciones que afecten el ejercicio de la profesión, lo que se acreditará con los antecedentes disciplinarios emitidos por la Junta Central de Contadores.

3.3. No podrá ser elegido como revisor fiscal quien esté incurso en inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses para el ejercicio del cargo. Tampoco podrá ser elegido como revisor fiscal, la persona natural o jurídica que ejerza la revisoría fiscal en más de cinco (5) sociedades por acciones.

3.4. <Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando se pida la elección de una persona jurídica como Revisor Fiscal principal o suplente, la persona debe estar debidamente constituida, tener su respectivo registro ante la Junta Central de Contadores y no tener sanciones que afecten el ejercicio de la Contaduría. La persona jurídica designada debe actuar a través de personas naturales, quienes también deben ser contadores, no tener sanciones que afecten el ejercicio de la profesión y no ejercer la Revisoría Fiscal (directamente o en representación de firmas de Revisoría Fiscal) en más de cinco (5) sociedades por acciones. Tanto la persona jurídica como los contadores designados para actuar en esta, deben aportar copia del registro o tarjeta profesional y el certificado vigente de antecedentes disciplinarios.

La persona jurídica elegida como Revisor Fiscal y los Contadores Públicos designados para actuar en representación, desempeñan el cargo como un todo indivisible e indisoluble. Una persona jurídica no puede ser designada como Revisor Fiscal ni ejercer el cargo cuando esta o los contadores designados para actuar en el ejercicio de la Revisoría Fiscal, estén incursos en inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

3.4 Cuando se pretenda la elección de una persona jurídica como revisor fiscal principal o suplente, la persona debe estar debidamente constituida, tener su respectivo registro ante la Junta Central de Contadores y no tener sanciones que afecten el ejercicio de la contaduría. La persona jurídica designada debe actuar a través de personas naturales, quienes también deben ser contadores, no tener sanciones que afecten el ejercicio de la profesión y no ejercer la revisoría fiscal (directamente o en representación de firmas de revisoría fiscal) en más de cinco (5) sociedades por acciones. Tanto la persona jurídica como los contadores designados por esta, deben aportar copia del registro o tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios vigente.

La persona jurídica elegida como revisor fiscal y los contadores públicos designados para actuar en representación, desempeñan el cargo como un todo indivisible e indisoluble. Una persona jurídica podrá ser designada como revisor fiscal ni ejercer el cargo, cuando esta o los contadores designados para el ejercicio de la revisoría fiscal, estén incurso en inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses.

Notas del Editor

- En criterio del editor la función de dar posesión a los revisores fiscales asignada a la Superintendencia de Salud fue eliminada por el artículo [135](#) del Decreto 19 de 2012, publicado en el Diario Oficial 48.308 de 10 de enero de 2012, el cual dispone:

(Por favor remitirse a la norma que se transcribe a continuación para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO [135](#). POSESION REVISOR FISCAL EN LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. La posesión del Revisor Fiscal en las Entidades Promotoras de Salud y de las Instituciones Prestadoras de Salud a que hace referencia los artículos [228](#) y [232](#) de la Ley 100 de 1993 y el numeral 21 del artículo [14](#) del Decreto 1018 de 2007, corresponde a la Asamblea General de Accionistas o al máximo órgano de administración que lo designa en cada entidad o institución. Es responsabilidad de este organismo garantizar que la entidad cuente siempre con Revisor Fiscal Principal y Suplente, en los términos establecidos en el Código de Comercio.

Los informes del Revisor Fiscal deben ser remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud, con la periodicidad y en los formatos establecidos para tal fin.

PARÁGRAFO. Las autorizaciones de posesión de Revisor Fiscal que no hayan sido expedidas antes de la entrada en vigencia del presente decreto-ley se surtirán de acuerdo con lo definido en este artículo. <subraya el editor>

4. RESPONSABILIDADES RELACIONADAS CON LA ELECCIÓN O REELECCIÓN DEL REVISOR FISCAL PRINCIPAL Y/O SUPLENTE. <Ver Notas del Editor> <Numeral modificado por la Circular 49 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

4.1. De la persona jurídica vigilada obligada a tener Revisor Fiscal posesionado ante la Superintendencia Nacional de Salud: Dar cumplimiento de las obligaciones recogidas en la presente circular.

4.2. De los miembros de la Asamblea General de Accionistas, Junta de Socios, Asamblea General de Asociados o máximo órgano de dirección de cualquiera de las personas jurídicas vigiladas relacionadas en la presente circular: La elección o reelección del Revisor Fiscal principal y/o suplente, siguiendo rigurosamente las facultades establecidas por los estatutos y las leyes que rigen la naturaleza jurídica correspondiente persona jurídica. La decisión de elección o reelección del Revisor Fiscal principal y/o suplente, debe constar en un acta debidamente firmada.

También es responsabilidad del máximo órgano de dirección de las entidades vigiladas cerciorarse del carácter, la idoneidad y experiencia de los contadores designados para cumplir las funciones de fiscales. Esta función no podrá delegarse por cuanto se trata de una función de carácter legal asignada expresamente por la ley al máximo órgano social.

Se recomienda que la elección o reelección del Revisor Fiscal principal y suplente, queden registradas en una misma acta y que su designación corresponda a un mismo período a efectos de garantizar la permanencia del órgano de fiscalización, previendo faltas temporales o definitivas de quien ha sido como Revisor Fiscal principal.

4.3. Del representante legal de la persona jurídica vigilada: Presentar a la Superintendencia Nacional de Salud la solicitud de autorización de posesión del Revisor Fiscal o informar sobre su reelección adjuntando los archivos señalados en los numerales 5, 6 y 7, descritos en este capítulo, según sea el caso, así como comunicar sobre la renuncia, destitución, vencimiento del período o cualquier otra circunstancia que ponga fin al ejercicio del cargo como Revisor Fiscal.

4.4. Del Revisor Fiscal principal y suplente: Ejercer el cargo, incluyendo en sus funciones la revisión permanente del período de su cargo y la vigilancia al cumplimiento de los trámites de la elección o reelección y comunicar sobre la renuncia, destitución, vencimiento del período o cualquier otra circunstancia que ponga fin al ejercicio del cargo como Revisor Fiscal.

4.5. Del Revisor Fiscal suplente: Asumir, ante la ausencia temporal o definitiva del Revisor Fiscal principal, siempre y cuando se encuentre debidamente elegido y posesionado ante la Superintendencia Nacional de Salud. En los eventos en que no exista Revisor Fiscal suplente y, por vencimiento del período o por cualquier otra causa, cesen las funciones del Revisor Fiscal principal, o en los eventos en que existiera Revisor Fiscal principal y suplente, finalice el período estatutario de la Revisoría Fiscal o cesen las funciones de los dos por cualquier otra causa, los estatutos de la persona jurídica deben prever el término que debe hacerse la correspondiente elección o reelección, término que, siguiendo los pronunciamientos de la Corte Constitucional no podrá ser superior a treinta (30) días, contados a partir del vencimiento del período de la Revisoría Fiscal o de la ocurrencia de la circunstancia que ponga fin al ejercicio del cargo como Revisor Fiscal principal y/o suplente.

4.6. De la Superintendencia Nacional de Salud: Autorizar la posesión del Revisor Fiscal, previa evaluación del cumplimiento de todos los requisitos exigidos en la presente Circular.

Notas del Editor

- En criterio del editor la función de dar posesión a los revisores fiscales asignada a la Superintendencia de Salud fue eliminada por el artículo [135](#) del Decreto 19 de 2012, publicado en el Diario Oficial 48.308 de 10 de enero de 2012, el cual dispone:

(Por favor remitirse a la norma que se transcribe a continuación para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO [135](#). POSESION REVISOR FISCAL EN LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. La posesión del Revisor Fiscal en las Entidades Promotoras de Salud y de las Instituciones Prestadoras de Salud a que hace referencia los artículos [228](#) y [232](#) de la Ley 100 de 1993 y el numeral 21 del artículo [14](#) del Decreto 1018 de 2007 corresponde a la Asamblea General de Accionistas o al máximo órgano de administración que lo designa en cada entidad o institución. Es responsabilidad de este organismo garantizar que la entidad cuente siempre con Revisor Fiscal Principal y Suplente, en los términos establecidos en el Código de Comercio.

Los informes del Revisor Fiscal deben ser remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud, con la periodicidad y en los formatos establecidos para tal fin.

PARÁGRAFO. Las autorizaciones de posesión de Revisor Fiscal que no hayan sido expedidas antes de la entrada en vigencia del presente decreto-ley se surtirán de acuerdo con lo definido en este artículo <subraya el editor>

Notas de Vigencia

- Numeral 4 y sus subnumerales modificados por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

4. Responsabilidades para las condiciones de elección o reelección del revisor fiscal principal y/o suplente

4.1. De la Entidad o la persona jurídica vigilada obligada a tener revisor fiscal posesionado ante la Superintendencia Nacional de Salud, es responsable por el cumplimiento de las obligaciones recargadas en la presente circular.

4.2. De los miembros de la asamblea general de accionistas, junta de socios, asamblea general de asociados o máximo órgano de dirección de cualquiera de las personas jurídicas vigiladas relacionadas en la presente circular, corresponde la elección o reelección del revisor fiscal principal y/o suplente siguiendo rigurosamente las facultades establecidas por los estatutos y las leyes que rigen la naturaleza jurídica de la correspondiente persona jurídica. La decisión de elección o reelección del revisor fiscal principal y/o suplente, debe constar en un acta debidamente firmada por el presidente y secretario o el máximo órgano de dirección.

Debe procurarse siempre que se resuelva en una sola asamblea la elección o reelección del revisor fiscal principal y del revisor fiscal suplente, a efectos de garantizar la permanencia del órgano de fiscalización previniendo faltas temporales o definitivas de quien ha sido elegido como revisor fiscal principal.

4.3. Del representante legal, presentar a la Superintendencia Nacional de Salud la solicitud de

autorización de posesión del revisor fiscal cumpliendo los requisitos de la posesión y adjuntando documentos respectivos relacionados en los anexos de esta circular, así como comunicar sobre la renuncia, destitución, vencimiento del período o cualquier otra circunstancia que ponga fin al ejercicio del cargo como revisor fiscal, presentar la solicitud de autorización de posesión del revisor fiscal cumpliendo los requisitos, diligenciando los anexos de esta circular y adjuntando los documentos relacionados.

No será necesario el trámite de posesión del revisor fiscal principal o suplente reelegidos. Para estos efectos, el representante legal de la entidad comunicará a la Superintendencia Nacional de Salud la tal situación. No se entenderá como reelección la designación del Revisor Fiscal Principal como suplente o del Revisor Fiscal Suplente como principal.

4.4. Del revisor fiscal principal y suplente, cumplimiento de la anterior obligación, ejercer el cargo incluyendo en sus funciones la revisión permanente del período de su cargo y la vigilancia al cumplimiento de los trámites de la elección o reelección, sin perjuicio que ante el incumplimiento la Superintendencia decida las actuaciones a que haya lugar.

4.5. Del revisor fiscal suplente asumir ante la ausencia temporal o definitiva del revisor fiscal principal la revisoría fiscal siempre y cuando se encuentre debidamente elegido y posesionado ante la Superintendencia Nacional de Salud. En los eventos en que no exista revisor fiscal suplente y, por vencimiento del período o por cualquier otra causa, cesen las funciones del revisor fiscal principal en los eventos en que existiendo revisor fiscal principal y suplente, finalice el período estatutario de revisoría fiscal o cesen las funciones de los dos por cualquier otra causa, los estatutos de la persona jurídica deben prever el término en que debe hacerse la correspondiente elección o reelección, término que, siguiendo los pronunciamientos de la Corte Constitucional, no podrá ser superior a treinta (30) contados a partir del vencimiento del período de la revisoría fiscal o de la ocurrencia de la circunstancia que ponga fin al ejercicio del cargo de revisor fiscal principal y/o suplente.

4.6. De la Superintendencia Nacional de Salud dar posesión al revisor fiscal principal y/o suplente previa evaluación del cumplimiento de todos los requisitos exigidos.

5. ARCHIVOS REQUERIDOS PARA LA AUTORIZACIÓN DE POSESIÓN DE REVISOR FISCAL CUANDO LA DESIGNACIÓN CORRESPONDA A UNA PERSONA JURÍDICA (FIRMA DE CONTADORES). <Ver Notas del Editor>

<Numeral 5. adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

5.1. Archivo 401: Solicitud de autorización de posesión de Revisor Fiscal principal y/o suplente ante Superintendencia Nacional de Salud. Copia escaneada del formato de solicitud de autorización de posesión del Revisor Fiscal, firmado por el representante legal de la entidad vigilada, según formato adjunto presente Circular.

5.2. Archivo 402: Extracto del acta y aclaración del acta. Copia escaneada del Extracto del Acta del órgano de decisión de la entidad y copia escaneada de las aclaraciones al Acta (si hay lugar a ellas), formatos adjuntos en la presente Circular.

En el Extracto del Acta deben observarse claramente las firmas de quienes actuaron como Presidente y Secretario de la reunión celebrada en Asamblea, Junta Directiva, Junta de Socios u órgano competente, contener como mínimo número de acta, fecha de celebración de la reunión, nombre completo de las personas jurídicas (con NIT), designadas como revisores fiscales principal y suplente y el período p

cual fueron nombradas, indicando la fecha exacta hasta la que ejercerán el cargo, la cual deberá estar vigente.

En caso de que se requiera efectuar aclaración al Acta, por no contener la información señalada en el formato anterior, se debe diligenciar el formato de Aclaración al Acta, anexo en la presente Circular, en el cual deben observarse claramente las firmas de quienes actuaron como Presidente y Secretario de la reunión celebrada en Asamblea, Junta Directiva, Junta de Socios u órgano competente.

Es preciso anotar que el nombramiento del Revisor Fiscal debe llevarse a cabo con el voto de la mayoría absoluta de la Asamblea General de Accionistas, Junta de Socios o máximo órgano social de la entidad, conforme a las normas legales vigentes.

5.3. Archivo 403: Antecedentes disciplinarios personas naturales. Copia o copias escaneadas de los certificados de antecedentes disciplinarios (vigentes) de las personas naturales que actuarán como representantes de la persona jurídica designada para ejercer como Revisor Fiscal, expedidos por la Junta Central de Contadores.

5.4. Archivo 404: Hoja de vida del Contador Público designado como Revisor Fiscal. Copia o copias escaneadas de las hojas de vida de las personas naturales que actuarán como representantes de la persona jurídica designada para ejercer como Revisor Fiscal principal o suplente, totalmente diligenciadas y debidamente firmadas, según formato adjunto en la presente circular.

5.5. Archivo 405: Cédula de ciudadanía del Contador Público designado como Revisor Fiscal. Copia o copias escaneadas de las cédulas de ciudadanía de las personas naturales que actuarán como representantes de la persona jurídica designada para ejercer como Revisor Fiscal principal o suplente.

5.6. Archivo 406: Tarjeta profesional del Contador Público designado como Revisor Fiscal. Copia o copias escaneadas de las tarjetas profesionales de las personas naturales que actuarán como representantes de la persona jurídica designada para ejercer como Revisor Fiscal principal o suplente.

5.7. Archivo 407: Tarjeta de registro de la persona jurídica designada como Revisor Fiscal. Copia o copias de la tarjeta de registro, expedida por la Junta Central de Contadores, de la persona jurídica (firma de los representantes) designadas como revisores fiscales.

5.8. Archivo 408: Certificado de Antecedentes Disciplinarios de la persona jurídica designada como Revisor Fiscal. Copia escaneada del Certificado de Antecedentes Disciplinarios (vigente), expedido por la Junta Central de Contadores, de la persona jurídica que actuará como Revisor Fiscal.

5.9. Archivo 409: Certificado de existencia y representación legal de la persona jurídica designada como Revisor Fiscal. Copia escaneada del certificado de existencia y representación legal de la persona jurídica designada como Revisor Fiscal. Dicho documento no debe tener más de treinta (30) días de expedición a la fecha de envío a través de la página web de esta Superintendencia.

5.10. Archivo 410: Carta suscrita por la persona jurídica designada como Revisor Fiscal, indicando nombre de los contadores públicos que actuarán en su representación. Copia escaneada del documento suscrito por el representante legal de la persona jurídica designada como Revisor Fiscal en donde se indiquen las personas naturales que actuarán en su representación, según formato adjunto en la presente Circular.

5.11. Archivo 411: Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Revisión. Copia escaneada del formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Revisión.

ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes. Este archivo aplica únicamente para IPS públicas y privadas.

Las entidades Cooperativas y Asociaciones Mutuales deben tener vigente el acto administrativo, en la Oficina Jurídica de esta Superintendencia, relacionado con el control de legalidad y registro de constitución. Para el efecto, esta Superintendencia revisará en sus registros el cumplimiento de este requisito.

Las Entidades Promotoras de Salud deben estar habilitadas ante la Superintendencia Nacional de Salud. Para el efecto, esta Superintendencia revisará en sus registros el cumplimiento de este requisito.

5.12 Archivo 412: Declaración de cumplimiento de requisitos para presentar solicitud de autorización de posesión de Revisor Fiscal. Declaración de cumplimiento de requisitos para solicitud de autorización de posesión de Revisor Fiscal, firmado por el representante legal de la entidad vigilada, según formato adjunto en la presente Circular.

Notas del Editor

- En criterio del editor la función de dar posesión a los revisores fiscales asignada a la Superintendencia de Salud fue eliminada por el artículo [135](#) del Decreto 19 de 2012, publicado en el Diario Oficial 48.308 de 10 de enero de 2012, el cual dispone:

(Por favor remitirse a la norma que se transcribe a continuación para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO [135](#). POSESION REVISOR FISCAL EN LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD V LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. La posesión del Revisor Fiscal en las Entidades Promotoras de Salud y de las Instituciones Prestadoras de Salud a que hace referencia los artículos [228](#) y [232](#) de la Ley 100 de 1993 y el numeral 21 del artículo [14](#) del Decreto 1018 de 2002, corresponde a la Asamblea General de Accionistas o al máximo órgano de administración que lo designa en cada entidad o institución. Es responsabilidad de este organismo garantizar que la entidad cuente siempre con Revisor Fiscal Principal y Suplente, en los términos establecidos en el Código de Comercio.

Los informes del Revisor Fiscal deben ser remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud, con la periodicidad y en los formatos establecidos para tal fin.

PARÁGRAFO. Las autorizaciones de posesión de Revisor Fiscal que no hayan sido expedidas antes de la entrada en vigencia del presente decreto-ley se surtirán de acuerdo con lo definido en este artículo. <subraya el editor>

Notas de Vigencia

- Numeral 5. adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 11 de abril de 2008. El texto de que trataba el texto original del numeral 5 es tratado por el nuevo numeral 6.

6. ARCHIVOS REQUERIDOS PARA LA AUTORIZACIÓN DE POSESIÓN DE REVISOR FISCAL CUANDO LA DESIGNACIÓN CORRESPONDA A UNA PERSONA NATURAL. <Ver Notas del Editor> <Numeral 6. adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

6.1. Archivo 401: Solicitud de autorización de posesión de Revisor Fiscal principal y/o suplente ante la Superintendencia Nacional de Salud. Copia escaneada del formato de solicitud de autorización de posesión de Revisor Fiscal, firmado por el representante legal de la entidad vigilada, según formato adjunto en la presente Circular.

presente Circular.

6.2. Archivo 402: Extracto del acta y aclaración del acta. Copia escaneada del Extracto del Acta del órgano de decisión de la entidad y copia escaneada de las aclaraciones al Acta (si hay lugar a ello), formatos adjuntos en la presente Circular.

En el extracto del Acta deben observarse claramente las firmas de quienes actuaron como Presidente y Secretario de la reunión celebrada en Asamblea, Junta Directiva, Junta de Socios u órgano competente, y debe contener como mínimo número de acta, fecha de celebración de la reunión, nombre completo de las personas naturales (con cédula de ciudadanía) designadas como revisores fiscales principal y suplente, y el período para el cual fueron nombradas, indicando la fecha exacta hasta la que ejercerán el cargo, la cual deberá estar vigente.

En caso de que se requiera efectuar aclaración al Acta por no contener la información señalada en el formato anterior se debe diligenciar el formato de Aclaración al Acta, anexo en la presente Circular, en la cual deben observarse claramente las firmas de quienes actuaron como Presidente y Secretario de la reunión celebrada en Asamblea, Junta Directiva, Junta de Socios u órgano competente.

Es preciso anotar que el nombramiento del Revisor Fiscal debe llevarse a cabo con el voto de la mayoría absoluta de la Asamblea General de Accionistas, Junta de Socios o máximo órgano social de la entidad, conforme a las normas legales vigentes.

6.3. Archivo 403: Antecedentes disciplinarios personas naturales. Copia o copias escaneadas de los certificados de antecedentes disciplinarios (vigentes) de las personas naturales que actuarán como revisores fiscales expedidos por la Junta Central de Contadores.

6.4. Archivo 404: Hoja de vida del Contador Público designado como Revisor Fiscal. Copia o copias escaneadas de las hojas de vida de las personas naturales que actuarán como Revisores Fiscales principal y suplente, totalmente diligenciadas y debidamente firmadas, según formato adjunto en la presente Circular.

6.5. Archivo 405: Cédula de ciudadanía del Contador Público designado como Revisor Fiscal. Copia o copias escaneadas de las cédulas de ciudadanía de las personas naturales que actuarán como revisores fiscales principal y suplente.

6.6. Archivo 406: Tarjeta profesional del Contador Público designado como Revisor Fiscal. Copia o copias escaneadas de las tarjetas profesionales de las personas naturales que actuarán como revisores fiscales principal y suplente.

6.7. Archivo 411: Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Copia escaneada del formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes. Este archivo aplica únicamente para IPS públicas y privadas.

Las entidades Cooperativas y Asociaciones Mutuales deben tener vigente el acto administrativo, en la Oficina Jurídica de esta Superintendencia, relacionado con el control de legalidad y registro de constitución. Para el efecto, esta Superintendencia revisará en sus registros el cumplimiento de este requisito.

Las Entidades Promotoras de Salud deben estar habilitadas ante la Superintendencia Nacional de Salud. Para el efecto, esta Superintendencia revisará en sus registros el cumplimiento de este requisito.

6.8. Archivo 412 Declaración de cumplimiento de requisitos para presentar solicitud de autorización

posesión de Revisor Fiscal. Declaración de cumplimiento de requisitos para solicitud de autorización firmado por el representante legal de la entidad vigilada, según formato adjunto en la presente Circular.

Notas del Editor

- En criterio del editor la función de dar posesión a los revisores fiscales asignada a la Superintendencia de Salud fue eliminada por el artículo [135](#) del Decreto 19 de 2012, publicado en el Diario Oficial 48.308 de 10 de enero de 2012, el cual dispone:

(Por favor remitirse a la norma que se transcribe a continuación para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO [135](#). POSESION REVISOR FISCAL EN LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. La posesión del Revisor Fiscal en las Entidades Promotoras de Salud y de las Instituciones Prestadoras de Salud a que hace referencia los artículos [228](#) y [232](#) de la Ley 100 de 1993 y el numeral 21 del artículo [14](#) del Decreto 1018 de 2008 corresponde a la Asamblea General de Accionistas o al máximo órgano de administración que lo designa en cada entidad o institución. Es responsabilidad de este organismo garantizar que la entidad cuente siempre con Revisor Fiscal Principal y Suplente, en los términos establecidos en el Código de Comercio.

Los informes del Revisor Fiscal deben ser remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud, con periodicidad y en los formatos establecidos para tal fin.

PARÁGRAFO. Las autorizaciones de posesión de Revisor Fiscal que no hayan sido expedidas antes de la entrada en vigencia del presente decreto-ley se surtirán de acuerdo con lo definido en este artículo <subraya el editor>

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008. El texto de que trataba el texto original del numeral 6 es tratado por el nuevo numeral 9

7. INFORMACIÓN SOBRE REELECCIÓN. <Ver Notas del Editor> <Numeral 7. adicionado por Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

7.1 Archivo 413: Información sobre reelección de Revisor Fiscal. Copia escaneada del formato de información sobre la reelección de Revisor Fiscal, firmado por el representante legal de la entidad y según formato adjunto en la presente Circular.

No es necesaria la posesión de Revisor Fiscal principal y suplente reelegidos. No se entiende por reelección la designación del Revisor Fiscal principal como suplente y del suplente como principal.

Notas del Editor

- En criterio del editor la función de dar posesión a los revisores fiscales asignada a la Superintendencia de Salud fue eliminada por el artículo [135](#) del Decreto 19 de 2012, publicado en el Diario Oficial 48.308 de 10 de enero de 2012, el cual dispone:

(Por favor remitirse a la norma que se transcribe a continuación para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO [135](#). POSESION REVISOR FISCAL EN LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD V LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. La posesión del Revisor Fiscal en las Entidades Promotoras de Salud y de las Instituciones Prestadoras de Salud a que hace referencia los artículos [228](#) y [232](#) de la Ley 100 de 1993 y el numeral 21 del artículo [14](#) del Decreto 1018 de 2008 corresponde a la Asamblea General de Accionistas o al máximo órgano de administración que lo designa en cada entidad o institución. Es responsabilidad de este organismo garantizar que la entidad cuente siempre con Revisor Fiscal Principal y Suplente, en los términos establecidos en el Código de Comercio.

Los informes del Revisor Fiscal deben ser remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud, con la periodicidad y en los formatos establecidos para tal fin.

PARÁGRAFO. Las autorizaciones de posesión de Revisor Fiscal que no hayan sido expedidas antes de la entrada en vigencia del presente decreto-ley se surtirán de acuerdo con lo definido en este artículo <subraya el editor>

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

8. ESTUDIO DE LA DOCUMENTACIÓN. <Ver Notas del Editor> <Numeral modificado y reenumerado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Una vez validada la solicitud de autorización de posesión de los revisores fiscales a través de la página www.supersalud.gov.co, se procederá a verificar el cumplimiento de los requisitos para dar curso a la autorización de posesión.

Si faltaren archivos o existieren fallas en el cumplimiento de las instrucciones para la remisión de la información, el sistema (en el proceso de validación) devolverá automáticamente la información allegada y señalará las inconsistencias presentadas.

Lo anterior, sin perjuicio de que, una vez cumpla con el llenado de los requisitos exigidos en la presente circular, la entidad vigilada pueda, a través de su representante legal, presentar nuevamente la solicitud ante esta Superintendencia.

Notas del Editor

- En criterio del editor la función de dar posesión a los revisores fiscales asignada a la Superintendencia de Salud fue eliminada por el artículo [135](#) del Decreto 19 de 2012, publicado en el Diario Oficial 48.308 de 10 de enero de 2012, el cual dispone:

(Por favor remitirse a la norma que se transcribe a continuación para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO [135](#). POSESION REVISOR FISCAL EN LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD V LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. La posesión del Revisor Fiscal de las Entidades Promotoras de Salud y de las Instituciones Prestadoras de Salud a que hace referencia los artículos [228](#) y [232](#) de la Ley 100 de 1993 y el numeral 21 del artículo [14](#) del Decreto 1018 de 2007 corresponde a la Asamblea General de Accionistas o al máximo órgano de administración que lo designa en cada entidad o institución. Es responsabilidad de este organismo garantizar que la entidad cuente siempre con Revisor Fiscal Principal y Suplente, en los términos establecidos en el Código de Comercio.

Los informes del Revisor Fiscal deben ser remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud, con la periodicidad y en los formatos establecidos para tal fin.

PARÁGRAFO. Las autorizaciones de posesión de Revisor Fiscal que no hayan sido expedidas antes de la entrada en vigencia del presente decreto-ley se surtirán de acuerdo con lo definido en este artículo <subraya el editor>

Notas de Vigencia

- Numeral modificado y reenumerado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

5. Estudio de la Documentación

En virtud de la delegación contenida en el numeral 21, artículo [14](#), del Decreto 1018 de 2007, corresponde al Superintendente Delegado para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para el Sector Salud dar posesión al Revisor Fiscal de las Entidades Promotoras de Salud y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Recibida la solicitud de autorización de posesión de revisor fiscal (principal y/o suplente), el Superintendente Delegado para la Generación y Administración de los Recursos Económicos para el Sector Salud, verificará el cumplimiento de los requisitos necesarios para resolver de fondo. No se tramitarán las solicitudes o informes de elección que se presenten sin el lleno de los documentos requeridos normativamente, relacionados en los anexos de la presente circular.

Si faltaren documentos o existieren fallas en la información requerida para la posesión, se devolverá la información remitida y se le informará al representante legal de la persona jurídica vigilada para que subsane tales fallas y la entidad solicitante decida presentar nuevamente una solicitud ante la Superintendencia, cuando cuente con la información correcta y/o completa, requisito para la posesión del revisor fiscal.

9. ANEXOS PARA LOS TRÁMITES DE AUTORIZACIÓN DE POSESIÓN O REELECCIÓN DE REVISORES FISCALES PRINCIPAL Y/O SUPLENTE. <Ver Notas del Editor> <Numeral modificado y reenumerado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Con el fin de agilizar y optimizar el proceso de autorización de posesión o remisión del Archivo 41 reelección, esta Superintendencia ha diseñado los formatos que deben ser diligenciados por parte de la entidad solicitante, los cuales se encuentran disponibles en nuestra página web www.supersalud.gov.co

Los archivos anteriores, según sea el caso, deben ser remitidos a través de la página web www.supersalud.gov.co. Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de realización de la reunión de los miembros de la Asamblea General de Accionistas, Junta de Socios, asamblea general de asociados, o el máximo órgano de dirección de cualquiera de las personas jurídicas vigiladas relacionadas en la presente circular, so pena de que esta Superintendencia inicie las investigaciones respectivas.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado y reenumerado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial N° 46.951 de 5 de abril de 2008.

Notas del Editor

- En criterio del editor la función de dar posesión a los revisores fiscales asignada a la Superintendencia de Salud fue eliminada por el artículo [135](#) del Decreto 19 de 2012, publicado en el Diario Oficial N° 48.308 de 10 de enero de 2012, el cual dispone:

(Por favor remitirse a la norma que se transcribe a continuación para comprobar la vigencia del texto original:)

'ARTÍCULO [135](#). POSESION REVISOR FISCAL EN LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. La posesión del Revisor Fiscal en las Entidades Promotoras de Salud y de las Instituciones Prestadoras de Salud a que hace referencia los artículos [228](#) y [232](#) de la Ley 100 de 1993 y el numeral 21 del artículo [14](#) del Decreto 1018 de 2002 corresponde a la Asamblea General de Accionistas o al máximo órgano de administración que lo designa en cada entidad o institución. Es responsabilidad de este organismo garantizar que la entidad cuente siempre con Revisor Fiscal Principal y Suplente, en los términos establecidos en el Código de Comercio.

Los informes del Revisor Fiscal deben ser remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud, con la periodicidad y en los formatos establecidos para tal fin.

PARÁGRAFO. Las autorizaciones de posesión de Revisor Fiscal que no hayan sido expedidas antes de la entrada en vigencia del presente decreto-ley se surtirán de acuerdo con lo definido en este artículo <subraya el editor>

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

6. Anexos para los trámites de posesión de revisor fiscal principal y/o suplente

Considerando la necesidad de agilizar y simplificar la actuación dirigida a estudiar y autorizar la posesión del revisor fiscal principal y/o suplente elegido se ponen a disposición del público en general, específicamente, de las personas jurídicas obligadas a solicitar la autorización de posesión del revisor fiscal principal y/o suplente ante la Superintendencia Nacional de Salud, los anexos que estarán disponibles en la página Web de la Superintendencia Nacional de Salud, www.supersalud.gov.co

CAPITULO IV.

CÓDIGOS DE ÉTICA Y DE BUEN GOBIERNO.

<Capítulo derogado, "en lo que respecta a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de los grupos C1, C2 y D1 de acuerdo con la Circular Externa 202117000000005-5 de 2021" por la Circular [53](#) de 2022

<Título derogado, "en lo que respecta a las Entidades Promotoras de Salud, las Empresas de Medicina Prepagada y las entidades que suministren Servicios de Ambulancia Prepagada, quedando vigente para los demás tipos de entidades" por la Circular [7](#) de 2017 -

Título derogado por la Circular [3](#) de 2018, "en lo que respecta a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de los grupos C1 y C2 de acuerdo a la Circular Externa [18](#) de 2015">

Notas de Vigencia

- Capítulo derogado, 'en lo que respecta a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de los grupos C1, C2 y D1 de acuerdo con la Circular Externa 202117000000005-5 de 2021' por la Circular [53](#) de 2022, 'LINEAMIENTOS RESPECTO AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EMPRESARIAL, MODIFICACIONES A LAS CIRCULARES EXTERNAS [007](#) DE 2017 Y [005](#) DE 2018 EN LO RELATIVO A LA IMPLEMENTACIÓN DE MEJORES PRÁCTICAS ORGANIZACIONALES – CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO', publicada en el Diario Oficial No. 52.117 de 5 de agosto de 2022.

- Título derogado, 'en lo que respecta a las Entidades Promotoras de Salud, las Empresas de Medicina Prepagada y las entidades que suministren Servicios de Ambulancia Prepagada, quedando vigente para los demás tipos de entidades' por la Circular [7](#) de 2017, 'instrucciones generales para la implementación de mejores prácticas organizacionales – código de conducta y de buen gobierno eps, emp y sap', publicada en el Diario Oficial No. 50.285 de 5 de julio de 2017.

- Título derogado, 'en lo que respecta a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de los grupos C1 y C2 de acuerdo a la Circular Externa [18](#) de 2015', por la Circular [3](#) de 2018, 'instrucciones Generales para la Implementación de Mejores Prácticas Organizacionales – Código de Conducta y Buen Gobierno IPS de los Grupos C1 y C2.', publicada en el Diario Oficial No. 50.603 de 24 de noviembre de 2018.

En uso de las facultades legales conferidas a la Superintendencia Nacional de Salud en los numerales 12, 23 y 42 del artículo [60](#) del Decreto 1018 de 2007 se considera de especial importancia impartir instrucciones que orienten la gestión de las instituciones aseguradoras y prestadoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es de particular jerarquía, a juicio de esta Superintendencia, que se ejecuten los procesos de elaboración de los Códigos de Ética (conducta) y de Buen Gobierno que han de asumir las entidades que ejercen funciones de aseguramiento, tanto en el régimen contributivo como subsidiado, y prestación de servicios de salud del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, tal como se precisa en el literal h) del artículo 1122 de la Ley 1122 de 2007.

Dicha obligación encuentra sustento jurídico además en lo prescrito por el literal d) del artículo 1122 de la Ley 1122 de 2007, en cuanto a la obligatoriedad de esta Superintendencia de generar mecanismos de autorregulación y solución de conflictos en el Sistema.

Los Códigos de Ética y de Buen Gobierno son normas autoimpuestas que más allá del acatamiento de carácter jurídico, se establecen por los directos responsables del servicio como mecanismos autorregulatorios de alcance ético y que sirven para orientar el desarrollo de cada organización, su relacionamiento con los demás actores del sistema y, en particular, con los usuarios del servicio de salud, mediante la definición de los valores, los principios y el marco normativo ético que debe determinar el comportamiento de la organización y sus miembros, su forma de organización y operación y las relaciones de gobierno aplicables.

Por tal razón, en el presente capítulo se establecen los elementos mínimos que han de observar las Entidades Aseguradoras y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema de Seguridad Social en la elaboración de los códigos precitados, con el fin de asegurar la adecuada administración de los asuntos y el conocimiento público de su gestión e inherentemente validar su objeto misional en el sistema.

Los conceptos e instrucciones que se señalan en el numeral 1 servirán de base para que la respectiva entidad, ejecute e implemente los mecanismos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos por los Códigos de Ética (conducta) y de Buen Gobierno.

1. CONCEPTOS.

A continuación se precisan algunos conceptos de importancia en relación con los Códigos de Ética (conducta) y de Buen Gobierno.

1.1. Código de Buen Gobierno: También denominado Código de Gobierno Corporativo, se define como el documento que compila los compromisos éticos de la alta Dirección respecto a la gestión, íntegra, eficiente y transparente en su labor de dirección y/o gobierno, que a manera de disposiciones voluntarias de autorregulación, son promulgadas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza en los clientes externos como internos.

1.2. Código de Ética: También denominado Código de Conducta. Es el documento que compendia disposiciones referentes para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Está conformado por los principios, valores y directrices que en coherencia con el Código del Buen Gobierno, todo empleado de la entidad debe observar en el ejercicio de sus funciones.

1.3. Ética Pública: Son las pautas que orientan la gestión de aquellas personas que desempeñan una función pública. Se refiere a la disposición interna de quienes dispensan servicios públicos para cumplir con los postulados y mandatos de la Constitución y la Ley acerca de cómo debe ejercitarse dicha función, en términos de eficiencia, integridad, transparencia y orientación hacia el bien común.

1.4. Políticas: Directrices u orientaciones por las cuales la alta dirección define el marco de actuación en el cual se orientará la gestión de servicio, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la Entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y propósitos.

1.5. Principio: Causa fundamental o verdad universal; lo inherente a cualquier cosa. La explicación del ser de algo. La fuente primaria de todo ser, de toda la actualidad y de todo conocimiento.

1.6. Principios Éticos: Creencias básicas sobre la forma correcta de relacionarnos interna y externamente desde las cuales se erige el sistema de valores éticos al cual el servidor o el grupo de trabajo se adscribe.

1.7. Valores: Formas de ser y actuar de las personas que son altamente deseables como atributos o cualidades nuestras y de los demás, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana.

1.8. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país establecido por el Decreto [1011](#) de 2006.

1.9. Modelo Estándar de Control Interno – MECI 1000:2005 Modelo adoptado por el Gobierno Nacional para las entidades del Estado mediante el Decreto número 1599 de 2005, modificado en su artículo 10 por el Decreto 2621 de 2006, el cual proporciona una estructura para el control a la estrategia, gestión y ejecución del desempeño institucional, con el propósito de mejorarlo mediante el fortalecimiento del control interno y procesos de evaluación.

1.10. Riesgos: Posibilidad de ocurrencia de eventos, tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de los objetivos de la Entidad, entorpeciendo el desarrollo normal de sus funciones y generando oportunidades para su cumplimiento.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS CÓDIGOS.

Tales normas autoimpuestas al interior del Sistema de Seguridad Social en Salud se caracterizan por:

Ser propias de cada organización, adoptadas a la medida y según las necesidades de cada entidad, bien se trate de instituciones de aseguramiento o de prestación de servicios, por lo que su implementación requiere considerar en cada caso las particularidades de tamaño, orientación misional y condiciones estructurales, sin perjuicio de tener por referencia común la normativa jurídica aplicable y el contexto del servicio público en salud. La autonomía de tales disposiciones hace que las mismas sean aprobadas por cada organización y no se apliquen en forma universal o estándar, no obstante partan de postulados o hipótesis de trabajo comunes.

Ser construidas en forma deliberativa, en cuanto a que la autorregulación se expresa como mandato autoimpuesto por los actores que tienen a su cargo el servicio de salud; ello implica que la adopción del Código de Conducta deba emplear mecanismos que permitan la deliberación, la consulta y la participación de los integrantes de las organizaciones y a sus relacionados, de suerte que se abran espacios de análisis y definición compartida de objetivos y propósitos. En la generación de los Códigos de Buen Gobierno, la deliberación sobre su contenido se reserva al equipo de dirección de las organizaciones. Un Código (de conducta) no es una normativa cerrada, adoptada por unos pocos e impuesta a los demás, pues posee carácter vinculante en cuanto a logro autoconstruido y autoaceptado.

Ser normas para la acción, en cuanto a que la adopción e implementación de sistemas de gestión ética en las organizaciones del Sistema de Seguridad Social en Salud implican que las mismas se asimilen cotidianamente en la gestión del servicio a cargo de cada organización y sus integrantes, así como que las preceptivas toquen los aspectos materiales que generan conflictos, no limitándose a ser descripciones de valores, sino que en realidad sirvan para evidenciar y establecer pautas de resolución de las diferencias y desencuentros diarios, entre los funcionarios, entre las organizaciones y los niveles de dirección, y entre

organizaciones y los usuarios/afiliados al sistema.

Ser pautas de comportamiento de alcance ético, autodefinidas y autoaceptadas, cuyo fin se concreta asegurar la mejor y más eficiente prestación del servicio de salud, teniendo por referente el fin del Sistema de Seguridad Social en Salud y los derroteros trazados por la Ley [1122](#) de 2007. Las instituciones aseguradoras y prestadoras de salud deberán contar con marcos éticos de regulación para sus integridades que definan los parámetros de su actuación, más allá de los contenidos de orden legal, respetándolo compromisos de gestión y mejora en el servicio.

Ser herramientas para la mejora continua y el aseguramiento de la calidad al interior de las instituciones aseguradoras y prestadoras, por lo que sus contenidos y aplicación estarán acordes con la estructura y adecuación de los sistemas de calidad organizacionales, de los esquemas de fortalecimiento del talento humano y de atención al usuario/afiliado del sistema de salud.

3. PAUTAS METODOLÓGICAS DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

La adopción de los Códigos de Ética y de Buen Gobierno por parte de las Entidades Promotoras de Prestadoras de Servicios de Salud deberán consultar como mínimo las siguientes condiciones:

3.1. Generar un proceso documentado, en el que se contengan los antecedentes, estudios internos, a resultantes del sistema de quejas y reclamos y demás insumos normativos y de referencias que permitan estructurar los códigos de la mejor manera.

3.2. Diseñar y ejecutar jornadas de sensibilización y construcción participativa del código de conducta, las cuales se realizarán en los horarios y en el número que razonablemente convenga según el tipo y el tamaño de la organización; los equipos directivos considerarán la materia al menos en una sesión formal de los órganos máximos de dirección institucional y realizarán las jornadas que consideren necesarias para la adopción del Código de Buen Gobierno.

3.3. Aplicar un esquema de validación del clima ético al interior de cada organización y emplear sus resultados como insumo para la toma de decisiones.

3.4. Actualizar tales validaciones con una periodicidad no superior a dos (2) años.

3.5. Divulgar adecuadamente los códigos que se aprueben por las instancias de dirección institucional.

3.6. Definir una instancia responsable del seguimiento al sistema de gestión ética, sin perjuicio de la responsabilidad que en todo caso recae sobre el representante legal de la organización.

3.7. Estructurar esquemas de autocomposición de conflictos en razón de la aplicación de las normas de conducta y generar esquemas ágiles y confidenciales para la resolución de conflictos, con autonomía respecto a instancias de diferente naturaleza, tales como las de índole laboral.

3.8. Realizar talleres de socialización con los trabajadores de la organización y con las asociaciones de usuarios en cuanto a los alcances de las normas adoptadas y de sus actualizaciones.

3.9. Informar periódicamente a la Superintendencia Nacional de Salud sobre los resultados del sistema de gestión ética aplicable a cada organización; estos informes deberán rendirse por lo menos cada dos años contados a partir del primero presentado en el mes de noviembre de 2007.

4. DEL CONTENIDO EN GENERAL DE LOS CÓDIGOS.

La razón misional, de todos y cada uno de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, es

justificación para la existencia de los Códigos de Ética y de Buen Gobierno. Esa misión tiene efectos en la comunidad que se ven reflejados en un aumento de la confianza y la legitimidad de las instituciones del Estado, en el fortalecimiento de los procesos de participación ciudadana y en el fortalecimiento empoderamiento de los actores.

El valor público que se genera en la formulación, ejecución, control y mejoramiento de los códigos es a que los diferentes actores del sistema se posicionen social y políticamente, a que se fortalezca su estructura organizacional y a que se genere un estilo de dirección particular.

Los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud deberán incluir, entre otros aspectos, en los nuevos Códigos información que permita:

- 4.1. Identificar la organización, su misión, visión, valores y principios.
- 4.2. Contener normas de autorregulación.
- 4.3. Establecer procedimientos de solución de conflictos y seguimiento a las normas autoimpuestas.
- 4.4. Definir estándares de seguimiento y medición.

Cada organización definirá la forma de presentación y articulación de los Códigos, instrumentos que se integren en un sólo documento, siempre y cuando conserven las características esenciales de cada uno, que pueden ser presentados en forma separada, en todo caso, conservando la debida conexión.

Los Códigos de Ética (conducta) deberán estar dispuestos permanentemente para la consulta del público particular para los integrantes de la entidad, sus usuarios y relacionados.

Por su parte, los Códigos de Buen Gobierno estarán a disposición de los inversionistas o propietarios de la entidad, como de las autoridades de control y de los usuarios, en tanto sean requeridos razonablemente por ellos.

Los Códigos deberán adaptarse a los cambios del entorno empresarial y se adoptarán por mandato del artículo [1122](#) de 2007, sin perjuicio de la gestión del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, de la aplicación de la NTCGP 1000:2004 y del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, cuando estos últimos sean una obligación de ley para el vigilado.

5. ESTRUCTURACIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA (CONDUCTA).

El documento versará en todo caso sobre los siguientes órdenes temáticos:

- 5.1. Las generalidades de la empresa.
- 5.2. La plataforma estratégica de la empresa.
- 5.3. Los principios éticos.
- 5.4. Los valores institucionales.
- 5.5. Las políticas a observar para la gestión ética, a nivel de la interacción con los diferentes grupos de interés, entre la empresa y respecto a los usuarios, entre los funcionarios de la organización, en relación con el manejo de la información y el uso de los bienes, así como en lo que se refiere a la interacción con los actores externos, la sociedad, el Estado, la competencia y el medio ambiente.
- 5.6. Principios de responsabilidad social empresarial.

5.7. Los mecanismos para la difusión y socialización permanente del código

5.8. El establecimiento de los procesos e instancias que permitan, a través de indicadores, el control del sistema de gestión ética institucional.

6. ESTRUCTURACIÓN DEL CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO.

Dados los lineamientos anteriores, los Códigos de Buen Gobierno deben incluir entre otros, los siguientes capítulos:

6.1. Generalidades de la empresa.

6.2. La plataforma estratégica de liderazgo de la entidad.

6.3. Las políticas que orientan la inclusión en el diseño organizacional del Código Buen Gobierno, la asignación de funciones y competencias de los funcionarios en todos los niveles organizacionales, la interacción del proceso con los agentes de control tanto interno como externo, la delegación de funciones, el potencial humano asignado, la disponibilidad del recurso humano para el cumplimiento de los principios del buen gobierno y la gestión ética.

6.4. Las políticas que orientan la gestión de la empresa con sus clientes externos en materia de interrelaciones sectoriales, en la contratación de servicios, en la administración del talento humano, en los procesos de información y comunicación, la calidad de la atención en materia de prestación de servicios de salud, las políticas de responsabilidad social y frente al medio ambiente.

6.5. Sistemas de evaluación y control a directivos, conflictos de interés, manejo de la información y principios de la comunicación desde el liderazgo de la organización, tratamiento a propietarios e inversionistas, relaciones con revisoría fiscal e instancias relacionadas.

6.6. El establecimiento de procesos e instancias que sistemáticamente y sistémicamente permitan, a través de indicadores, el control de gestión de la política del buen gobierno plasmada en el Código.

7. RECOMENDACIONES.

Implementar esquemas adecuados y técnicos de preparación, diseño, deliberación y adopción de tales códigos, de tal forma que se asegure la construcción de herramientas útiles y acordes con los requerimientos de ley y no simplemente como documentos que pretendan satisfacer un requisito normativo, según lo expuesto en cuanto a la naturaleza mínima de dichos instrumentos.

Aplicar para la adopción de los códigos y para sus actualizaciones y renovaciones, así como en forma periódica y en los términos razonables en que se requiera, un sistema de medición efectiva del clima de cada organización de la salud.

Soportar la adopción e implementación del sistema de gestión ética de la institución aseguradora y prestadora en una tarea especializada, a la cual se le reconozca importancia estratégica y alta participación de los equipos de dirección de las organizaciones, con compromiso de todos sus componentes.

Realizar talleres, conversatorios y dinámicas que aseguren la participación del mayor número posible de miembros de la organización en la adopción del código de conducta y en forma tal que sus aportes sean considerados como insumos obligatorios en la definición de las pautas de comportamiento ético institucionales.

Aplicar adecuados mecanismos de divulgación y promoción de la cultura de gestión ética y de las normas contenidas en los códigos de conducta y de buen gobierno, tanto entre los miembros de la entidad como

entre los usuarios/afiliados y sus relacionados.

Aplicar en el diseño y adopción de tales códigos las mejores prácticas organizacionales, de tal manera que cumpla con las características propias de tales ordenamientos éticos, de tal suerte que no se confunda con meros documentos formales, sino que se apropien efectivamente por las organizaciones.

Dar cumplimiento en la adopción de los códigos a las pautas metodológicas mínimas a que se refiere la presente Circular.

Disponer el uso de los recursos humanos, físicos y financieros que se requieran razonablemente para el diseño, la adopción e implementación de los códigos, mediante el empleo de personal directo de las organizaciones o la contratación de entidades especializadas en la materia y en todo caso, con participación del personal directivo de las organizaciones.

8. PUBLICIDAD.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSS) deben dar a conocer el cumplimiento y observación de los requisitos establecidos en el presente capítulo de esta Circular, podrán hacerlo en un periódico de circulación nacional, registrando que la empresa es objeto de inspección, vigilancia y control por parte de esta Superintendencia.

9. ACTUALIZACIÓN.

Los Códigos de Ética (conducta) y de Buen Gobierno deberán estar acordes con la Constitución Nacional y el desarrollo normativo del Sistema de Seguridad Social en Salud y de aquellas normas particulares que sean propias a cada institución. La actualización correrá a la par de los cambios de los planes estratégicos institucionales, del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y de MECI 1000:2005, en el evento en que la EPS y/o la IPS esté obligada a observarlo y acatarlo. Las enmiendas o actualizaciones que se realicen en los Códigos deberán ser informadas a esta Superintendencia y a los usuarios, en un plazo no mayor a los diez días hábiles siguientes a su ocurrencia.

10. PLAZO.

El Código de Ética (conducta) y de Buen Gobierno de que trata el presente capítulo de la Circular aplicable por las entidades hasta el 31 de octubre del presente año, deberán aplicarse en las entidades vigiladas conforme a los términos señalados.

Las EPS e IPS que hayan iniciado su operación a partir del mes de noviembre de 2007 deberán cumplir con la remisión del Código de Ética (conducta) y de Buen Gobierno a más tardar dentro de los dos (2) meses del calendario siguiente al comienzo de sus actividades dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

11. INSTRUCCIONES TÉCNICAS PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN.

Los archivos deberán remitirse debidamente firmados digitalmente, por parte del representante legal de la entidad, al sitio WEB de la Superintendencia Nacional de Salud, www.supersalud.gov.co en el enlace “Reportar Datos de Vigilados”.

El nombre de los archivos, sin caracteres de separación, deben cumplir con la siguiente sintaxis: NIT.DOC.P7Z

El NIT, corresponde al número de identificación de la entidad reportante incluyendo el dígito de

verificación; DOC, corresponde a la extensión de un procesador de texto y P7Z: identifica la extensión de un archivo firmado digitalmente.

CAPITULO V.

FACULTADES JURISDICCIONALES.

Toda vez que a partir de la expedición de la Ley [1122](#) de 2007 a la Superintendencia Nacional de Salud fueron otorgadas precisas facultades jurisdiccionales para, de manera ágil, efectivizar el derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se hace preciso dar a conocer a las entidades vigiladas, a los usuarios y a la ciudadanía en general, los temas en los cuales la Superintendencia ejercerá sus nuevas competencias jurisdiccionales, los procedimientos y requisitos que se deben seguir para acceder a este servicio ante la Entidad.

1. COMPETENCIA DE LA FACULTAD JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA.

La Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, los asuntos preceptuados en el artículo [41](#) de la Ley 1122 (en concordancia con lo dispuesto en el artículo [116](#) de la Constitución Política), mediante el cual se otorgan expresamente las competencias.

1.1. Los Asuntos sobre los cuales la Superintendencia Nacional de Salud puede actuar como Juez, son los siguientes:

Notas del Editor

- Tener en cuenta la introducción de otros asuntos con la modificación del artículo [41](#) de la Ley 1122 de 2007, por el artículo [6](#) de la Ley 1949 de 2019, 'por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes [1122](#) de 2007 y [1438](#) de 2011, y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 50.830 de 8 de enero de 2019.

1.1.1. Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud, o la negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenacen la salud de los usuarios.

1.1.2. Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de:

(I) ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS.

(II) cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica, y

(III) en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

1.1.3. Conflictos que se susciten en materia de multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.1.4. Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras, entre estos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud, sólo conocerá y fallará estos asuntos a petición de parte y no conocerá de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales deba ser sometido al proceso contencioso administrativo, de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.

2. PROCEDIMIENTO APLICABLE EN LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL. <Ver Notas del Editor>

Notas del Editor

- Destaca el editor que el procedimiento aplicable a la función jurisdiccional establecida en este numeral, se refiría al artículo [148](#) de la Ley 446 de 1998 fue derogado por los literales a) y c) del artículo [626](#) de la Ley 1564 de 2012 (salvo lo dispuesto en el párrafo 2 que no aplica para esta superintendencia).

Establece el artículo [1](#) de la Ley 1564 de 2012:

'ARTÍCULO 1o. OBJETO. Este código regula la actividad procesal en los asuntos civiles, comerciales, de familia y agrarios. Se aplica, además, a todos los asuntos de cualquier jurisdicción o especialidad, las actuaciones de particulares y autoridades administrativas, cuando ejerzan funciones jurisdiccionales en cuanto no estén regulados expresamente en otras leyes.'

De conformidad con lo preceptuado en la Ley [1122](#) de 2007, para el trámite de los asuntos enunciados se aplicará lo previsto en el artículo [148](#) de la Ley 446 de 1998.

Concordancias

EOSF; Art. [326](#) Num. 8

Ley 1122 de 2007; Art. [41](#)

El procedimiento que utilizará la Superintendencia en el trámite de los asuntos sometidos a las facultades jurisdiccionales es el siguiente:

2.1. PETICIÓN. <Ver Notas del Editor>

Notas del Editor

- Destaca el editor que el procedimiento aplicable a la función jurisdiccional establecida en este numeral, se refiría al artículo [148](#) de la Ley 446 de 1998, el cual fue derogado por los literales a) y c) del artículo [626](#) de la Ley 1564 de 2012 (salvo lo dispuesto en el párrafo 2 que no aplica para esta superintendencia).

Establece el artículo [1](#) de la Ley 1564 de 2012:

'ARTÍCULO 1o. OBJETO. Este código regula la actividad procesal en los asuntos civiles, comerciales, de familia y agrarios. Se aplica, además, a todos los asuntos de cualquier jurisdicción o especialidad, las actuaciones de particulares y autoridades administrativas, cuando ejerzan funciones jurisdiccionales en cuanto no estén regulados expresamente en otras leyes.'

Sobre el trámite de peticiones debe tenerse en cuenta el [Capítulo I. DERECHO DE PETICIÓN A AUTORIDADES. REGLAS GENERALES.](#) del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011)

La petición debe cumplir con los requisitos establecidos en el artículo [5o](#) del Código Contencioso Administrativo, a saber:

2.1.1. La designación de la autoridad a la que se dirige (Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional).

2.1.2. Los nombres y apellidos completos del solicitante y de su representante o apoderado, si es el caso, con indicación del documento de identificación, dirección y teléfono.

2.1.3. El objeto de la petición clara y precisa.

2.1.4. Las razones o hechos en que se apoya.

2.1.5. La relación de los documentos que la acompañan y pruebas que se pretendan hacer valer, así como las que se encuentren en su poder y haciendo la solicitud de las que considere.

2.1.6. La firma del peticionario.

Se deben adjuntar tres (3) copias de la petición, dos (2) de ellas con sus respectivos soportes.

2.2. ANÁLISIS DE FORMA DE LA PETICIÓN, JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA. <Ver Notas del Editor>

Notas del Editor

- Destaca el editor que el procedimiento aplicable a la función jurisdiccional establecida en este numeral 2, se refiría al artículo [148](#) de la Ley 446 de 1998, el cual fue derogado por los literales a) y c) de artículo [626](#) de la Ley 1564 de 2012 (salvo lo dispuesto en el parágrafo 2 que no aplica para esta superintendencia).

Establece el artículo [1](#) de la Ley 1564 de 2012:

'ARTÍCULO 1o. OBJETO. Este código regula la actividad procesal en los asuntos civiles, comerciales, de familia y agrarios. Se aplica, además, a todos los asuntos de cualquier jurisdicción o especialidad, así como las actuaciones de particulares y autoridades administrativas, cuando ejerzan funciones jurisdiccionales en cuanto no estén regulados expresamente en otras leyes.'

Sobre el trámite de peticiones debe tenerse en cuenta el [Capítulo I. DERECHO DE PETICIÓN A AUTORIDADES. REGLAS GENERALES](#). del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011)

Presentada la petición, el funcionario a quien se designe procederá a efectuar un análisis sobre el cumplimiento de los requisitos del artículo [5o](#) del Código Contencioso Administrativo, e igualmente analizará, en el caso concreto, la procedencia de la Función Jurisdiccional y la Competencia de la Superintendencia Nacional de Salud.

2.3. INADMISIÓN. <Ver Notas del Editor>

Notas del Editor

- Destaca el editor que el procedimiento aplicable a la función jurisdiccional establecida en este n 2, se refería al artículo [148](#) de la Ley 446 de 1998, el cual fue derogado por los literales a) y c) de artículo [626](#) de la Ley 1564 de 2012 (salvo lo dispuesto el el parágrafo 2 que no aplica para esta superintendencia).

Establece el artículo [1](#) de la Ley 1564 de 2012:

'ARTÍCULO 1o. OBJETO. Este código regula la actividad procesal en los asuntos civiles, comer de familia y agrarios. Se aplica, además, a todos los asuntos de cualquier jurisdicción o especiali las actuaciones de particulares y autoridades administrativas, cuando ejerzan funciones jurisdicci en cuanto no estén regulados expresamente en otras leyes.'

Sobre el trámite de peticiones debe tenerse en cuenta el [Capítulo I](#). DERECHO DE PETICIÓN A AUTORIDADES. REGLAS GENERALES. del Código de Procedimiento Administrativo y de lc Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011)

Si del análisis de los requisitos señalados en el artículo [5o](#) del Código Contencioso Administrativo, observa que el peticionario no cumple con los requisitos se inadmitirá la solicitud, para que en el té cinco (5) días se subsane. Si no lo hiciere se rechazará la petición.

2.4. RECHAZO. <Ver Notas del Editor>

Notas del Editor

- Destaca el editor que el procedimiento aplicable a la función jurisdiccional establecida en este n 2, se refería al artículo [148](#) de la Ley 446 de 1998, el cual fue derogado por los literales a) y c) de artículo [626](#) de la Ley 1564 de 2012 (salvo lo dispuesto el el parágrafo 2 que no aplica para esta superintendencia).

Establece el artículo [1](#) de la Ley 1564 de 2012:

'ARTÍCULO 1o. OBJETO. Este código regula la actividad procesal en los asuntos civiles, comer de familia y agrarios. Se aplica, además, a todos los asuntos de cualquier jurisdicción o especiali las actuaciones de particulares y autoridades administrativas, cuando ejerzan funciones jurisdicci en cuanto no estén regulados expresamente en otras leyes.'

Sobre el trámite de peticiones debe tenerse en cuenta el [Capítulo I](#). DERECHO DE PETICIÓN A AUTORIDADES. REGLAS GENERALES. del Código de Procedimiento Administrativo y de lc Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011)

Se rechazará de plano la solicitud cuando se carezca de jurisdicción o de competencia, e igualmente rechazará, cuando no se subsane en el término concedido en el auto de inadmisión.

2.5. AUTO ADMISORIO. <Ver Notas del Editor>

Notas del Editor

- Destaca el editor que el procedimiento aplicable a la función jurisdiccional establecida en este n 2, se referiría al artículo [148](#) de la Ley 446 de 1998, el cual fue derogado por los literales a) y c) de artículo [626](#) de la Ley 1564 de 2012 (salvo lo dispuesto el el parágrafo 2 que no aplica para esta superintendencia).

Establece el artículo [1](#) de la Ley 1564 de 2012:

'ARTÍCULO 1o. OBJETO. Este código regula la actividad procesal en los asuntos civiles, comer de familia y agrarios. Se aplica, además, a todos los asuntos de cualquier jurisdicción o especiali las actuaciones de particulares y autoridades administrativas, cuando ejerzan funciones jurisdiccio en cuanto no estén regulados expresamente en otras leyes.'

Sobre el trámite de peticiones debe tenerse en cuenta el [CapítuloI](#). DERECHO DE PETICIÓN A AUTORIDADES. REGLAS GENERALES. del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011)

Una vez recibida la petición, si la misma reúne los requisitos legales, o se subsana dentro del término establecido, se admitirá y se le dará el trámite establecido para el Proceso Verbal Sumario (artículo s.s. del Código de Procedimiento Civil).

2.6. NOTIFICACIÓN DEL AUTO ADMISORIO. <Ver Notas del Editor>

Notas del Editor

- Destaca el editor que el procedimiento aplicable a la función jurisdiccional establecida en este n 2, se referiría al artículo [148](#) de la Ley 446 de 1998, el cual fue derogado por los literales a) y c) de artículo [626](#) de la Ley 1564 de 2012 (salvo lo dispuesto el el parágrafo 2 que no aplica para esta superintendencia).

Establece el artículo [1](#) de la Ley 1564 de 2012:

'ARTÍCULO 1o. OBJETO. Este código regula la actividad procesal en los asuntos civiles, comer de familia y agrarios. Se aplica, además, a todos los asuntos de cualquier jurisdicción o especiali las actuaciones de particulares y autoridades administrativas, cuando ejerzan funciones jurisdiccio en cuanto no estén regulados expresamente en otras leyes.'

Sobre el trámite de peticiones debe tenerse en cuenta el [CapítuloI](#). DERECHO DE PETICIÓN A AUTORIDADES. REGLAS GENERALES. del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011)

En el Auto Admisorio se correrá traslado al peticionado por el término de 4 días, y su notificación s efectuará a través de la Secretaría General de la Superintendencia Nacional de Salud, en la forma establecida en los artículos [315](#) a [320](#) del Código de Procedimiento Civil.

2.7. CONTESTACIÓN DE LA SOLICITUD. <Ver Notas del Editor>

Notas del Editor

- Destaca el editor que el procedimiento aplicable a la función jurisdiccional establecida en este n 2, se refería al artículo [148](#) de la Ley 446 de 1998, el cual fue derogado por los literales a) y c) de artículo [626](#) de la Ley 1564 de 2012 (salvo lo dispuesto el el parágrafo 2 que no aplica para esta superintendencia).

Establece el artículo [1](#) de la Ley 1564 de 2012:

'ARTÍCULO 1o. OBJETO. Este código regula la actividad procesal en los asuntos civiles, comer de familia y agrarios. Se aplica, además, a todos los asuntos de cualquier jurisdicción o especiali las actuaciones de particulares y autoridades administrativas, cuando ejerzan funciones jurisdiccio en cuanto no estén regulados expresamente en otras leyes.'

Sobre el trámite de peticiones debe tenerse en cuenta el [CapítuloI](#). DERECHO DE PETICIÓN A AUTORIDADES. REGLAS GENERALES. del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011)

La contestación de la petición se hará por escrito, salvo en los casos de mínima cuantía en los que s hacer verbalmente, de lo cual se extenderá un acta que firmará el secretario y el solicitado. Con la contestación deberán aportarse los documentos que se tengan y podrán solicitarse las pruebas que s pretendan hacer valer, con las restricciones establecidas en el parágrafo 4 del artículo [439](#) del C. de

2.8. TRASLADO DE LAS EXCEPCIONES. <Ver Notas del Editor>

Notas del Editor

- Destaca el editor que el procedimiento aplicable a la función jurisdiccional establecida en este n 2, se refería al artículo [148](#) de la Ley 446 de 1998, el cual fue derogado por los literales a) y c) de artículo [626](#) de la Ley 1564 de 2012 (salvo lo dispuesto el el parágrafo 2 que no aplica para esta superintendencia).

Establece el artículo [1](#) de la Ley 1564 de 2012:

'ARTÍCULO 1o. OBJETO. Este código regula la actividad procesal en los asuntos civiles, comer de familia y agrarios. Se aplica, además, a todos los asuntos de cualquier jurisdicción o especiali las actuaciones de particulares y autoridades administrativas, cuando ejerzan funciones jurisdiccio en cuanto no estén regulados expresamente en otras leyes.'

Sobre el trámite de peticiones debe tenerse en cuenta el [CapítuloI](#). DERECHO DE PETICIÓN A AUTORIDADES. REGLAS GENERALES. del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011)

En caso de presentarse excepciones de mérito se dará traslado de estas al peticionario por tres (3) d que solicite pruebas relacionadas con ellas. En este proceso no se pueden proponer excepciones pre los hechos que las configuran, deberán alegarse como reposición contra el auto admisorio.

2.9. AUTO QUE FIJA FECHA Y HORA PARA LA AUDIENCIA. <Ver Notas del Editor>

Notas del Editor

- Destaca el editor que el procedimiento aplicable a la función jurisdiccional establecida en este n 2, se referiría al artículo [148](#) de la Ley 446 de 1998, el cual fue derogado por los literales a) y c) de artículo [626](#) de la Ley 1564 de 2012 (salvo lo dispuesto el el parágrafo 2 que no aplica para esta superintendencia).

Establece el artículo [1](#) de la Ley 1564 de 2012:

'ARTÍCULO 1o. OBJETO. Este código regula la actividad procesal en los asuntos civiles, comer de familia y agrarios. Se aplica, además, a todos los asuntos de cualquier jurisdicción o especiali las actuaciones de particulares y autoridades administrativas, cuando ejerzan funciones jurisdiccio en cuanto no estén regulados expresamente en otras leyes.'

Sobre el trámite de peticiones debe tenerse en cuenta el [CapítuloI](#). DERECHO DE PETICIÓN AL AUTORIDADES. REGLAS GENERALES. del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011)

Cumplida la etapa anterior se citará a las partes a Audiencia especial de que trata el artículo [439](#) de de Procedimiento Civil.

2.10. AUDIENCIA. <Ver Notas del Editor>

Notas del Editor

- Destaca el editor que el procedimiento aplicable a la función jurisdiccional establecida en este n 2, se referiría al artículo [148](#) de la Ley 446 de 1998, el cual fue derogado por los literales a) y c) de artículo [626](#) de la Ley 1564 de 2012 (salvo lo dispuesto el el parágrafo 2 que no aplica para esta superintendencia).

Establece el artículo [1](#) de la Ley 1564 de 2012:

'ARTÍCULO 1o. OBJETO. Este código regula la actividad procesal en los asuntos civiles, comer de familia y agrarios. Se aplica, además, a todos los asuntos de cualquier jurisdicción o especiali las actuaciones de particulares y autoridades administrativas, cuando ejerzan funciones jurisdiccio en cuanto no estén regulados expresamente en otras leyes.'

Sobre el trámite de peticiones debe tenerse en cuenta el [CapítuloI](#). DERECHO DE PETICIÓN AL AUTORIDADES. REGLAS GENERALES. del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011)

La audiencia se dividirá en 5 etapas a saber:

- a) Etapa de conciliación;
- b) Etapa de fijación de hechos, pretensiones y excepciones;
- c) Etapa de saneamiento;
- d) Decreto y práctica de pruebas y;
- e) Etapa de alegaciones y sentencia.

2.11. NOTIFICACIÓN DE PROVIDENCIAS. <Ver Notas del Editor>

Notas del Editor

- Destaca el editor que el procedimiento aplicable a la función jurisdiccional establecida en este n 2, se referiría al artículo [148](#) de la Ley 446 de 1998, el cual fue derogado por los literales a) y c) de artículo [626](#) de la Ley 1564 de 2012 (salvo lo dispuesto el el parágrafo 2 que no aplica para esta superintendencia).

Establece el artículo [1](#) de la Ley 1564 de 2012:

'ARTÍCULO 1o. OBJETO. Este código regula la actividad procesal en los asuntos civiles, comer de familia y agrarios. Se aplica, además, a todos los asuntos de cualquier jurisdicción o especiali las actuaciones de particulares y autoridades administrativas, cuando ejerzan funciones jurisdicci en cuanto no estén regulados expresamente en otras leyes.'

Sobre el trámite de peticiones debe tenerse en cuenta el [CapítuloI](#). DERECHO DE PETICIÓN A AUTORIDADES. REGLAS GENERALES. del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011)

La notificación de las providencias emitidas en el curso del proceso se notificará en los términos de artículos del [313](#) al [330](#) del Código de Procedimiento Civil.

2.12. RECURSOS. <Ver Notas del Editor>

Notas del Editor

- Destaca el editor que el procedimiento aplicable a la función jurisdiccional establecida en este n 2, se referiría al artículo [148](#) de la Ley 446 de 1998, el cual fue derogado por los literales a) y c) de artículo [626](#) de la Ley 1564 de 2012 (salvo lo dispuesto el el parágrafo 2 que no aplica para esta superintendencia).

Establece el artículo [1](#) de la Ley 1564 de 2012:

'ARTÍCULO 1o. OBJETO. Este código regula la actividad procesal en los asuntos civiles, comer de familia y agrarios. Se aplica, además, a todos los asuntos de cualquier jurisdicción o especiali las actuaciones de particulares y autoridades administrativas, cuando ejerzan funciones jurisdicci en cuanto no estén regulados expresamente en otras leyes.'

Sobre el trámite de peticiones debe tenerse en cuenta el [CapítuloI](#). DERECHO DE PETICIÓN A AUTORIDADES. REGLAS GENERALES. del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011)

En el trámite del proceso jurisdiccional podrán interponerse los siguientes recursos:

2.12.1. El recurso de reposición procede contra los autos que se dicten en el curso del proceso, a fir se aclaren, revoquen o reformen y deberá interponerse con expresión de las razones que lo sustent escrito presentado dentro de los 3 días siguientes a la notificación del auto, excepto cuando se haya en audiencia o diligencia, caso en el cual deberá interponerse en forma verbal, una vez se pronuncie El auto que decide la reposición no es susceptible de ningún recurso, salvo que contenga puntos nu evento en el que podrán interponerse los recursos pertinentes en su contra. El trámite de la reposici dispuesto en el artículo [349](#) del C. de P. C.

2.12.2. El recurso de apelación procede contra la decisión por la cual se declare la incompetencia y fallo definitivo, de conformidad con lo normado en el inciso 3o del artículo [148](#) de la Ley 446 de 1995, deberá interponerse en la forma dispuesta en el artículo [352](#) y [353](#) del C. de P. C.

Cualquier inquietud sobre el tema puede ser consultada en:

Centro de Contacto: 6500870

Línea gratuita Nacional: 018000910383

Conmutador: 3300210 Ext. 3131, 3032, 3083, 3161.

Página Web: www.supersalud.gov.co

Correo electrónico: morozco@supersalud.co

Correo: Carrera 13 No. 32-76 Piso 6o.

CAPITULO VI.

FACULTADES DE CONCILIACIÓN.

La Ley 1122 de 2007 en su artículo [38](#) atribuyó a la Superintendencia Nacional de Salud la facultad de actuar como conciliador en los conflictos que surjan entre las entidades sometidas a su vigilancia y estas y los usuarios.

La misma determinó claramente que la Conciliación procederá de oficio o a petición de parte de alguno de los actores enunciados y que versarán sobre los asuntos originados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud.

El Acuerdo Conciliatorio tendrá efecto de cosa juzgada y el Acta de Conciliación prestará mérito ejecutivo.

En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación en la Superintendencia Nacional de Salud se aplicarán las normas generales que sobre la materia se encuentran previstas en la Ley [640](#) de 2001.

El objetivo del presente capítulo es poner en conocimiento de los beneficiarios y actores del sistema de salud en general los conceptos, requisitos y trámites que se deben tener en cuenta para acceder al mecanismo de la Conciliación en la Superintendencia Nacional de Salud.

1. CONCEPTOS Y CARACTERÍSTICAS.

1.1. CONCEPTO.

Se entiende la Conciliación como el mecanismo de resolución de conflictos a través del cual, dos o más partes, vigilados o usuarios del sector salud, gestionan, con la ayuda de la Superintendencia Nacional de Salud, la solución de sus diferencias, con el fin de lograr el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud.

Encontramos entonces en este panorama a la Superintendencia Nacional de Salud en su figura de conciliador que actúa, siempre habilitado por las partes, facilitando el diálogo entre ellas y promoviendo fórmulas de acuerdo que permitan llegar a soluciones satisfactorias para ambas partes, cuyo Acuerdo Conciliatorio hace tránsito a cosa juzgada, es decir que los acuerdos adelantados ante la Superintendencia Nacional de Salud aseguran que lo consignado en ellos no sea de nuevo objeto de debate a través de un proceso judicial u otro mecanismo alternativo de solución de conflictos, lo que permite proteger a ambas partes (vigilados o usuarios). Es la renovación de la autoridad del acuerdo conciliatorio que al tener la facultad de no v

ser objeto de discusión, anula todos los medios de impugnación que puedan modificar lo establecido.

El Acta de Conciliación presta mérito ejecutivo, lo cual significa que contiene una obligación clara y exigible, de obligatorio cumplimiento para la parte que se imponga dicha obligación. En caso de incumplimiento total o parcial de lo acordado por parte de uno de los conciliantes, la parte afectada recurrir ante la autoridad judicial competente para que ordene su cumplimiento.

1.2. CARACTERÍSTICAS.

El mecanismo de la Conciliación adelantado ante la Superintendencia Nacional de Salud por los Vigilados y/o usuarios, estará revestido de las características de solemnidad, bilateralidad, conmutatividad de discusión y será un acto nominado, así:

1.2.1. Solemnidad: El acta de conciliación contendrá la información mínima establecida en el artículo 13 de la Ley 640 de 2001.

1.2.2. Bilateralidad: Se considera que en el acuerdo conciliatorio al que llegan los intervinientes (vigilado y/o usuarios) se definen obligaciones a cada uno de ellos.

1.2.3. Conmutativa: Las obligaciones surgidas en el acuerdo conciliatorio son claras, expresas y exigibles.

1.2.4. De libre discusión: Las fórmulas de conciliación propuestas son de libre discusión, negociación y aceptación por parte de los intervinientes, lo que permite llegar a un acuerdo conciliatorio para lograr una solución a la problemática planteada.

1.2.5. Acto nominado: La conciliación como mecanismo alternativo de solución de conflictos se encuentra regulado por normas claras y precisas, las cuales deben ser aplicables al tenor de lo preceptuado en las disposiciones vigentes.

1.2.6. Gratuidad: Los trámites de conciliación adelantados ante la Superintendencia Nacional de Salud son gratuitos y los funcionarios que los lleven a cabo no podrán cobrar por sus servicios.

Es oportuno entonces, que la Superintendencia Nacional de Salud informe a las Entidades Vigiladas y a la ciudadanía en general sobre los requisitos que se deben surtir para acceder a esta facultad.

2. REQUISITOS PARA ACCEDER A LA FACULTAD CONCILIATORIA.

Para impetrar el mecanismo de la conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud, los vigilados y/o usuarios deberán observar el trámite conciliatorio que a continuación se enuncia.

2.1 SOLICITUD DE CONCILIACIÓN.

El vigilado y/o el usuario interesado en adelantar la Conciliación como mecanismo alternativo de solución de conflictos deberá radicar en el Grupo de Archivo y Correspondencia de la entidad ubicada en la Calle 13 No 32-76 piso 1o la solicitud de conciliación que como mínimo deberá contener la siguiente información:

2.1.1. Fecha de solicitud del trámite conciliatorio

2.1.2. Identificación de la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación como autoridad conciliatoria a la cual se dirige.

2.1.3 Datos del solicitante

Si es Persona Natural:

- Nombres y apellidos
- Documento de identidad

Si es Persona Jurídica:

- Nombre o razón social
- Número de identificación tributaria
- Certificado de existencia y representación legal
- En caso de concurrir a través de apoderado se debe indicar nombres y apellidos, documento de identidad, tarjeta profesional de abogado y anexar el poder respectivo, en el que se estipule la facultad expresa de conciliar.

Si es más de una persona (natural o jurídica) la que solicita la conciliación cada una de ellas debe estar identificada con los datos antes enunciados.

Si es Persona de Derecho Público, quien solicita la Conciliación deberá presentar Acta del Comité de Conciliación de la respectiva Entidad.

2.1.4. Enunciación del conflicto o diferencia materia de conciliación.

2.1.5. Datos del solicitado

Si es Persona Natural

- Nombres y apellidos
- Documento de identidad

Si es Persona Jurídica

- Nombre o razón social
- Número de identificación tributaria
- Datos del Representante Legal

Si es más de una persona (natural o jurídica) la que se cita a la conciliación cada una de ellas debe estar identificada con los datos antes enunciados.

Si es persona de Derecho Público debe allegar a la diligencia el Acta del Comité de Conciliación de la respectiva Entidad.

2.1.6. Hechos en los que se fundamenta la solicitud de conciliación (los más relevantes)

2.1.7. Discriminar las pruebas en las cuales se soportan los hechos enunciados.

2.1.8. Anexos. Se anexarán los soportes documentales que se consideren pertinentes.

2.1.9. Comunicaciones

Dirección de residencia y/o domicilio de las partes, Teléfono y Ciudad

2.1.10. Firma del solicitante.

2.2. TRASLADO Y ANÁLISIS DEL ASUNTO SOMETIDO A POSIBLE CONCILIACIÓN.

Recibida la solicitud de conciliación, se someterá a su respectivo trámite, dándole traslado al profesional encargado de efectuar el análisis y estudio del caso, quien contará con un máximo de diez (10) días para emitir concepto sobre si el caso presentado ante la Entidad, es susceptible de conciliación, de conformidad con el artículo [38](#) de la Ley 1122 de 2007.

En caso de que se requiera la adición o aclaración de la solicitud, se informará de tal situación dentro del término arriba mencionado y en todo caso la Audiencia de Conciliación deberá surtirse dentro de los meses siguientes a la presentación de la solicitud.

El Convocante deberá acompañar a su solicitud constancia que la misma fue presentada al convocante.

2.3. AUTO DE ADMISIÓN.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Si el caso es conciliable, la Superintendente Delegada fijará fecha y hora en que se celebrará la Audiencia de Conciliación.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.3 Auto de admisión. Si el caso es conciliable, la Superintendente Delegada proferirá auto de admisión y fijará fecha y hora en que se celebrará la Audiencia de Conciliación.

2.4. CITACIÓN A AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Una vez se establezca la viabilidad de la solicitud de conciliación, se enviará la citación a todas y cada una de las partes, indicando lugar, fecha y hora para la celebración de la Audiencia de Conciliación.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.4 Citación a Audiencia de Conciliación. Una vez se establezca la viabilidad de la solicitud de conciliación y proferido el auto admisorio, se enviará la citación a todas y cada una de las partes, indicando lugar, fecha y hora para la celebración de la Audiencia de Conciliación.

2.5. EXCUSA PARA INASISTENCIA.

Si llegada la fecha y hora para la celebración de la Audiencia de Conciliación, una de las partes citada comparece, dispondrá de tres (3) días hábiles para presentar la justificación por la no comparecencia. Si no lo hace, su conducta será considerada como indicio grave en contra de sus pretensiones o de sus excepciones de mérito en un eventual proceso judicial que verse sobre los mismos hechos.

2.6. CELEBRACIÓN AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN.

Verificada la comparecencia de las partes, el conciliador procederá a instalar la Audiencia de Conciliación, para lo cual se informará a los comparecientes sobre el objeto, alcance y límites de la conciliación, incentivando y motivándolos para que propongan fórmulas de arreglo al conflicto existente o planteen algunas alternativas de solución al conflicto.

De aceptarse por ambas partes alguna de las fórmulas propuestas, se suscribirá el acuerdo conciliatorio en conformidad con lo preceptuado en el artículo 1o. de la ley 640 de 2001.

El Conciliador debe velar en todo momento, porque no se menoscaben los derechos ciertos, indiscutibles e intransigibles.

2.7. ACTA DE CONCILIACIÓN.

El acta del acuerdo conciliatorio suscrito ante la Superintendencia deberá contener como mínimo:

2.7.1. Lugar, fecha y hora de audiencia de conciliación.

2.7.2. Identificación del Conciliador.

2.7.3. Identificación de las personas citadas con señalamiento expreso de las que asisten a la audiencia.

2.7.4. Relación sucinta de las pretensiones motivo de la conciliación.

2.7.5. El acuerdo logrado por las partes con indicación de la cuantía, modo, tiempo y lugar de cumplimiento de las obligaciones pactadas.

Del Acta de Conciliación se entregará copia auténtica a las partes involucradas en la conciliación, como constancia de que se trata de primera copia que presta mérito ejecutivo.

El funcionario encargado del trámite de la Conciliación velará por que el Acuerdo Conciliatorio sea cumplido en los términos señalados en el Acta.

En caso de no acuerdo entre las partes, el Conciliador firmará una certificación de No Acuerdo y se terminará la diligencia, entregando copia de la misma y de los documentos aportados por las partes, terminando así el trámite de la Conciliación.

3. RESPONSABILIDADES POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN.

La Superintendencia al ser revestida de las facultades propias como conciliador, cumplirá, entre otras, las siguientes responsabilidades:

3.1. Iniciar de oficio o a petición de parte el proceso conciliatorio.

3.2. Citar a los vigilados o usuarios que intervengan en el trámite conciliatorio y a quienes, en su caso, deban asistir a la Audiencia.

- 3.3. Dar a conocer a los comparecientes sobre el objeto, alcance y límites de la conciliación.
 - 3.4. Incentivar y motivar a los intervinientes para que propongan fórmulas de arreglo a la problemática existente entre ellos.
 - 3.5. Presentar propuestas de arreglo a las problemáticas planteadas.
 - 3.6. Levantar el Acta de la Audiencia de Conciliación.
 - 3.7. Velar porque no se menoscaben los derechos ciertos, indiscutibles e intransigibles.
 - 3.8. Archivar las constancias y las actas antecedentes de las audiencias de conciliación.
 - 3.9. Elaborar y remitir informes periódicos, ante el Superintendente Nacional de Salud y las instancias gubernamentales pertinentes, sobre la gestión adelantada en el tema de Conciliación.
- #### 4. TEMAS SUSCEPTIBLES DE CONCILIACIÓN ANTE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

Se podrán conciliar de conformidad con el artículo [38](#) de la Ley 1122 de 2007, todos los conflictos surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios, generados en problemas que no les permita sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud.

Cualquier inquietud sobre el tema podrá ser absuelta en el teléfono 3300210 Ext. 3131, 3032, 3083 en la carrera 13 No. 32-76 Piso 6o.

CAPITULO VII.

CADENA DE CUSTODIA DE EVIDENCIA FORENSE.

<Capítulo adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

De acuerdo con lo preceptuado en los artículos [255](#) y siguientes de la Ley 906 de 2004, en concordancia con lo establecido en las Resoluciones números 1890 de 2002 y 6394 de 2004 “La aplicación de la cadena de custodia es responsabilidad de los servidores públicos que entren en contacto con los elementos materiales probatorios y evidencia física.

Los particulares que por razón de su trabajo o por el cumplimiento de las funciones propias de su cargo, el personal de los servicios de salud que entren en contacto con elementos materiales probatorios y evidencia física, son responsables por su recolección, preservación y entrega a la autoridad competente”.

En consecuencia, la Superintendencia Nacional de Salud, recuerda a los sujetos y entidades vigiladas que en el ejercicio de las funciones propias en la prestación del servicio público de salud se debe cumplir con las responsabilidades y obligaciones asignadas por las normas enunciadas, ejerciendo para ello las acciones de capacitación a los profesionales de la salud y demás trabajadores o funcionarios que manejen urgencias en el servicio público en general donde se realicen intervenciones médicas que involucren hechos delictivos tales como lesiones personales, homicidios, suicidios, abortos, delitos de manipulación genética, delitos contra la libertad sexual y en general que tengan que manejar evidencia forense.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de 2008.

CAPITULO VIII.

CUMPLIMIENTO DE SENTENCIAS.

<Capítulo VIII adicionado al Título I por la Circular [51](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Los actores del sistema desde el ámbito de sus responsabilidades en su condición de aseguradoras, prestadores o administradores deben dar cabal cumplimiento a las sentencias que profieran las autoridades judiciales y en consecuencia adoptar, en forma inmediata, las gestiones administrativas para que se garantice la prestación de los servicios médico-asistenciales, medicamentos, procedimientos e intervenciones que hayan sido ordenados por los Jueces de la República y las demás referidas al reconocimiento y pago de los mismos.

En este sentido, se debe advertir a las entidades destinatarias de la presente circular que las sentencias judiciales, de acuerdo con lo señalado por la Corte Constitucional, son título suficiente para que las autoridades públicas y las instituciones privadas que ejercen funciones públicas adopten las decisiones adelantadas en cada una de las providencias, máximo si las mismas establecen la protección al derecho fundamental a la salud y como resultado de las mismas se ordenen los gastos, se autoricen los servicios requeridos; y aún sin la necesidad de las mismas los Comités Técnico-Científicos pueden autorizar la prestación de servicios, intervenciones, procedimientos, actividades y medicamentos excluidos del Plan Obligatorio de Salud, en procura de salvaguardar el derecho a la salud de los afiliados.

En consecuencia, y de conformidad con lo señalado en la Sentencia T-[760](#) de 2008 de la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional del 31 de julio de 2008, las entidades vigiladas destinatarias de la presente Circular deben cumplir con las instrucciones que en cada caso señalan con el propósito de garantizar el acceso efectivo a los medicamentos, insumos, procedimientos, intervenciones y demás servicios que se requieran para la preservación, mantenimiento y recuperación de la salud que permitan el disfrute de una vida en condiciones dignas.

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

En cumplimiento de las obligaciones que como aseguradoras le han sido asignadas a las Entidades Promotoras de Salud, los representantes legales de estas entidades deberán:

1. Establecer las medidas necesarias con las instituciones prestadoras de servicios de salud que conforman su red de prestadores para garantizar la prestación de los servicios de salud en forma oportuna, eficiente y con calidad, observando el principio de integralidad, de acuerdo con los lineamientos de la Corte Constitucional.
2. <Ver Notas del Editor> Conformar, los Comités Técnico-Científicos que le corresponde para cada caso de acuerdo con lo dispuesto en la Sentencia T-[760](#) de 2008, las Resoluciones números [3099](#) y [3754](#) y demás normas que las adicionen o modifiquen, debiendo remitir en el mismo tiempo la composición de estos acorde con lo dispuesto en el numeral [4](#) del Capítulo I del Título II de la Circular Externa número 4 de 2007 (Circular Unica).

Notas del Editor

3. En criterio del editor, en relación con los Comités Técnico-Científicos, debe tenerse en cuenta dispuesto en el artículo [116](#) del Decreto 19 de 2012, publicado en el Diario Oficial No. 48.308 de enero de 2012 (subraya el editor):

(Por favor remitirse a la norma original para comprobar la vigencia del texto que se transcribe a continuación:)

'ARTÍCULO 116. Modifíquese el artículo [27](#) de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:

ARTÍCULO [27](#). SOLICITUD DE SERVICIOS NO PREVISTOS EN EL PLAN DE BENEFICIO. CREACIÓN DE LA JUNTA TÉCNICO - CIENTÍFICA DE PARES. La provisión de servicios no previstos en el Plan de Beneficios, que se requieran con necesidad y sean pertinentes en el caso particular de acuerdo con la prescripción del profesional de la salud tratante, deberá ser sometida a la Entidad Promotora de Salud al Comité Técnico Científico o a la Junta Técnico - Científica de pares a la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo que determine el reglamento.

(...)

PARAGRAFO TRANSITORIO. El Gobierno Nacional expedirá la reglamentación dentro de los meses siguientes a la vigencia del presente decreto ley.

El artículo [26](#) de la ley 1438 de 2011 continuará vigente hasta la entrada en vigencia de la reglamentación ordenada por el presente artículo'.

2. Establece el artículo [26](#) de la Ley 1438 de 2011, 'por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 48.308 de 19 de enero de 2012

(Por favor remitirse a la norma original para comprobar la vigencia del texto que se transcribe a continuación:)

'ARTÍCULO [26](#). COMITÉ TÉCNICO-CIENTÍFICO DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD. Para acceder a la provisión de servicios por condiciones particulares, extraordinarios y que se requieran con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico Científico de la Entidad Promotora de Salud con autonomía de sus miembros, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto.

Los Comités Técnicos-Científicos deberán estar integrados o conformados por médicos científicos tratantes. Bajo ninguna circunstancia el personal administrativo de las Entidades Promotoras de Salud integrará estos comités, así sean médicos.

PARÁGRAFO. La conformación de los Comités Técnico-Científicos debe garantizar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones. '.

1. Resoluciones 3099 y 3754 de 2008 derogadas, por el artículo [25](#) de la Resolución 458 de 2013 y el artículo [54](#) de la Resolución 5395 de 2013.

Así mismo, las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) también tendrán la obligación de conformar Comités Técnico-Científicos como órganos encargados de analizar las solicitudes presentadas por los

médicos tratantes para el suministro de medicamentos, actividades, procedimientos e intervenciones encuentran por fuera del Plan Obligatorio de Salud, justificar técnicamente las decisiones adoptadas en tal sentido.

Los Comités Técnico-Científicos que se encuentran conformados con anterioridad a las normas en vigencia deben adaptarse a las nuevas directrices y en consecuencia se deberá llevar a cabo la respectiva recomposición.

Los representantes legales de las EPS-C, EPS-S y las EOC serán responsables del cumplimiento de acreditación de los requisitos y del proceso de selección de los integrantes de los Comités Técnico-Científicos y, en tal sentido, serán garantes de su debida conformación, de acuerdo con los criterios jurisprudenciales determinados para tal fin.

3. <Ver Notas del Editor> Someter al Comité Técnico-Científicos, a través del médico tratante o del procedimiento que defina la CRES o el CNSSS, la autorización de los servicios de salud que no se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (medicamentos, actividades, insumos y procedimientos, entre otros) efectuando los trámites administrativos que le corresponden sin que haya que imponer cargas adicionales a los usuarios de salud, en tal sentido.

Notas del Editor

3. En criterio del editor, en relación con los Comités Técnico-Científicos, debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo [116](#) del Decreto 19 de 2012, publicado en el Diario Oficial No. 48.308 de enero de 2012 (subraya el editor):

(Por favor remitirse a la norma original para comprobar la vigencia del texto que se transcribe a continuación:)

'ARTÍCULO 116. Modifíquese el artículo [27](#) de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:

ARTÍCULO [27](#). SOLICITUD DE SERVICIOS NO PREVISTOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS. La provisión de servicios no previstos en el Plan de Beneficios, que se requieran con necesidad y sean pertinentes en el caso particular de acuerdo con la prescripción del profesional de la salud tratante, deberá ser sometida a la Entidad Promotora de Salud al Comité Técnico Científico o a la Junta Técnico - Científica de la Entidad Promotora de Salud, de conformidad con lo que determine el reglamento.

(...)

PARAGRAFO TRANSITORIO. El Gobierno Nacional expedirá la reglamentación dentro de los meses siguientes a la vigencia del presente decreto ley.

El artículo [26](#) de la ley 1438 de 2011 continuará vigente hasta la entrada en vigencia de la reglamentación ordenada por el presente artículo'.

2. Establece el artículo [26](#) de la Ley 1438 de 2011, 'por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 48.308 de 19 de enero de 2011

(Por favor remitirse a la norma original para comprobar la vigencia del texto que se transcribe a continuación:)

'ARTÍCULO [26](#). COMITÉ TÉCNICO-CIENTÍFICO DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SAI
Para acceder a la provisión de servicios por condiciones particulares, extraordinarios y que se requieran con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico Científico de la Entidad Promotora de Salud con autonomía de sus miembros, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto.

Los Comités Técnicos-Científicos deberán estar integrados o conformados por médicos científicos tratantes. Bajo ninguna circunstancia el personal administrativo de las Entidades Promotoras de Salud integrará estos comités, así sean médicos.

PARÁGRAFO. La conformación de los Comités Técnico-Científicos debe garantizar la interdisciplinaria entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones. '.

1. Resoluciones 3099 y 3754 de 2008 derogadas, por el artículo [25](#) de la Resolución 458 de 2013 y artículo [54](#) de la Resolución 5395 de 2013.

4. <Ver Notas del Editor> Acatar los lineamientos establecidos por la Corte Constitucional para solucionar los conflictos que se puedan presentar entre el médico tratante y el Comité Técnico-Científicos, estableciendo, para tal fin, los mecanismos necesarios para instruir a los profesionales de la salud que prestan los servicios de salud en las solicitudes que deben elevar ante el Comité en mención.

Notas del Editor

3. En criterio del editor, en relación con los Comités Técnico-Científicos, debe tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo [116](#) del Decreto 19 de 2012, publicado en el Diario Oficial No. 48.308 de enero de 2012 (subraya el editor):

(Por favor remitirse a la norma original para comprobar la vigencia del texto que se transcribe a continuación:)

'ARTÍCULO 116. Modifíquese el artículo [27](#) de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:

ARTÍCULO [27](#). SOLICITUD DE SERVICIOS NO PREVISTOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS. CREACIÓN DE LA JUNTA TÉCNICO - CIENTÍFICA DE PARES. La provisión de servicios no previstos en el Plan de Beneficios, que se requieran con necesidad y sean pertinentes en el caso particular de acuerdo con la prescripción del profesional de la salud tratante, deberá ser sometida a la Entidad Promotora de Salud al Comité Técnico Científico o a la Junta Técnico - Científica de pares de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo que determine el reglamento.

(...)

PARAGRAFO TRANSITORIO. El Gobierno Nacional expedirá la reglamentación dentro de los meses siguientes a la vigencia del presente decreto ley.

El artículo [26](#) de la ley 1438 de 2011 continuará vigente hasta la entrada en vigencia de la reglamentación ordenada por el presente artículo'.

2. Establece el artículo [26](#) de la Ley 1438 de 2011, 'por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 48.308 de 19 de enero de 2011

(Por favor remitirse a la norma original para comprobar la vigencia del texto que se transcribe a continuación:)

'ARTÍCULO [26](#). COMITÉ TÉCNICO-CIENTÍFICO DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SAI
Para acceder a la provisión de servicios por condiciones particulares, extraordinarios y que se requieran con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico Científico de la Entidad Promotora de Salud con autonomía de sus miembros, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto.

Los Comités Técnicos-Científicos deberán estar integrados o conformados por médicos científicos tratantes. Bajo ninguna circunstancia el personal administrativo de las Entidades Promotoras de Salud integrará estos comités, así sean médicos.

PARÁGRAFO. La conformación de los Comités Técnico-Científicos debe garantizar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones. '.

1. Resoluciones 3099 y 3754 de 2008 derogadas, por el artículo [25](#) de la Resolución 458 de 2013 y artículo [54](#) de la Resolución 5395 de 2013.***

5. Las Entidades Promotoras de Salud que operan en el régimen subsidiado (EPS-S) deberán adicionar al carné de afiliación, la leyenda de identificación “EXENTO DE PAGO”, a la población que se encuentre excluida de cancelar valor alguno por cuota moderadora o copago, la cual debe ser visible para que los usuarios puedan acceder a los servicios de salud sin barreras de acceso.

Mientras se fija la leyenda en el carné de afiliación de dicha población, deberán remitir a más tardar el próximo 30 de noviembre a toda su red prestadora de servicios la relación de los afiliados que no deben efectuar los mencionados pagos para así evitar efectivamente la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud que requieran.

6. Las Entidades Promotoras de Salud que operan en el régimen contributivo crearán y establecerán mecanismos necesarios que permitan el acceso efectivo a la prestación de los servicios de salud que requiera y evitar que el pago de las cuotas moderadoras o pagos compartidos se conviertan en barrera de acceso al mismo, de acuerdo con la capacidad socioeconómica del afiliado, la determinación de la cuota soportable y sin que, en ningún caso, se exija la cancelación de aquellos como condición previa a la atención o se supedite el acceso al pago previo.

7. Efectuar, dentro del mes siguiente a la publicación de la presente circular, una revisión de los afiliados que se encuentran inscritos en los programas especiales de atención integral de patologías específicas y enfermedades catastróficas para determinar que se encuentran exentos de efectuar dichos pagos de conformidad con lo establecido en el Acuerdo [260](#) de 2004 y demás normas que la complementan o modifican e informarles de tal situación por el medio que se considere más idóneo, para su efectiva aplicación. El medio que se utilice debe permitir la comprobación del conocimiento de dicha información por parte de los usuarios y el registro de las acciones efectuadas en tal sentido.

Como medida complementaria se debe llevar a cabo, a más tardar dentro de los dos (2) meses de la vigencia de la presente circular, la revisión del perfil epidemiológico de la población afiliada y promover la inscripción de aquellas personas que no lo han hecho.

8. Verificar la existencia o no del allanamiento a la mora previamente a la negación del pago de las prestaciones económicas (incapacidades laborales) a que haya lugar para el afiliado cotizante, teniendo en cuenta que estas se convierten en la garantía de los derechos fundamentales del mínimo vital, a la salud y a la dignidad humana, de conformidad con lo expresado por la Corte Constitucional en varias de sus sentencias.

9. Llevar a cabo oportunamente los trámites y gestiones necesarias ante las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, pertenezcan o no a su red de prestación de servicios, de conformidad con lo previsto en el Decreto [4747](#) de 2007 y la Resolución [3047](#) de 2008, para lograr el efectivo acceso a los servicios de salud de sus afiliados.

10. Establecer los mecanismos que permitan determinar si es necesario o no asumir el pago de los gastos de transporte y la estadía del paciente o un acompañante de acuerdo con las reglas jurisprudenciales determinadas por la Corte Constitucional y aplicables para cada caso, frente a la carencia de capacidad económica y demás criterios establecidos para tal fin.

11. Efectuar la revisión de los procedimientos administrativos adoptados a la fecha y sus tiempos de respuesta para determinar si alguno o algunos de estos son engorrosos e innecesarios, proponiendo mejora continua a través de una medición de indicadores de eficiencia y efectividad.

Dicho seguimiento y medición deberá ser un punto dentro del Orden del Día de la audiencia de rendición de cuentas que las entidades deben presentar, por lo menos una vez al año a la comunidad.

12. Garantizar la continuidad de la prestación de servicios a sus afiliados, sin que el mismo sea interrumpido abrupta o inapropiadamente hasta la recuperación o estabilización del paciente o hasta que el mismo sea asumido por otra entidad.

En tal sentido, las EPS que operan el régimen contributivo deben llevar a cabo las gestiones necesarias ante el Fosyga o la entidad territorial, si se trata de una EPS del régimen subsidiado, para que se asuma el costo de los servicios y medicamentos requeridos que no hagan parte del POS (recobro).

13. Generar estrategias que permitan el acceso inmediato a los servicios de salud de los sujetos de especial protección como lo son los niños, niñas, adolescentes, tercera edad, mujeres embarazadas, discapacitados, enfermos mentales, de alto costo y demás que sean determinadas en la Constitución o la ley, para tanto divulgarlos por lo menos por dos medios de comunicación masiva, antes del 31 de diciembre de 2010.

14. Garantizar el derecho a la libre escogencia de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la aplicación de los criterios expresados taxativamente en las normas y observando los lineamientos determinados por la Corte Constitucional para la aceptación del traslado, bien sea de ingreso o retiro a una entidad aseguradora.

15. Adoptar los mecanismos necesarios para que se preste a los afiliados los servicios de salud, procedimientos, intervenciones y suministro de medicamentos que sean requeridos así no se encuentren en el POS, en los términos definidos por la Corte Constitucional.

16. Divulgar tanto al personal administrativo como a los profesionales de la salud las determinaciones adoptadas por la Corte Constitucional frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el propósito de evitar las demoras o rechazos en la prestación de los servicios de salud a sus afiliados.

17. Las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades obligadas a compensar deberán efectuar oportunamente los pagos por la prestación de los servicios, procedimientos, intervenciones y el suministro de medicamentos.

de medicamentos no POS autorizados por el Comité Técnico-Científicos u ordenados por la acción en los porcentajes que correspondan para cada caso, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de las cuales sean atendidos sus afiliados.

18. Las EPS y EOC asumirán la responsabilidad del pago del 50% de los servicios, procedimientos intervenciones y suministro de medicamentos no POS, cuando los mismos no sean autorizados por Comité Técnico-Científicos y sean ordenados por tutela.

Finalmente, es importante precisar que toda vez que de acuerdo con lo establecido en las Leyes [100](#) y [1122](#) de 2007 las Entidades Promotoras de Salud son las responsables de efectuar la articulación de servicios de salud que permitan garantizar el acceso efectivo de sus afiliados a los mismos, que deba la representación del afiliado ante la institución prestadora de servicios de salud y que las funciones de aseguramiento son indelegables, las conductas reincidentes sobre la inobservancia de estas obligaciones de autorización de los servicios de salud, procedimientos, intervenciones y el no suministro de medicamentos no incluidos en el POS y la renuencia o dilación al acatamiento de las mismas y de las decisiones jurisprudenciales será entendida como un incumplimiento a los requisitos establecidos por la operación y actuará de conformidad con lo señalado en el artículo [230](#) de la Ley 100 de 1993.

ENTIDADES TERRITORIALES.

Las Entidades Territoriales a través de su correspondiente institución o Secretaría de Salud deberán tomar las medidas necesarias que permitan garantizar el acceso a los servicios de salud requeridos por la población pobre y vulnerable de su jurisdicción, entre las cuales como mínimo debe:

1. Suministrar, por los medios que se consideren más eficaces, a la población pobre no afiliada que dentro de su jurisdicción la información necesaria para que conozcan sus derechos en salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud a las cuales pueden acudir para solicitar la prestación de servicios médico-asistenciales y comunicar los mecanismos a través de los cuales pueden poner en conocimiento de las autoridades de salud territoriales los posibles incumplimientos que se están presentando, por parte de los diferentes actores.
2. Generar los mecanismos que permitan el acompañamiento permanente de las autoridades locales correspondientes a la población pobre y vulnerable y a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud que operan el régimen subsidiado en su jurisdicción y asegurar el goce efectivo de su derecho fundamental a la salud.
3. Dar a conocer la dependencia o unidad y el procedimiento a seguir por las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado para presentar los recobros correspondientes por la prestación de los servicios y medicamentos no incluidos en el POS-S, teniendo en cuenta que en tal sentido se debe dar plena observancia a los criterios establecidos por la Corte Constitucional y que en ningún caso se deben imponer cargas injustificadas o no soportables a dichas entidades.

De igual forma, se deberá proceder al reconocimiento del 50% de los servicios, procedimientos, intervenciones y medicamentos no contemplados en el POS-S cuando los mismos sean ordenados por acción de tutela por las autoridades judiciales, de conformidad con los criterios y lineamientos señalados por la Corte Constitucional en las Sentencias C-643 y T-[760](#)

de 2008.

4. Establecer dentro de los canales a través de los cuales los usuarios puedan poner en conocimiento de las autoridades locales de salud las instituciones prestadoras de servicios en las cuales es reiterada la no

demora injustificada en la atención de los servicios de salud incluidos en el POS o los que se requirieron por necesidad para la protección de la salud.

La información recolectada sobre la no prestación de los servicios POS y no POS, deberá trasladarse mensualmente a esta Superintendencia.

5. Adelantar las acciones correspondientes para que a la población de especial protección constituida como los niños, las niñas, los adolescentes y los discapacitados le sean prestados efectivamente los servicios de salud requeridos para la protección de la salud.

6. Adoptar las medidas necesarias para actualizar la información acerca de la situación socioeconómica de la población no afiliada de su jurisdicción, para evitar así que una falla en la información no permita obstaculizar el acceso efectivo a los servicios de salud.

7. Garantizar a la población pobre y vulnerable la atención y el tratamiento integral a que tienen derecho según lo prescrito por el médico tratante, en especial, si se trata de una enfermedad catastrófica, tener en cuenta que la Corte Constitucional ha dicho que “(...) la atención y el tratamiento a que tienen derecho las personas pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo lo necesario para el suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar una vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”.

8. Los departamentos, distritos y municipios, deberán dar cumplimiento cabal al ejercicio de sus funciones de dirección y organización de los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios para atender la demanda.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Por su parte, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán dar cabal cumplimiento a lo dispuesto por la Corte Constitucional en el sentido de:

1. Generar espacios que permitan el conocimiento de las determinaciones adoptadas por la Corte a los empleados administrativos y a los profesionales de la salud.

2. Adoptar las medidas administrativas internas dirigidas a evitar las dilaciones o barreras de acceso a la prestación de servicios de salud a los usuarios y/o afiliados de las diferentes Entidades Promotoras de Salud.

3. Dar cabal cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto [4747](#) de 2007 y su Resolución Reglamentaria [3047](#) de 2008, para garantizar la efectiva prestación de los servicios de salud.

4. Prestar en forma obligatoria la atención inicial de urgencias que requieran los usuarios de la salud.

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA, FOSYGA.

Con el propósito de garantizar el flujo de los recursos necesarios que permitan la prestación eficiente y oportuna del servicio de salud, el Administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, debe:

1. Dar cabal cumplimiento a los plazos establecidos en el cronograma del plan de contingencia ordenado por la Corte Constitucional.

por la Corte Constitucional, que permitan adelantar el trámite de las solicitudes de recobro que está en mora y efectuar los pagos de las solicitudes de recobro en las que se verificó el cumplimiento de los requisitos solicitados y se encuentran en mora.

2. Establecer las medidas administrativas internas que le permitan reconocer oportuna y prontamente a las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo los recursos invertidos en la atención de los servicios y medicamentos no incluidos en el POS que hayan sido autorizados por el Comité Técnico-Científicos o vía acción de tutela en los porcentajes señalados por la Corte Constitucional.

3. Cumplir estrictamente con el reconocimiento de los recobros que a la fecha se encuentran en trámite dentro del plazo señalado por la Corte Constitucional.

4. Cumplir cabalmente con los procedimientos y plazos establecidos por el Ministerio de la Protección Social para efectuar el pago de los recobros por concepto de medicamentos, servicios médicos o prestaciones de salud no incluidos en el POS autorizados por Comité Técnico-Científicos o por fallo de tutela que sean presentados por las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo, sin que se adicionen documentos o trámites administrativos no contemplados en las normas que regulan esta materia, ni imponer cargas injustificadas y no soportables para estas entidades.

La inobservancia e incumplimiento de los plazos establecidos o la existencia de acciones que entorpezcan se conviertan en barreras para el flujo de los recursos en el sistema de salud de manera deliberada o negligente sean imputables al administrador FOSYGA y que violen el principio de eficiencia financiera del Sistema de Salud, el retraso en el pago de los reembolsos y el trámite de solicitudes de recobro acarrearán las multas y sanciones correspondientes, hasta que la situación sea superada.

Notas de Vigencia

- Capítulo VIII adicionado al Título I por la Circular [51](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial N° 47.152 de 24 de octubre de 2008.

<Incisos adicionados por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> A partir de la entrada en vigencia de la presente Circular Externa, las entidades promotoras de salud (EPS) y las entidades obligadas a compensar (EOC) deberán reportar a la Superintendencia Nacional de Salud la información de que trata la Resolución número [3173](#) de 2009 modificada por la Resolución [3821](#) de 2009 expedidas por el Ministerio de la Protección Social o las que las modifiquen o adicionen, en los mismos términos, estructura y especificaciones técnicas de los archivos establecidos en dicho acto administrativo, a través del enlace de funcionalidad que para tal fin establezca la Superintendencia Nacional de Salud en su página web www.supersalud.gov.co.

El primer envío a la Superintendencia Nacional de Salud será a partir del reporte que se debe enviar en los primeros meses de enero del año 2010.

Notas de Vigencia

- Incisos adicionados al Capítulo VIII por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial N° 47.518 de 30 de octubre de 2009.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Circular declarada NULA por el Consejo de Estado, Sección Primera, mediante Sentencia de 21 de mayo de 2013, Expediente No. [2012-00017-00](#), Consejera Ponente Dra. María Elizabeth García González.

Destaca el editor:

'...para la Sala es meridianamente claro que la SNS carece en absoluto de facultades para regular la materia a que se contraen los actos acusados, pues, se reitera, ninguna norma superior le ha atribuido competencia para emitir reglamentaciones cuya finalidad se encamine al cumplimiento de funciones distintas de las que le han sido asignadas por ley o como producto del ejercicio de la potestad reglamentaria del Presidente de la República. Cabe resaltar que, precisamente, la potestad reglamentaria recae en el Presidente de la República, quien, en este caso, con el Ministro de Salud, conforman el Gobierno Nacional, y aún así, éste tiene un límite para el ejercicio de tal potestad, en cuanto no puede exceder el espíritu de la norma que reglamenta.'

Notas de Vigencia

- Incisos adicionado al Capítulo VIII por la Circular [58](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.549 de 30 de noviembre de 2009.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 58 de 2009:

<Incisos adicionado al Capítulo VIII por la Circular [58](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

La Honorable Corte Constitucional, mediante Sentencia C-[355](#) del 10 de mayo de 2006, la cual tiene efectos que vinculan a todas las personas y a todas las autoridades públicas sin excepción, se pronunció decidiendo proteger y garantizar derechos fundamentales de la mujer, reconociendo el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo que se produzca en los siguientes casos:

- (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico;
- (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico;
- (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

La honorable Corte Constitucional mediante Sentencia T-[388](#) del 28 de mayo de 2009 ordenó a la Superintendencia Nacional de Salud, para que de manera inmediata adopte las medidas indispensables con el fin de que las EPS e IPS independientemente de que sean públicas o privadas, laicas o confesionales cuenten con las personas profesionales de la medicina, así como el personal idóneo suficiente para atender el servicio de interrupción voluntaria del embarazo, bajo los supuestos previstos en la Sentencia C-[355](#) de 2006.

La Superintendencia Nacional de Salud como máxima autoridad de vigilancia y control en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cumplimiento de lo ordenado en Sentencia T-[388](#) de 2009, y dentro de la órbita de sus competencias, por el respeto, protección y satisfacción de los derechos

constitucionales y fundamentales de las mujeres, protegidos por la citada Sentencia, a fin de permitir goce efectivo en condiciones de igualdad, seguridad, oportunidad y calidad, eliminando las barreras que impidan el acceso a los servicios de salud de interrupción voluntaria del embarazo, en los casos y condiciones establecidas en la Sentencia C-355 de 2006, procede a adoptar las siguientes medidas:

Primero. En cumplimiento a lo ordenado por la honorable Corte Constitucional mediante Sentencia [388](#) de 2009, la Superintendencia Nacional de Salud insta a las IPS, que tengan habilitado el servicio de Ginecología, independientemente de si son públicas o privadas, laicas o confesionales, a dar cumplimiento a lo ordenado por la Corte Constitucional en el referido fallo, para lo cual deberán contar con las personas profesionales de la medicina, así como con el personal idóneo y suficiente para prestar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo bajo los supuestos previstos en la Sentencia C-005 de 2006.

Segundo. Así mismo, en cumplimiento de lo ordenado en el fallo supra citado, es deber de todas las EPS, bien sean del régimen contributivo o subsidiado, e independientemente de si son laicas o confesionales, contar con IPS que tengan debidamente habilitado el servicio de Ginecología, dentro de su red de prestadores del servicio de salud en los niveles departamental, distrital y municipal, de tal manera que se garantice el servicio de interrupción voluntaria del embarazo bajo las hipótesis establecidas en la Sentencia C-355 de 2006.

Tercero. Dentro de los postulados del sistema de referencia y contrarreferencia, todas las EPS e II públicas o privadas, laicas o confesionales, deberán garantizar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo bajo las hipótesis establecidas en la Sentencia C-[355](#) de 2006, dentro de las redes de prestadores del servicio de salud.

Cuarto. Está prohibido a las EPS e IPS, públicas o privadas, laicas o confesionales, integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sentar objeción de conciencia institucional, por cuanto ella corresponde al fuero interno de las personas naturales.

Quinto. Está prohibido a las EPS e IPS, públicas o privadas, laicas o confesionales, imponer obstaculizar o exigir mayores requisitos a los requeridos para la interrupción voluntaria del embarazo bajo las hipótesis establecidas en la Sentencia C-355 de 2006.

Sexto. Esta Superintendencia hará seguimiento del cumplimiento de las presentes instrucciones a EPS e IPS, e informará de ello a la honorable Corte Constitucional.

TITULO II.

ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB).

La Superintendencia Nacional de Salud, en desarrollo de sus funciones legales, principalmente de la facultad para impartir instrucciones a fin de facilitar las acciones de vigilancia, inspección y control, establece las reglas para efectos de remitir la información obligatoria, por parte de las entidades obligadas, en el presente título y adicionalmente, instruye sobre otros aspectos.

<Ver Notas del Editor> Teniendo en cuenta que el párrafo del Artículo [4o](#) del Decreto 1018 de 2015 determina “Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Entidades de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes a la Red de

régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud”, el presente aparte se aplica a las entidades en mención.

Notas del Editor

Destaca el editor que el Decreto 1018 de 2017 fue derogado por el artículo [37](#) del Decreto 2462 de 2017 'por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud', publicado en el Diario Oficial No. 48.967 de 7 de noviembre de 2013.

Establece su artículo [6](#) Num 17:

'(...) Para efectos del presente decreto se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficiarios de Salud (EAPB), las enunciadas en el numeral 121.1 del artículo [121](#) de la Ley 1430 de 2011 y las normas que las modifiquen o adicionen.'

Acatando la Directiva Presidencial número 02 de 2000 (Agenda de Conectividad), en cuanto al uso de Internet como medio de contacto del gobierno con la ciudadanía, las entidades objeto de este aparte Circular Unica deberán implementar los medios necesarios, a fin de dar cumplimiento a las instrucciones aquí impartidas.

Así mismo, es importante precisar que respecto de las normas y técnicas contables que se aplican a la información financiera, la Superintendencia Nacional de Salud señala que las disposiciones que se deben observar y adoptar son las consagradas en el Código de Comercio, las Leyes [222](#) de 1995 y 603 de 1993, el Decreto [2649](#) de 1993, la Resolución 400 de 2000 de la Contaduría General de la Nación, y sus adicionales modificaciones y en la Resolución número [1804](#) del 24 de diciembre de 2004 mediante la cual se expide el Plan Unico de Cuentas para las Entidades Promotoras de Salud y Entidades de Prepago Privadas expedidas por este Organismo de Control, sus adiciones y modificaciones, y el Estatuto Tributario, en perjuicio de lo dispuesto en normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO I.

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS).

1. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD PARA LA ATENCIÓN EN SALUD

1.1. AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, (EPS) NO INDÍGENAS. <Subnumeral modificado por la Circular [49-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente

1.1.1. Autorización de funcionamiento nueva entidad

Las nuevas entidades que deseen obtener la autorización de funcionamiento como EPS no indígena deben radicar ante la Superintendencia Nacional de Salud la solicitud de autorización de funcionamiento en un documento firmado por el representante legal. Esta solicitud debe ser realizada a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites, anexando la siguiente información:

I. Gobierno Organizacional

1. Constancia de publicación de un aviso en un diario de amplia circulación nacional, en el que se manifieste la intención de operar el aseguramiento en salud indicando el régimen y los territorios donde pretende operar.

2. Certificado de existencia y representación legal. Adicionalmente, para las Cajas de Compensación

Familiar y las entidades de economía solidaria, el certificado deberá contener la autorización expresa para operar el aseguramiento en salud expedido por la respectiva Superintendencia o quien corresponda.

3. Estatutos de creación de la entidad acorde con la naturaleza jurídica adoptada, los cuales deben incluir por lo menos lo siguiente:

- i. Objeto social como entidad responsable del aseguramiento.
- ii. Objeto social exclusivo para operar el aseguramiento en salud, sin perjuicio de lo establecido en artículo [217](#) de la Ley 100 de 1993 respecto a las Cajas de compensación Familiar y las entidades de creación legal.
- iii. Funciones indelegables del aseguramiento en salud.
- iv. Función de promoción de la afiliación al SGSSS de los habitantes de Colombia.
- v. función de administración de los recursos del sector.

4. Declaración juramentada de los socios, accionistas, asociados, directores, miembros de junta directiva, representantes legales y revisores fiscales de no encontrarse en causal de inhabilidades e incompatibilidades en el formato Declaración juramentada (SUFT12).

5. Procedimiento interno para evaluar los candidatos a miembros del máximo órgano social, órgano de administración y órgano de control, a través de la evaluación de un conjunto de criterios que deben incluir los perfiles funcionales y personales (idoneidad y experiencia), así como la verificación de posibles incompatibilidades e inhabilidades.

6. Documento con la estructura orgánica y funcional donde se observe los perfiles y cargos de acuerdo con las funciones relacionadas con el aseguramiento en salud; esto debe estar respaldado por un organismo de la aprobación del órgano competente.

7. Mapa de procesos de la entidad.

8. Listado maestro de documentos, el cual relaciona los procesos y procedimientos. Adjunto a este documento, se deberá presentar manuales, instructivos y documentos codificados; este debe incluir los correspondientes a los sistemas de información que soportan la operación de la entidad en todos los ámbitos.

9. Matriz de roles y responsabilidades, la cual debe incluir el responsable de los procesos y sus respectivas funciones.

10. Documento con el código de conducta y de gobierno organizacional de la entidad, en los términos establecidos en la normatividad vigente. Este documento debe tener en cuenta los lineamientos de la Circular Externa [004](#) de 2018, la cual modifica la Circular [007](#) de 2017, o las normas que la modifiquen o sustituyan. Se debe explicar claramente el detalle de la conformación de los comités, la estructura orgánica y funcional de la entidad y la distribución de funciones de acuerdo con sus obligaciones.

11. Política general de revelación de información y transparencia de la entidad, en los términos establecidos por la normatividad vigente. La Política de Revelación debe estar aprobada por la Junta Directiva u órgano de gobierno que haga sus veces, áreas responsables y herramientas destinadas para su cumplimiento entendidas como desarrollos tecnológicos, procesos, procedimientos, instructivos, entre otros.

12. Política de Rendición de Cuentas, su metodología y plan de acción.

13. Política que especifique los criterios con los cuales evalúa a los prestadores contratados y la forma en que los aplica.

14. Política de pagos donde se especifique los criterios con los cuales administra la liquidez y los pagos a los proveedores.

15. Política de compras que incluya los criterios y procedimientos, así como las áreas responsables de adquisición de bienes y servicios necesarios para la operación y sus respectivas atribuciones.

II. Sistema de Gestión de Riesgos

1. Descripción del diseño del Sistema de Gestión de Riesgos que identifique, valore, ejecute acciones, evalúe, controle y mitigue los riesgos relacionados con el cumplimiento de las funciones del asegurador, el cual debe incluir:

a) Documento que contenga la estructura orgánica para la administración del Sistema Integral de Gestión de Riesgos en la entidad (riesgo operativo, riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, riesgo de mercado, riesgo de liquidez, riesgo reputacional, riesgo de salud, riesgos de fallas en el mercado de salud, riesgo actuarial, riesgo de crédito, riesgo de grupo).

b) Documento de funciones o manual de funciones/cargos con el detalle de funciones y responsabilidades en la estructura orgánica definida para cada tipo de riesgo o de la unidad integral.

c) Documento que contenga las inhabilidades, impedimentos y sanciones aplicables a los cargos que ejecutan la administración del Sistema de Riesgos en la entidad.

d) Documento de competencias que contenga los perfiles de las personas que pueden ejecutar la administración del Sistema de Riesgos en la entidad.

2. Procesos y procedimientos de cada uno de los subsistemas del Sistema Integral de Gestión de Riesgos en la entidad (riesgo operativo, riesgo SARLAFT, riesgo de mercado, riesgo de liquidez, riesgo reputacional, riesgo de salud, riesgos de fallas en el mercado de salud, riesgo actuarial, riesgo de crédito, riesgo de grupo).

3. Modelo de salud donde se estipulen:

a) Objetivos, metas, indicadores y cronograma de implementación.

b) Caracterización de la población que se pretende asegurar, por perfil etario, grupo de riesgo, incidencia de morbilidad, condiciones territoriales, entre otros aspectos. Lo anterior, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social MSPS.

c) Estimación de la demanda de servicios y tecnologías de salud que requiere la población por grupo de riesgo, a nivel territorial de acuerdo con el archivo SA001, Demanda estimada en formato Excel.

d) Estimación de la oferta de servicios disponible en la red de prestadores de servicios de salud, que tendrá a disposición, para cumplir con la demanda de servicios; a nivel territorial. Este punto corresponde a un análisis de suficiencia de red que le permitirá a la entidad organizar la red de servicios de salud para soportar la demanda de servicios de la población que pretende afiliar. Para ello, podrá utilizar metodología de estimación que considere más adecuada.

e) Estrategias para definir acuerdos de voluntades, modelos de contratación y pagos en las relaciones asegurador-prestador.

f) Estrategias de articulación y coordinación de respuestas íntegra/es con otros agentes alrededor de prioridades en salud de los territorios, que incluya lo siguiente:

I. Descripción de las estrategias de acceso al componente primario y la implementación de programas de Protección Específica y Detección Temprana incluyendo acciones de educación en salud al usuario

II. Descripción de las acciones concretas que desarrollará la entidad para garantizar el acceso de los usuarios a los servicios contenidos en el componente primario incluyendo acciones de demanda inducida, promoción activa y eliminación de barreras de acceso.

g) Los mecanismos para el monitoreo de procesos y evaluación de los resultados.

g) La descripción del sistema de información para soportar la gestión del riesgo en salud.

h) Las estrategias, métodos y procedimientos para actualizar la planeación y análisis del riesgo en salud de la población. Se deben establecer claramente las estrategias y actividades de planeación integral en coherencia con las entidades territoriales donde va a operar el aseguramiento.

4. El Plan de implementación del modelo de gestión de riesgos en salud, que garantice que, en los 12 meses posteriores a la recepción de la autorización de funcionamiento de la entidad, se encuentre operando.

III. Afiliación, novedades y libre elección en el SGSSS.

1. Procesos y procedimientos de afiliación, reporte de novedades y seguimiento de los aportes.

2. Estrategias para evitar la incorporación selectiva de afiliados con los riesgos en salud más bajos y que no limiten la permanencia de los afiliados con los riesgos de salud más altos.

3. Estrategias y mecanismos para comunicar a los afiliados la garantía de la libre elección de afiliación, como aseguradores y la elección de los prestadores de servicios de salud.

4. Población que se pretende afiliar por municipio donde consideran operar el aseguramiento en salud, siguiendo la estructura del archivo SA002, Proyección Distribución de Afiliados por municipio en Excel, dispuesto en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

IV- Reconocimiento de prestaciones económicas

1. Procesos y procedimientos de reconocimiento de prestaciones económicas que incluyan la estrategia de capacitación y comunicación a los funcionarios de la entidad y a los afiliados.

V- Atención al usuario

1. Documento que describa los canales de atención al usuario y las herramientas para su aplicación, identificando el flujo de los canales de atención al usuario y su interacción, en cumplimiento de las normas vigentes. El documento debe indicar los canales de atención presencial y no presencial (multicanal) y se informe cuáles de estos tienen atención 24/7.

2. Documento que describa la red de oficinas y puntos de atención al usuario, en el cual se precisen modalidades de atención, la ubicación geográfica de las oficinas de atención y la capacidad de atención proyectada, siguiendo la estructura del archivo GA001-Proyección Oficinas y Puntos de Atención al Usuario, en formato Excel, dispuesto en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

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

1. Procesos y procedimientos para la recepción, análisis, trámite y solución de peticiones, quejas, sugerencias y denuncias, que ingresen por los diferentes canales de atención, de conformidad con lo dispuesto por la normatividad vigente y con las características particulares para el asegurador y la p que pretende asegurar.
2. Documento con la descripción del plan de evaluación periódica y mejora continua del sistema de de peticiones, quejas reclamos, sugerencias y denuncias, según sus resultados.
3. Procesos y procedimientos para el registro, seguimiento, análisis y resolución de requerimientos judiciales efectuados por los usuarios, identificando el suministro o prestación efectivas de los serv acuerdo con la normatividad vigente y definiciones propias del asegurador.
4. Documento con la descripción del plan de evaluación periódica y mejora continua según sus resi

VII Fortalecimiento de la cultura de la seguridad social

1. Estrategia para incentivar la participación ciudadana, la articulación con las asociaciones de usuas igual que los procesos y procedimientos de participación ciudadana y rendición de cuentas.
2. Estrategias de capacitación al usuario en cultura de la seguridad social en salud.

VIII. Garantía de la prestación de los servicios de salud

1. Procesos y procedimientos para la recepción, trámite, autorización, prestación o suministro efect los ordenamientos médicos de servicios y tecnologías en salud que requieran los afiliados, en los q contemple continuidad en la atención y reducción de barreras de acceso.
2. Documento que contenga la descripción del sistema de evaluación periódica y de aprobación de mejora para los procesos de autorización y prestación efectiva de servicios de salud.
3. Documento que describa los mecanismos para garantizar los derechos diferenciales en materia d copagos y cuotas moderadoras de los diferentes grupos de población exceptuada del pago y la aplic los montos máximos permitidos por usuario.
4. Archivo que relacione la red de prestadores de servicios de salud, según el modelo de salud estat por la entidad, la demanda de necesidades de atención en salud de la población que se pretende afil oferta de los servicios de salud disponible. La información debe reportarse siguiendo la estructura c en los archivos SA003 - Proyección Red de Proveedores de Servicios de Salud y SA004 - Proyecci Servicios a Contratar, en formato Excel.
5. Cartas de intención de los proveedores de servicios de salud relacionados o incluidos en la descr la red de que trata el punto anterior.
6. Procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia con responsabilidades y mecanismos coordinación con el cual la entidad garantizará la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la ate para los futuros afiliados.

IX Gestión de la salud pública

1. Estrategias y actividades de planeación integral en salud en coherencia con las entidades territori donde va a operar el aseguramiento.
2. Documento con la metodología de auditoría del proceso de vigilancia en salud pública en su red

prestación de servicios.

3. Procedimientos para garantizar el cumplimiento de las funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, acorde con lo establecido en la normatividad vigente.

X Contratación y pago de tecnología en salud

1. Política de contratación para los proveedores de tecnologías en salud y otros, que incluya las estrategias para la contratación de servicios que incentiven la gestión del riesgo en salud propia de los prestadores de acuerdo con los servicios de salud contratados, buscando buenos resultados en salud; la política debe incluir el manejo de conflicto de intereses. La gestión del riesgo en salud por parte del prestador no le traslada a este la responsabilidad que tiene la entidad aseguradora.

2. Política de pagos para los proveedores de tecnologías en salud y otros; que incluya las estrategias de contratación de tecnologías en salud que incentiven la gestión del riesgo en salud propia de los prestadores de acuerdo con los servicios de salud contratados, buscando buenos resultados en salud; la política debe incluir el manejo de conflicto de interés. La gestión del riesgo en salud por parte del prestador no le traslada a este la responsabilidad que tiene la entidad aseguradora.

3. Procesos de auditoría de calidad, concurrente, de cuentas médicas y otras, articulados con el proceso contractual y contable para el reconocimiento y pago de las obligaciones aplicando una metodología de pago. Estos deben relacionar las herramientas o el sistema de información que permiten su articulación.

XI Gestión del talento humano

1. Procesos de talento humano, con énfasis en el desarrollo de competencias, especificando las fases:

a) Selección de personal.

b) Inducción, formación continua y evaluación periódica del talento humano.

c) Política y estrategias de talento humano.

d) Evaluación del desempeño.

XII Tecnologías de información

1. Plan estratégico de tecnologías de información para el desarrollo de sistemas de información de la entidad, que incluya la relación de los sistemas de información, el término para su implementación, estándares de comunicación entre sedes, la estructura organizacional para la gestión de las tecnologías de información y las estrategias de tecnologías móviles para atención de los usuarios.

2. Manuales del usuario, herramientas de entrenamiento en el uso de los sistemas de información y de divulgación.

3. Política de seguridad, privacidad y confidencialidad de la información, adecuada al Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información para Gobierno en Línea y la normatividad vigente sobre protección de datos personales y de manejo de información en el sector salud.

4. Plan de contingencia, continuidad y sistemas de respaldo que le permitan a la entidad, garantizar la integridad y disponibilidad de la información y continuar su operación ante un daño total o parcial de los sistemas, destrucción de infraestructura, pérdida de información o hurto de sus equipos de cómputo, para que puedan regresar a su normal funcionamiento.

5. Diseño de los módulos del sistema de información que contenga la información de los ordenamientos médicos, la remisión y/o autorización al Prestador o Proveedor según la modalidad de contrato, los costos, la información de la atención o del suministro efectivo, el tablero de control y/o las herramientas de seguimiento y control a la prestación efectiva.

XIII Condiciones financieras y de solvencia y factibilidad financiera

1. Estados Financieros de constitución de la sociedad siguiendo la estructura del archivo FA001 - Cálculo de Información Financiera en formato Excel.

2. Proyecciones del Estado de Situación Financiera, del Estado de Resultados y del Estado de Flujo Efectivo de manera trimestral para el primer año y anual para los siguientes cuatro (4) años, siguiendo la estructura del archivo FA001 - Catálogo Información Financiera y del FA002 - Posición de Liquidez, en formato Excel debidamente formulado.

3. Documento en PDF con la descripción de las principales fuentes, supuestos, indicadores y variables utilizadas para la realización de las proyecciones financieras, incluidas las condiciones financieras y de solvencia, así como la explicación de las variables significativas que afecten los indicadores del presente Valor Presente Neto -VPN, la Tasa Interna de Retorno -TIR, el punto de equilibrio, entre otros) y los datos de los estados financieros, junto con la descripción de las estrategias para garantizar el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia.

4. Proyección anual de las condiciones financieras y de solvencia (capital mínimo, patrimonio adecuado, inversión de las reservas técnicas), de acuerdo con la normativa vigente, para los primeros cinco (5) años, en formato Excel debidamente formulado. Para el caso del capital mínimo y patrimonio adecuado se deberá seguir la estructura del archivo FA003 - Condiciones Financieras en formato Excel.

5. Documentación e implementación de la metodología de cálculo de reservas técnicas. La nota técnica deberá presentarse según lo estipulado en el capítulo VII del Título II de la Circular única.

6. Certificación por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces y del representante legal del asegurador del cumplimiento de los requisitos financieros exigidos para el capital mínimo.

7. Acreditación por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces del origen de los recursos invertidos.

8. Relación de la composición patrimonial o aportantes de la entidad, independientemente de su figura Jurídica, que incluya todos los socios, accionistas, fundadores, cooperados, o el equivalente de la figura Jurídica bajo la que se constituya la entidad, siguiendo la estructura del archivo GA003 - Composición Patrimonial (Capital, Aportes o Equivalente) en formato Excel. Se exceptúa de este requisito a las compañías de compensación familiar que estén interesadas en operar el aseguramiento obligatorio en salud.

Para el cumplimiento de los requisitos relacionados en la presente Circular, los documentos deberán remitirse en formato PDF que permita su lectura, - modalidad OCR -, o aquel que garantice la revisión y disposición de la información por parte de los funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud.

La presentación de información en los archivos con estructuras definidas por esta Superintendencia deberá mantener la misma.

~~1.1.1.~~ 1.1.2. Procedimiento para la Autorización de Funcionamiento.

Una vez radicada la solicitud, la Superintendencia Nacional de Salud verificará la completitud de los requisitos descritos en el numeral 1.1.1. de la presente circular, y de encontrar información incompleta

requerirá a la entidad solicitante para que la complete, otorgando un plazo máximo de un (1) mes. Lo obstante, lo anterior, la entidad solicitante puede enviar su respuesta antes del vencimiento del citado plazo. Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento en el plazo otorgado, salvo que antes de vencer dicho plazo solicite prórroga hasta por un término igual.

Una vez allegada la totalidad de soportes de la solicitud, la Superintendencia Nacional de Salud iniciará el análisis de la información radicada para soportar el cumplimiento de los estándares definidos por la Resolución [497](#) de 2021, o la que la modifique, sustituya o elimine, y de requerir aclaraciones a la información radicada, requerirá por una única vez a la entidad solicitante otorgando un plazo máximo de un (1) mes. Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento en el plazo otorgado, salvo que antes de vencer dicho plazo solicite prórroga hasta por un término igual.

Verificado el cumplimiento de los estándares definidos en el anexo técnico de la Resolución [497](#) de 2021, o la que la modifique, sustituya o elimine, y de no haber objeción a la solicitud de autorización de funcionamiento por parte de terceros, la Superintendencia Nacional de Salud resolverá la solicitud de autorización de funcionamiento, dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de radicación de la totalidad de la documentación.

De resultar favorable el estudio realizado, se expedirá un certificado de viabilidad técnica y financiera para la nueva entidad, que le permita adelantar los acuerdos de voluntades con los prestadores de servicios de salud, el cual incluirá:

- i) El código para efectos de identificación.
- ii) El ámbito territorial autorizado para la operación del aseguramiento en salud.
- iii) Los regímenes de afiliación previstos para operar.

Otorgado el certificado de viabilidad técnica y financiera, la entidad interesada en operar como EPS dentro de los tres (3) meses siguientes a la ejecutoria del acto administrativo que lo otorgue acreditará el cumplimiento real y efectivo de las condiciones y estándares con los cuales le fue concedido el certificado informando la fecha a partir de la cual puede evidenciarse dicho cumplimiento, para programar la verificación. En todo caso, la visita de verificación debe ser realizada por la Superintendencia antes del vencimiento del plazo de los (3) meses. De cumplirse el plazo sin que la entidad demuestre el cumplimiento real y efectivo de las condiciones y estándares con los cuales le fue concedido el certificado de viabilidad técnica y financiera, deberá iniciar una nueva solicitud.

Si una vez realizada la visita de verificación, la Superintendencia Nacional de Salud comprueba el cumplimiento real y efectivo de las condiciones y estándares con los cuales le fue concedido el certificado de viabilidad técnica y financiera, expedirá el certificado de autorización de funcionamiento con una vigencia inicial de un (1) año en el que se indicará el momento a partir del cual la nueva entidad puede iniciar la operación del aseguramiento en salud.

Previo al vencimiento de la vigencia de la autorización de funcionamiento inicialmente otorgada, la Superintendencia Nacional de Salud realizará visita de seguimiento de las condiciones de habilitación y permanencia de acuerdo con los estándares definidos en el anexo técnico de Resolución [497](#) de 2021, o la que la modifique, sustituya o elimine. Si la evaluación es satisfactoria, la autorización de funcionamiento será renovada por periodos de cinco (5) años.

Si la evaluación realizada es insatisfactoria, la entidad deberá adoptar un plan de mejoramiento en los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. En este caso se expedirá un certificado

provisional con vigencia de un (1) año, término dentro del cual, la Superintendencia Nacional de Salud realizará visitas para el seguimiento del plan.

En caso de que la entidad no presente el plan de mejoramiento, o éste no sea aprobado, o su seguimiento insatisfactorio, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas que considere pertinentes las que se incluye la revocatoria de la autorización.

1.1.3. Solicitud de autorización para la operación de un nuevo régimen por parte de las EPS con autorización de operación actualizada

Las entidades que operan como EPS y deseen operar los dos regímenes en el ámbito territorial donde están autorizadas, deben realizar la solicitud a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites, anexando la siguiente información:

- a) Documento que describa el plan de ampliación de la capacidad instalada, tecnológica y de recursos humano requerido para operar el nuevo régimen.
- b) Relación de los departamentos, distritos y municipios del ámbito territorial donde está autorizada la entidad, en los cuales solicita la autorización para operar el nuevo régimen, de acuerdo con la estructura del archivo -- Modificación Capacidad de afiliación en formato Excel.
- c) Relación de las entidades que conformarán la red de prestadores de servicios de salud, así como servicios a contratar, teniendo en cuenta el modelo de salud establecido por la entidad, la caracterización poblacional, el análisis de las necesidades en salud de la población que se propone afiliar en cada territorio para cada régimen, y la capacidad instalada de los prestadores de servicios de salud en los municipios donde solicita autorización para operar. La información debe reportarse siguiendo la estructura definida en los archivos tipo ST010 - Red de proveedores de servicios de salud y ST011 - Servicios contratados, en formato Excel.
- d) Cartas de intención con los proveedores que evidencie la capacidad para ampliar y reorganizar la red de prestadores de servicios de salud a través de la infraestructura existente en el territorio donde opera.
- e) Reporte de resultados en salud de los últimos tres (3) años, que contenga como mínimo los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, establecidos en la Resolución [256](#) de 2016 o las que la sustituyan, modifiquen o eliminen.
- f) Proyecciones del Estado de Situación Financiera, del Estado de Resultados y del Estado de Flujo Efectivo de manera trimestral para el primer año y anual para los siguientes cuatro (4) años, siguiendo la estructura del archivo tipo FT001 - Catálogo Información Financiera y del FT0018 - Posición de Liquidación, en formato Excel debidamente formulados.
- g) Proyección anual de las condiciones financieras y de solvencia (capital mínimo, patrimonio adecuado, inversión de las reservas técnicas) de acuerdo con la normativa vigente, para los primeros cinco (5) años, en formato Excel debidamente formulados. Para el caso del capital mínimo y patrimonio adecuado se seguirá la estructura de los archivos tipo FT006 - Bancos y Carteras Colectivas, FT001 - Control de Inversiones Inscritas en el Mercado de Valores de Colombia y Archivo Tipo FT011 - Condiciones Financieras.
- h) Certificado firmado por el revisor fiscal y el representante legal que acredite el capital adicional y el cumplimiento de las condiciones de habilitación financiera de las EPS.
- i) Documento que acredite que ha incorporado la administración y operación de los dos regímenes.

aseguramiento, de conformidad con su naturaleza jurídica.

j) Documentación de los procesos propios de la entidad mediante los cuales se garantizará a los afiliados al Régimen Contributivo el reconocimiento de las prestaciones económicas de conformidad con la normativa vigente.

k) Constancia de la publicación de un aviso sobre la intención de obtener la autorización de funcionamiento en el régimen solicitado, en un diario de amplia circulación nacional, el cual debe contener, el nombre de la entidad, el monto del capital adicional y el territorio de la operación de la entidad.

l) Documento con los principales indicadores del nuevo régimen como línea de negocio, tales como el costo de caja proyectado, el Valor Presente Neto -VPN, la Tasa Interna de Retorno -TIR, el punto de equilibrio, entre otros, necesarios para el análisis de viabilidad financiera. El documento debe incluir nota explicativa de las principales variables que afectan los indicadores del proyecto, tales como, la tasa de descuento seleccionada, el número de periodos proyectados, entre otros.

Las entidades que se encuentran autorizadas en alguno de los dos regímenes y soliciten autorización de funcionamiento para el otro, deben cumplir con las condiciones de habilitación y permanencia en el régimen en el que operan al momento de la solicitud, no pueden tener medidas administrativas especiales impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud en desarrollo de lo dispuesto en el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, y en caso de haber sido objeto de estas últimas, debe haber transcurrido por lo menos doce (12) meses desde su levantamiento.

Notas de Vigencia

- Subnumeral 1.1 modificado por la Circular [49-5](#) de 2022, 'POR LA CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA LA CIRCULAR ÚNICA EN LO RELACIONADO CON LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, HABILITACIÓN Y PERMANENCIA DE LAS EPS, MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN, EL TRATO DIGNO A LOS USUARIOS Y LOS CANALES DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE DEBEN DISPONER, ENTRE OTRAS, LAS EAPB', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.

- Subnumeral modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 8 de 2018:

1.1. Autorización de funcionamiento como EPS no indígena

Las nuevas entidades que deseen obtener la autorización de funcionamiento como EPS no indígena deberán radicar ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los primeros quince (15) días de la solicitud de autorización de funcionamiento mediante carta firmada por el representante legal. Esta solicitud debe ser realizada a través del “Módulo de Autorización, Habilitación de EPS y Modificación de capacidad de afiliación”, dispuesto en la página web de esta superintendencia, anexando la siguiente información:

1.1.1. Componente jurídico

La solicitud debe incluir los siguientes documentos:

a) Certificado de existencia y representación legal. Adicionalmente, para las Cajas de Compensación Familiar y las entidades de economía solidaria, el certificado deberá contener la autorización expresa para operar el aseguramiento en salud expedida por la respectiva Superintendencia o quien corresponda.

b) Estatutos de creación de la entidad acorde con la naturaleza jurídica adoptada, los cuales deben incluir por lo menos lo siguiente:

i. Objeto social como entidad responsable del aseguramiento.

ii. Objeto social exclusivo para operar el aseguramiento en salud, sin perjuicio de lo establecido en el artículo [217](#) de la Ley 100 de 1993 respecto a las Cajas de compensación Familiar y las entidades de creación legal.

iii. Funciones indelegables del aseguramiento en salud.

iv. Función de promoción de la afiliación al SGSSS de los habitantes de Colombia y función de administración de los recursos del sector.

c) Declaración juramentada de los miembros de juntas directivas, representantes legales y revisor fiscal. Declaración juramentada de inhabilidades e incompatibilidades de los socios, accionistas, asociados, directores, representantes legales y revisores fiscales.

d) Documento con el código de conducta y de Gobierno organizacional de la entidad, en los términos establecidos en la normatividad vigente. Este documento debe tener en cuenta los lineamientos del numeral 3 del capítulo I de la Circular Externa [004](#) de 2018, la cual modifica la Circular [007](#) de 2017 y las normas que la modifiquen o sustituyan. Se debe explicar claramente el detalle de la conformación de los comités, la estructura orgánica y funcional de la entidad y la distribución de funciones de acuerdo con sus obligaciones.

e) Política general de revelación de información y transparencia de la entidad, la cual debe incluir planeación anual y metodología de las reuniones de rendición de cuentas en los términos establecidos por la normatividad vigente, una vez la entidad cuente con Junta Directiva, la Política de Revelación debe estar aprobada por esta.

1.1.2 Componente administrativo

La solicitud debe incluir los siguientes documentos:

a) Política de gestión del talento humano.

b) Mapa de procesos de la entidad.

c) Listado maestro de documentos, el cual relaciona los procesos y procedimientos con sus respectivos manuales, instructivos y documentos codificados; este debe incluir también los correspondientes sistemas de información que soportan la operación de la entidad en todos sus ámbitos.

d) Matriz de roles y responsabilidades, la cual debe incluir el responsable de los procesos y sus respectivas funciones.

e) Documento con la estrategia de participación ciudadana, que incluya los medios de difusión y comunicación de temas de interés para los usuarios como la red de proveedores de servicios de salud.

f) Documentación correspondiente a las actividades administrativas de la entidad, la cual debe incluir:

i) Procesos de selección y capacitación de todo su personal en áreas especializadas del aseguramiento de la salud, así como entrenamiento en las funciones propias del cargo, gestión y desvinculación del trabajador humano.

ii) Manual de funciones y competencias laborales, en el cual se definen los cargos, las funciones, competencias laborales, las exigencias de formación y la experiencia requerida. Así como las acciones de capacitación continua y evaluación del desempeño.

g) Infraestructura física con la que contará la entidad, incluyendo oficinas y puntos de atención al usuario, precisando ubicación geográfica, capacidad de atención y relación funcional entre las sedes.

h) Documentación correspondiente a los sistemas de información de la entidad, la cual debe incluir:

i. Política de Seguridad y Privacidad de la Información alineada a las políticas y lineamientos de las tecnologías de la información y a la Estrategia de Gobierno en Línea, dispuestas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y la normativa vigente.

ii. Política de Protección de Datos Personales, así como los procesos y procedimientos definidos para garantizar que se establezca el cumplimiento legal sobre la protección y privacidad del dato del afiliado y sus beneficiarios, así como de su historial clínico que genera, administra, almacena, modifica y controla la entidad.

iii. Documentación de los respectivos planes de respaldo de la información, contingencia de la operación y continuidad de esta, en la cual se evidencien los procesos a emplear para la evaluación, adquisición, planeación, implementación, monitoreo y gestión de la operación que ingresen a soporte de la operación administrativa, contable y de salud, y su plataforma tecnológica, detallando los plazos de implementación y puesta en marcha de dichos planes. La entidad deberá disponer de los manuales técnicos, de usuario y herramientas de entrenamiento en el uso de los sistemas de información, así como mantenerlos en su última versión de actualización.

i) Inventario de sistemas de información que contenga:

i. Inventario de la plataforma tecnológica a nivel de las estaciones cliente en la sede principal y la sucursales, la descripción de su capacidad a nivel de disco duro, memoria y las conexiones de red de los servidores en donde se almacena la información que soporta la operación de la entidad en todos los ámbitos.

ii. Inventario a nivel de servidores, almacenamiento, centros principales y alternos en donde se almacena la plataforma tecnológica.

iii. Inventario a nivel de conexiones de red, su configuración, capacidad y enlaces de comunicación en la sede principal, sucursales, centros principales y alternos en donde se almacena la plataforma tecnológica.

iv. Inventario del software y su última versión, las respectivas actualizaciones que se encuentre instaladas en las estaciones cliente de la sede principal y sucursales, así como de los servidores que soportan la operación y los equipos de comunicaciones, el cual debe encontrarse debidamente licenciado.

v. Inventario de los motores de bases de datos con su respectivo licenciamiento.

vi. Inventario de sus sistemas de información administrativos, contables, manejo de afiliados, beneficiarios y subsidiados, manejo del estado de salud de los afiliados y familias, Sistema que controla el

las características socioeconómicas de los afiliados, Sistema de registro y manejo del perfil clínico mínimo de ingreso, Sistema de registro y control de la red de prestadores de servicios de salud, Sistema de atención a usuarios y sistema para manejo de gestión de riesgos estratégicos, operativos, de salud de seguridad y privacidad de la información.

vii. Inventario de bases de datos en donde se almacenará la información obtenida a través de los sistemas de información descritos en el punto anterior, así como el modelo entidad-relación de es

viii. Inventario de salidas y reportes de los subsistemas de información.

j) Documento con el esquema de Gobierno de tecnologías de información, los estándares de integridad nominal e interoperabilidad por subsistemas (mínimo debe incluir los subsistemas administrativo contable y asistencial), y los estándares de reporte para entrega de información a entidades de control y otras entidades.

k) Plan de contingencia, continuidad y los respectivos sistemas de respaldo de información que le permitan a la entidad, garantizar la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información logrando establecer que la entidad puede continuar su operación ante un daño total o parcial de sus sistemas, destrucción de infraestructura, pérdida de información, robo o daño de sus estaciones de trabajo así como regresar a su normal funcionamiento en un tiempo prudencial que no afecte los procesos de atención a la población afiliada.

1.1.3 Componente aseguramiento

La solicitud debe incluir los siguientes documentos:

a) Modelo de atención en salud de la entidad que contenga como mínimo los siguientes elementos

i. Generalidades

- Objetivo, metas e indicadores de medición del modelo.

- Plan de implementación del modelo en los 12 meses posteriores al momento de autorización de la entidad.

- Descripción de las acciones que desarrollará la entidad para garantizar la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre la prestación de servicios de salud de la población afiliada.

- Requerimientos y procesos del sistema de información, describir el componente tecnológico, los recursos y fuentes de información necesarios para el desarrollo del modelo que se plantea, incluyendo el estado actual y perspectivas de ajuste que permita solventar las falencias actuales.

ii. Caracterización de la población objetivo:

- Análisis de Mortalidad por grandes causas y causas específicas según subgrupos, mortalidad total y análisis de la letalidad, con el nivel de desagregación territorial y demográfico.

- Análisis de la Morbilidad, análisis de las principales causas de morbilidad atendida, de la morbilidad total y de las patologías y eventos de alto consumo, con el nivel de desagregación territorial y demográfico.

- Caracterización de los determinantes sociales de la salud.

- Definición de las acciones que desarrollará la entidad para realizar la identificación del riesgo en los afiliados; así como de las acciones y los parámetros que utilizará para realizar la clasificación de los riesgos identificados.
- Descripción de las estrategias que desarrollará la entidad para realizar búsqueda activa de afiliados con características para ser incluidos en los grupos de riesgo.
- Diferenciar los territorios y grupos poblacionales adaptándose a las condiciones de cada territorio y las poblaciones en su contexto.
- Identificación de la población por grupo de riesgo; la entidad debe identificar, conocer y priorizar los efectos de salud más relevantes para la población objetivo de la entidad y sus determinantes, incluir la definición de las estrategias que desarrollará la entidad para mantener actualizada la información correspondiente a identificación y clasificación de los riesgos.

iii. Rutas Integrales de Atención en Salud:

- Debe describir la progresividad en la implementación de las RIAS de acuerdo con la Resolución de 2016 y la Resolución [3280](#) de 2018 o las normas que las modifiquen o sustituyan.
- Establecer los mecanismos de operación que describa una planificación e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud.
- Establecer los mecanismos de seguimiento y evaluación.

iv. Gestión integral del riesgo en salud:

- Debe establecer un enfoque en el que se coordinen, monitoreen y ajusten todas las acciones planificadas para cada grupo de riesgo definido previamente por la entidad.
- Definir las estrategias o actividades para gestionar los riesgos para la salud del individuo, la familia y la comunidad con el fin de prevenir las enfermedades y los traumatismos.
- Descripción de las acciones que realizará la entidad para promover el autocuidado en sus afiliados.
- Establecer los indicadores que permitan dar seguimiento al proceso de implementación de la gestión integral del riesgo.
- Descripción de las herramientas de seguimiento, monitoreo y evaluación según los grupos de riesgo previamente priorizados.

v. Redes integrales de prestadores de servicios de salud:

- El resultado de la evaluación de las necesidades frente al recurso humano, técnico, financiero y con el que deben contar los proveedores a contratar que garantice una atención oportuna, continua, integral, resolutoria a la población. Esto debe estar reflejado en las políticas de contratación de la entidad, particularmente en la etapa precontractual.
- Establecer los mecanismos, instrumentos y metodologías para el monitoreo continuo y el mejoramiento de la gestión de las redes.
- Definición de las acciones que realizará la entidad para fortalecer el desarrollo de los equipos multidisciplinarios de salud del componente primario, y gradualmente, dentro del prestador primario.

los equipos multidisciplinarios de salud deben contar con talento humano capacitado en gestión de riesgos, atención primaria en salud y enfoque de salud familiar.

- Estrategias para garantizar la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública.

- Descripción de las estrategias que desarrollará la entidad para realizar el agendamiento estandar oportuno y confiable de citas, así como la referencia y contrarreferencia.

vi. Modelo de contratación y de pago a proveedores

- Descripción de las políticas y los modelos de contratación y pago a proveedores de la entidad acorde con la caracterización poblacional y los grupos de riesgo priorizados.

- Descripción metodológica de las notas técnicas de contratación según modalidades seleccionadas, los cuales los sistemas de pago favorezcan la integralidad y calidad en la atención.

- Definición de los mecanismos, instrumentos y metodologías para el seguimiento a lo establecido en los acuerdos de voluntades.

vii. Seguimiento

- Descripción de las acciones, articuladas al programa de auditorías para el mejoramiento de la calidad que realizará la entidad para monitorear sus procesos, evaluar sus resultados, desarrollar acciones de mejora continua de los mismos y tomar las decisiones que correspondan.

b) Metodologías utilizadas para la estimación de la población que se pretende afiliar para los próximos tres años.

c) Proyección de la población a afiliar con la desagregación por departamento, municipio, sexo y etario, clasificándolos por zonas dispersas, rurales y urbanas.

d) Relación de la demanda estimada de los servicios de salud, para dar cumplimiento a lo definido en la normatividad vigente, de acuerdo con la estructura del archivo Demanda de Servicios de Salud. E incluir como mínimo los servicios requeridos en prevención de la enfermedad y promoción de la salud, los servicios en los primeros tres años para cumplir con el plan de beneficios en la población que pretende asegurar.

e) Ficha de Indicadores que se utilizarán para hacer el seguimiento a la implementación del modelo de atención que contenga como mínimo las variables de cada indicador, la meta, la descripción y el indicador.

f) Documentación (Manuales, procesos, procedimientos, formatos y demás documentos) relacionados con el modelo de atención, y adicionalmente los correspondientes con las siguientes actividades relacionadas con el aseguramiento que realizará la entidad.

i. Afiliación, inscripción y reporte de novedades de la entidad.

ii. Planeación integral para la salud, incluyendo la caracterización poblacional, gestión del riesgo, otros, acorde con la normatividad vigente en la materia.

iii. Sistema de vigilancia en salud pública.

- iv. Recepción, trámite y autorización de servicios médicos, medicamentos e insumos.
 - v. Referencia y contrarreferencia.
 - vi. Atención al usuario según modalidad de atención (presencial, virtual web, telefónica).
 - vii. Recepción, trámite y gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas
 - viii. Implementación y fortalecimiento de las asociaciones de usuarios.
 - ix. Rendición de cuentas.
 - x. Administración de los recursos.
 - xi. Régimen de inversión de las reservas técnicas de la EPS.
 - xii. Compensación de aportes en el régimen contributivo.
 - xiii. Liquidación y pago de licencias e incapacidades de afiliados a la entidad.
 - xiv. Planeación, gestión, contratación y pagos de la red de prestadores de servicios.
 - xv. Detalle de la estructura orgánica y funcional de auditorías que opera hacia el interior de la entidad hacia las entidades que le proveen bienes y servicios, como mínimo en los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos, de pertinencia y calidad de los servicios.
 - xvi. Nota técnica de las reservas técnicas de acuerdo con los lineamientos del Capítulo VII del Título II del Decreto 2686 de 1993.
- g) Manuales de usuario, técnicos y de operación, así como las herramientas de entrenamiento en el uso de sistemas de información para las siguientes actividades:
- i. Afiliación
 - ii. Autorización de servicios
 - iii. Gestión financiera y contable
 - iv. Gestión del recaudo de cotizaciones y el cobro de costos compartidos
 - v. Radicación y trazabilidad de facturas
- h) Análisis de competencia y condiciones de mercado en el aseguramiento en salud y en la oferta de servicios que se presentan en el ámbito territorial de la solicitud.
- i) Relación de las entidades que conformarán la red de prestadores de servicios de salud, teniendo en cuenta los grupos de riesgo identificados de acuerdo con la caracterización poblacional, el análisis de las necesidades en salud de la población que se propone afiliar en cada territorio y en la capacidad instalada de los prestadores de servicios de salud en los municipios donde solicita autorización para operar, en concordancia con la normatividad vigente. Adicionalmente, la relación de los servicios a contratar con la red de prestadores.
- j) Cartas de intención con los proveedores en el ámbito territorial donde opera, o, en caso de que exista oferta suficiente, relacionar la propia red que servirá para atender a la población que se pretende afiliar.

k) Documento que describa la estructura del Sistema de Gestión de Riesgos de la entidad y el plan de acción para su implementación sobre los riesgos identificados, teniendo en cuenta lo estipulado en la Circular Externa [004](#) de 2018, sus modificatorias y la normativa vigente. Este documento debe incluir la identificación de todos los riesgos asociados a la operación de la entidad, incluidos los de seguridad y privacidad de la información.

1.1.4 Componente financiero

La entidad debe demostrar la factibilidad financiera para lo cual debe presentar lo siguiente:

- a) Proyecciones del Balance General, del Estado de Resultados y del Presupuesto, trimestral para el primer año y anual para los siguientes cinco (5) años, siguiendo la estructura del Archivo Tipo FT011.
- b) Proyección de las condiciones financieras establecidas en la normatividad vigente para los próximos cinco (5) años, siguiendo la estructura del Archivo Tipo FT011.
- c) Descripción de las estrategias para garantizar el cumplimiento de las condiciones financieras.
- d) Documentación e implementación de la metodología de cálculo de reservas técnicas. La nota técnica deberá presentarse según lo estipulado en el Capítulo VII del Título II de la presente circular.
- e) Estados Financieros de constitución de la sociedad.
- f) Certificación por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces y del representante legal del ente de cumplimiento de las condiciones de capital mínimo y patrimonio adecuado.
- g) Acreditación por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces del origen de los recursos invertidos.
- h) Relación de la composición patrimonial o aportantes de la entidad, independientemente de su forma jurídica. Esta relación debe incluir todos los socios, accionistas, fundadores, cooperados, o el equivalente de la figura jurídica bajo la que se constituya la entidad, siguiendo la estructura del Archivo Tipo GT010. Se exceptúa de este requisito a las cajas de compensación familiar que estén interesadas en operar el aseguramiento obligatorio en salud.
- i) Documento con los principales indicadores del proyecto tales como el Valor Presente Neto (VPN), Tasa Interna de Retorno (TIR), el punto de equilibrio, entre otros necesarios para el análisis de viabilidad financiera.

1.1.5. Solicitud de autorización para la operación de un nuevo régimen por parte de las EPS con autorización de operación actualizada

Las entidades que operan como EPS y deseen operar los dos regímenes en el ámbito territorial donde están autorizadas, deben realizar la solicitud, en los primeros quince (15) días del mes, a través del “Módulo de Autorización, Habilitación de EPS y Modificación de capacidad de afiliación”, disponible en la página web de esta superintendencia, anexando la siguiente información:

- a) Documento que describa el plan de ampliación de la capacidad instalada, tecnológica y de recurso humano requerido para poder operar el nuevo régimen.
- b) Relación de los departamentos, distritos y municipios del ámbito territorial donde está autorizada la entidad para solicitar la autorización para operar el nuevo régimen, de acuerdo con la estructura del Archivo Tipo Modificación Capacidad de Afiliación.

c) Relación de las entidades que conformarán la red de prestadores de servicios de salud, teniendo cuenta la caracterización poblacional y el análisis de las necesidades en salud de la población que propone afiliar en cada territorio para cada régimen, y en la capacidad instalada de los prestadores de servicios de salud en los municipios donde solicita autorización para operar, o, en caso de que no oferte suficiente relación la propia red que servirá para atender a la población que se pretende afiliar en concordancia con la normatividad vigente. Adicionalmente, la relación de los servicios a contar con la red de prestadores.

d) Cartas de intención con los proveedores que evidencie la capacidad para ampliar y reorganizar de prestadores de servicios de salud a través de la infraestructura existente en el ámbito territorial que opera, o, en caso de que no exista oferta suficiente, relacionar la propia red que servirá para atender a la población que se pretende afiliar.

e) Reporte de resultados en salud de los últimos tres (3) años, que contenga como mínimo los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, establecidos en la Resolución [256](#) de 2016 y que la sustituyan o modifiquen.

f) Proyecciones del Balance General, del Estado de Resultados y del Presupuesto para el nuevo trimestre para el primer año y anual para los siguientes cinco (5) años. Las proyecciones del Balance General y del Estado de Resultados deben seguir la estructura del Archivo Tipo FT001.

g) Proyección de las condiciones financieras establecidas en la normatividad vigente para los próximos cinco (5) años, siguiendo la estructura del Archivo Tipo FT011.

h) Certificado firmado por el revisor fiscal y el representante legal que acredite el capital adicional y el cumplimiento de las condiciones de habilitación financiera de las EPS.

i) El documento que acredite que ha incorporado la administración y operación de los dos regímenes de aseguramiento, de conformidad con su naturaleza jurídica.

j) Documentación de los procesos propios de la entidad mediante los cuales se garantizará a los afiliados del Régimen Contributivo el reconocimiento de las prestaciones económicas de conformidad con la normatividad vigente.

k) Constancia de la publicación de un aviso sobre la intención de obtener la autorización de funcionamiento en el régimen solicitado, en un diario de amplia circulación nacional, el cual debe contener, el nombre de la entidad, el monto del capital adicional y el ámbito territorial de la operación de la entidad.

Las entidades que se encuentran autorizadas en alguno de los dos regímenes y soliciten autorización de funcionamiento para el otro, deben cumplir con las condiciones de habilitación y permanencia en el régimen en el que operan al momento de la solicitud y no pueden tener medidas administrativas especiales impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud o encontrarse incurso en las medidas establecidas en el artículo [113](#) del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, y en caso de haber sido objeto de estas últimas, debe haber transcurrido por lo menos doce (12) meses desde su levantamiento.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1.1. SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 28D1011006#28*NO EXISTE EL BOOKMARK Decreto 1011 de 2006, “por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de

Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, aquellas entidades que al abril de 2006 no contaran con reglamentación específica en materia de habilitación, se les aplicará el procedimiento de autorización de funcionamiento establecido en las disposiciones vigentes sobre materia, el cual se asimila al procedimiento de habilitación para dichas entidades.

1.2. HABILITACIÓN Y PERMANENCIA DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, NO INDÍGENAS. <Subnumeral modificado por la Circular [49-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente

1.2.1. Verificación de las condiciones de habilitación y permanencia.

Vencido el plazo otorgado a las Entidades Promotoras de Salud, para el cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia, la Superintendencia Nacional de Salud programará las visitas de seguimiento para verificar su cumplimiento. En caso de identificar incumplimientos a dichas condiciones, la Superintendencia Nacional de Salud aplicará previo proceso administrativo sancionatorio, las sanciones que haya lugar.

En todo caso, el seguimiento de las condiciones de habilitación y permanencia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud podrá ser adelantado en cualquier momento, sin perjuicio de lo establecido por la normativa vigente.

Igualmente, previo al vencimiento de la vigencia de la autorización de funcionamiento, la Superintendencia Nacional de Salud realizará el seguimiento al cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia si la evaluación es satisfactoria, renovará la autorización de funcionamiento por un periodo de 5 años. En este sentido, la entidad debe tener a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud la documentación que esta requiera para la verificación de las condiciones de habilitación y permanencia.

Notas de Vigencia

- Subnumeral 1.2 modificado por la Circular [49-5](#) de 2022, 'POR LA CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA LA CIRCULAR ÚNICA EN LO RELACIONADO CON LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, HABILITACIÓN Y PERMANENCIA DE LAS EPS, MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN, EL TRATO DIGNO A LOS USUARIOS Y LOS CANALES DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE DEBEN DISPONER, ENTRE OTRAS, LAS EAPB', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.

- Viñeta e inciso modificados por la Circular [13](#) de 16 de junio de 2020, 'por la cual se imparten lineamientos en instrucciones para el cálculo del capital mínimo, patrimonio adecuado, reservas técnicas y régimen de inversiones y se modifica la Circular externa [016](#) de 2016'.

- Subnumeral 1.2 modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

1 Circular [49](#) de 2008 -que modificó este numeral 1.2.1.3- derogada en los puntos que hacen referencia al Sistema de Información de Calidad y Auditoría para el Mejoramiento de Calidad de la Atención en Salud, consagrados, por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Procedimiento de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

- Subnumeral 1.2.1.7.3 adicionado por la Circular [20](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones,

eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen los criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica', publicada en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

- Subnumerales 1.2.1.3 -con sus subnumerales- y 1.2.1.4 modificados por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 8 de 2018, parcialmente modificada por la Circular 13 de 2020:

1.2. Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Las EPS deberán operar el aseguramiento con el propósito de disminuir la ocurrencia de riesgos que comprometan la salud de la población afiliada, el funcionamiento de la entidad y su sostenibilidad; las entidades deberán disponer de la documentación y soportes de implementación y gestión de lo estipulado en la normatividad vigente.

1.2.1. Habilitación de las EPS no indígenas

La Superintendencia Nacional de Salud programará las visitas correspondientes para el seguimiento de las condiciones de habilitación y permanencia de las EPS que se autorizaron por primera vez y de las que se les actualizó la autorización de funcionamiento. Una vez esta Superintendencia notifique la visita, las entidades tendrán máximo cinco (5) días hábiles para radicar, a través del “Módulo de Autorización, Habilitación de EPS y Modificación de capacidad de afiliación” lo siguiente:

1.2.1.1. Componente jurídico

Las Entidades deberán reportar, cada vez que sea necesario con el fin de mantener actualizado lo siguiente:

- a) Certificado de existencia y representación legal acorde con la naturaleza jurídica que adopte la entidad.
- b) Las Cajas de Compensación Familiar, las entidades de economía solidaria y las entidades aseguradoras de vida, deberán mantener actualizada la certificación vigente que dé cuenta de su existencia y representación legal, expedida por la respectiva Superintendencia que ejerza su vigilancia y control, según la naturaleza de la entidad.

1.2.1.2 Componente administrativo

Las Entidades deberán remitir a esta Superintendencia lo siguiente:

- a) Documento con la estructura de la unidad a cargo de los sistemas de información con los perfiles de los responsables.
- b) Inventario de sistemas de información que contenga:
 - i. Inventario de la plataforma tecnológica a nivel de las estaciones cliente en la sede principal y la sucursales, la descripción de su capacidad a nivel de disco duro, memoria y las conexiones de red de los servidores en donde se almacena la información que soporta la operación de la entidad en todos los ámbitos.

ii. Inventario a nivel de servidores, almacenamiento, centros principales y alternos en donde se aloja la plataforma tecnológica.

iii. Inventario a nivel de conexiones de red, su configuración, capacidad y enlaces de comunicación en la sede principal, sucursales, centros principales y alternos en donde se almacena la plataforma tecnológica.

iv. Inventario del software y su última versión, las respectivas actualizaciones que se encuentren en las estaciones cliente de la sede principal y sucursales, así como de los servidores que soportan la operación y los equipos de comunicaciones, el cual debe encontrarse debidamente licenciado.

v. Inventario de los motores de bases de datos con su respectivo licenciamiento.

vi. Inventario de los sistemas de información administrativos, contables, manejo de afiliados, beneficiarios y subsidiados, manejo del estado de salud de los afiliados y familias, Sistema que contiene las características socioeconómicas de los afiliados, Sistema de registro y manejo del perfil clínico mínimo de ingreso, Sistema de registro y control de la red de prestadores de servicios de salud, Sistema de atención a usuarios y sistema para manejo de gestión de riesgos estratégicos, operativos, de salud y de seguridad y privacidad de la información.

vii. Inventario de bases de datos en donde se almacenará la información obtenida a través de los sistemas de información descritos en el punto anterior, así como el modelo entidad-relación de estos.

viii. Inventario de salidas y reportes de los subsistemas de información.

1.2.1.3. Componente aseguramiento

Las entidades deben contar con procesos propios y talento humano para la operación del aseguramiento en salud centrado en la representación del afiliado, la gestión integral del riesgo en salud y la articulación de una red integral de prestadores de servicios de salud.

La entidad debe remitir a esta Superintendencia lo siguiente:

a) Documentación, implementación y evaluación de procesos y herramientas para el aseguramiento estandarizado, oportuno y confiable de citas, conforme a la normatividad vigente.

b) Manual de contratación con sus procesos y procedimientos de acuerdo con la normatividad vigente.

c) Relación de las entidades que conforman la red de prestadores de servicios de salud, teniendo en cuenta la caracterización poblacional, los grupos de riesgo identificados y en la capacidad instalada, los prestadores de servicios de salud en los municipios donde opera, en concordancia con la normatividad vigente. Adicionalmente, la relación de los servicios a contratar con la red de prestadores.

d) Los contratos con prestadores de servicios de salud siguiendo la normatividad vigente, con sus respectivos soportes.

e) Relación de la demanda de los servicios de salud cubiertos por la EPS, para dar cumplimiento definido en la normatividad vigente, de acuerdo con la estructura del archivo Demanda de servicios de salud.

f) Relación de la referencia y contrarreferencia, a través del Archivo Tipo ST012.

Las Entidades deberán contar con un Sistema de Gestión Integral del Riesgo implementado, de acuerdo

con los lineamientos de la Circular Externa [004](#) de 2018 expedida por esta Superintendencia y la normatividad vigente. Con respecto a la gestión integral del riesgo en salud, el marco de referencia constituyen la Ley [1751](#) de 2015, el artículo [65](#) de la Ley 1753 del 2015, el Plan Decenal de Salud Pública vigente, la Política de Atención Integral en Salud y la Circular Externa [004](#) de 2018, o las normas que los modifiquen o sustituyan.

1.2.1.4. Componente financiero

La entidad debe presentar la siguiente documentación relacionada con los recursos invertidos en la entidad:

a) Certificación del Revisor Fiscal de los recursos recibidos e invertidos por la entidad, desde la creación con sus fuentes en el primer reporte y posteriormente con periodicidad anual.

La información financiera objeto de análisis y resultados, será tomada de los reportes realizados a la Superintendencia de los anexos técnicos de la presente circular.

1.2.2. Habilitación de las EPS indígenas - EPSI

Las nuevas entidades que deseen obtener la habilitación como EPS indígena - EPSI, deberán radicarse ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los primeros quince (15) días del mes, la solicitud de habilitación de funcionamiento mediante carta firmada por el representante legal, a través del “Modelo de Autorización, Habilitación de EPS y Modificación de capacidad de afiliación”, dispuesto en la web de esta Superintendencia, anexando lo siguiente:

1.2.2.1. Componente jurídico

La solicitud deberá contar con los siguientes documentos:

a) Certificado de existencia y representación legal acorde con la naturaleza jurídica que adopte la entidad y contar con una razón social que la identifique como Entidad Promotora de Salud Indígena para ello adicionará a su razón social la sigla “EPS Indígena”. Para tales efectos el Ministerio del Interior expedirá el certificado de registro en donde aparezca con claridad el nombre completo de la entidad, su representante legal, ubicación geográfica, domicilio principal, fecha de constitución y órganos de Dirección y Administración.

b) Estatutos de creación de la entidad acorde con la naturaleza jurídica adoptada, los cuales deberán incluir por lo menos lo siguiente:

i. Objeto social como entidad responsable del aseguramiento.

ii. Funciones indelegables del aseguramiento en salud.

c) Declaración juramentada de los miembros de juntas directivas, representantes legales y revisores fiscales. Declaración juramentada de inhabilidades e incompatibilidades de los socios, accionistas, asociados, directores, representantes legales y revisores fiscales.

1.2.2.2. Componente administrativo

Las Entidades deberán remitir a esta Superintendencia lo siguiente:

a) Organigrama de la Entidad

- b) Mapa de Procesos
- c) Manual de procesos y procedimientos
- d) Manual de funciones
- e) Solicitudes de las comunidades indígenas interesadas en afiliarse colectivamente en las EPS indígenas
- f) Guía para la concertación de las estrategias y acciones en salud con las autoridades indígenas de los pueblos donde la EPS indígena opera.
- g) Actas de asambleas comunitarias donde se expliquen los planes de beneficios, deberes y derechos de la población afiliada, de acuerdo con las particularidades de cada EPS indígena.
- h) Documento con la estrategia de participación ciudadana, que incluya los medios de difusión y comunicación de temas de interés para los usuarios como la red de prestación de servicios de salud.
- i) Conformación del comité técnico científico en los términos del Decreto [1848](#) de 2017, o las normas que lo sustituyan o modifiquen.
- j) Inventario de sistemas de información que contenga:
 - i. Inventario de la plataforma tecnológica a nivel de las estaciones cliente en la sede principal y la sucursales, la descripción de su capacidad a nivel de disco duro, memoria, conexiones de red, plataformas, servidores, almacenamiento, centros principales y alternos en donde se almacena la plataforma tecnológica.
 - ii. Inventario del software.
 - iii. Inventario de sus sistemas de información administrativos, contables, manejo de afiliados, beneficiarios y subsidiados, manejo del estado de salud de los afiliados y familias, Sistema que registre las características socioeconómicas de los afiliados, Sistema de registro y manejo del perfil clínico mínimo de ingreso, Sistema de registro y control de la red de prestadores de servicios de salud, Sistema de atención a usuarios y sistema para manejo de gestión de riesgos estratégicos, operativos, de salud de seguridad y privacidad de la información.
 - iv. Inventario de bases de datos en donde se almacenará la información obtenida a través de los sistemas de información descritos en el punto anterior, así como el modelo entidad-relación de estas.
 - v. Inventario de salidas y reportes de los subsistemas de información.
- k) Documento con el esquema de Gobierno de tecnologías de información, los estándares de interoperabilidad nominal e interoperabilidad por subsistemas (mínimo debe incluir los subsistemas administrativo contable y asistencial), y los estándares de reporte para entrega de información a entidades de control y otras entidades.

1.2.2.3. Componente aseguramiento

Las entidades deben contar con procesos propios y talento humano para la operación del aseguramiento en salud centrado en la representación del afiliado, la gestión integral del riesgo en salud y la articulación de una red integral de prestadores de servicios de salud.

La entidad debe remitir a esta Superintendencia lo siguiente:

a) Modelo de atención en salud de la entidad que contenga como mínimo los siguientes elementos

i. Generalidades

- Objetivo, metas e indicadores de medición de las mismas.
- Plan de implementación del modelo en los 12 meses posteriores al momento de habilitación de la entidad.
- Descripción de las acciones que desarrollará la EPS para garantizar la disponibilidad de información oportuna y de calidad sobre la prestación de servicios de salud de la población afiliada.
- Requerimientos y procesos del sistema de información, describir el componente tecnológico, los recursos y fuentes de información necesarios para el desarrollo del modelo que se plantea, incluyendo el estado actual y perspectivas de ajuste que permita solventar las falencias actuales.

ii. Caracterización de la población: este elemento debe desarrollarse como contenidos mínimos

- Análisis de Mortalidad por grandes causas y causas específicas según subgrupos, mortalidad temprana y análisis de la letalidad, con el nivel de desagregación territorial y demográfico.
- Análisis de la Morbilidad, análisis de las principales causas de morbilidad atendida, de la morbilidad no atendida y de las patologías y eventos de alto consumo, con el nivel de desagregación territorial y demográfico.
- Caracterización de los determinantes sociales de la salud.
- Definición de las acciones que desarrollará la EPS para realizar la identificación del riesgo en sus afiliados; así como de las acciones y los parámetros que utilizará para realizar la clasificación de los riesgos identificados.
- Descripción de las estrategias que desarrollará la EPS para realizar búsqueda activa de afiliados que cuenten con características para ser incluidos en los grupos de riesgo.
- Diferenciar los territorios y grupos poblacionales adaptándose a las condiciones de cada territorio y las poblaciones en su contexto.
- Identificación de la población por grupo de riesgo; la EPS debe identificar, conocer y priorizar los efectos de salud más relevantes para la población afiliada a la EPS y sus determinantes, incluyendo la definición de las estrategias que desarrollará la entidad para mantener actualizada la información correspondiente a identificación y clasificación de los riesgos.

iii. Gestión integral del riesgo en salud

- Debe establecer un enfoque en el que se coordinen, monitoreen y ajusten todas las acciones planificadas para cada grupo de riesgo definido previamente por la EPS.
- Definir las estrategias o actividades para gestionar los riesgos para la salud del individuo, la familia y la comunidad con el fin de prevenir las enfermedades y los traumatismos.
- Descripción de las acciones que realizará la entidad para promover el autocuidado en sus afiliados.
- Establecer los indicadores que permitan dar seguimiento al proceso de implementación de la gestión del riesgo.

- Descripción de las herramientas de seguimiento, monitoreo y evaluación según los grupos de riesgo previamente priorizados.

iv. Modelo de contratación y de pago a proveedores

- Descripción de las políticas y los modelos de contratación y pago a proveedores de la EPS acorde a la caracterización poblacional y los grupos de riesgo priorizados.

- Descripción metodológica de las notas técnicas de contratación según modalidades seleccionadas, los cuales los sistemas de pago favorezcan la integralidad y calidad en la atención.

- Definición de los mecanismos, instrumentos y metodologías para el seguimiento a lo establecido en los acuerdos de voluntades.

v. Seguimiento

- Descripción de las acciones, articuladas al programa de auditorías para el mejoramiento de la calidad que realizará la EPS para monitorear sus procesos, evaluar sus resultados, desarrollar acciones para la mejora continua de los mismos y tomar las decisiones que correspondan.

b) Documentación (Manuales, procesos, procedimientos, formatos y demás documentos) relacionados con el modelo de atención, y los correspondientes con las siguientes actividades relativas al aseguramiento que realizará la entidad.

i. Afiliación, inscripción y reporte de novedades de la entidad.

ii. Planeación integral para la salud, incluyendo la caracterización poblacional, gestión del riesgo, otros, acorde con la normatividad vigente en la materia.

iii. Sistema de vigilancia en salud pública

iv. Recepción, trámite y autorización de servicios médicos, medicamentos e insumos.

v. Referencia y contrarreferencia.

vi. Atención al usuario según modalidad de atención (presencial, virtual web, telefónica).

vii. Recepción, trámite y gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas

viii. Implementación y fortalecimiento de las asociaciones de usuarios.

ix. Rendición de cuentas.

x. Administración de los recursos.

xi. Régimen de inversión de las reservas técnicas de la EPS.

xii. Planeación, gestión, contratación y pagos de la red de prestadores de servicios.

xiii. Metodología para el cálculo de las reservas técnicas.

c) Ficha de Indicadores que se utilizarán para hacer el seguimiento a la implementación del modelo de atención que contenga como mínimo las variables de cada indicador, la meta, la descripción y el

- d) Manual de contratación con sus procesos y procedimientos de acuerdo con la normatividad vigente.
- e) Relación de las entidades que conforman la red de prestadores de servicios de salud, teniendo en cuenta la caracterización poblacional, los grupos de riesgo identificados y en la capacidad instalada de los prestadores de servicios de salud en los municipios donde opera, en concordancia con la normatividad vigente. Adicionalmente, la relación de los servicios a contratar con la red de prestadores. Relacionar dicha información a través de los Archivos Tipo ST010 y ST011.

1.2.2.4. Componente financiero

Las EPSI deberán cumplir con un patrimonio mínimo y un margen de solvencia que garanticen su viabilidad económica y financiera de la entidad.

La entidad debe demostrar la factibilidad financiera para lo cual debe presentar lo siguiente:

- a) Proyecciones del Balance General, del Estado de Resultados y del Presupuesto, trimestral para primer año y anual para los siguientes cinco (5) años.
- b) Proyección de las condiciones financieras establecidas en la normatividad vigente para los próximos cinco (5) años, siguiendo la estructura del Archivo Tipo FT011.
- c) Descripción de las estrategias para garantizar el cumplimiento de las condiciones financieras.
- d) Documentación e implementación de la metodología de cálculo de reservas técnicas. Incluyen base de datos y los resultados obtenidos de la implementación de la metodología.
- e) Estados Financieros de constitución de la sociedad siguiendo la estructura del Archivo Tipo FT011.
- f) Certificación por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces y del representante legal del cumplimiento de las condiciones de capital mínimo y patrimonio adecuado.
- g) Acreditación por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces del origen de los recursos.
- h) Certificado por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces de la cuenta contable y financiera, nombre de la EPS Indígena, la cual debe ser constituida independiente del resto de las rentas y bienes de la Asociación de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas. En ningún caso los recursos de la EPS-S EPS Indígena podrán confundirse o utilizarse para objetivos distintos a los previstos por el régimen de Seguridad Social en Salud.

1.2.2.4.1. Condiciones financieras

- Patrimonio Mínimo Exigido: <Viñeta modificada por la Circular [13](#) de 16 de junio de 2020. El texto es el siguiente:> El patrimonio mínimo deberá ser equivalente al valor de 150 SMLMV por cinco mil (5.000) subsidios administrados. No se podrá exigir un patrimonio mínimo superior a 700 (7,000) SMLMV y a más tardar el 31 de diciembre de 2021 el límite será de diez (10.000) SMLMV.

El patrimonio mínimo podrá estar compuesto por los aportes de las comunidades, las donaciones recibidas y los excedentes que logre capitalizar. Los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor, que en ningún caso, podrá superar el cincuenta por ciento (50%) del patrimonio mínimo exigido.

El patrimonio mínimo exigido se calculará de la siguiente manera:

$$\text{Patrimonio mínimo computable}_t = \begin{cases} \text{Pat}_t - \text{DPespecie}_t + 0,5 * \text{PME} & \text{Si } \text{DPespecie}_t > 0,5 * \text{PME} \\ \text{Pat}_t & \text{Si } \text{DPespecie}_t < 0,5 * \text{PME} \end{cases}$$

Donde:

PME: Patrimonio mínimo exigido

Pat_t: Saldo del Patrimonio del periodo t

DPespecie_t: Bienes aportados en especie del periodo t

Texto modificado por la Circular 8 de 2018:

1.2.2.4.1. Condiciones financieras

- Patrimonio Mínimo: El patrimonio mínimo deberá ser equivalente al valor de 150 smlmv por cada 5.000 subsidios administrados, no se podrá exigir un patrimonio mínimo superior a 7.000 smlmv. De diciembre de 2021 el límite será de 10.000 smlmv.

El patrimonio mínimo podrá estar compuesto por los aportes de las comunidades, las donaciones recibidas y los excedentes que logre capitalizar. Los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar el cincuenta por ciento (50%) de capital mínimo exigido. Según lo descrito en el artículo [2.5.2.4.4](#), Capital Social del Decreto 780 2016.

Con el fin de evaluar el patrimonio mínimo, se utilizará la información reportada en el Archivo T “FT001 - Catálogo de información financiera” de la siguiente manera:

CONCEPTO		FUENTE DEL DATO		OBSERVACIONES
		Archivo Tipo	Código	
+	Aportes sociales y donaciones recibidas	FT001 AT-FT001-07	3203 3204 3208 3210	
+	Dividendos y participaciones decretados en especie	FT001 AT-FT001-07	3220	Hasta el 50%. El valor de la cuenta 3220 multiplicada por 0,5.
+	Utilidades acumuladas de ejercicios anteriores	FT001 AT-FT001-07	322501	
-	Pérdidas acumuladas de ejercicios anteriores	FT001 AT-FT001-07	322502	
=	Patrimonio Mínimo			

- Margen de Solvencia: Con el fin de evaluar el margen de solvencia, las Entidades Promotoras de Indígenas - EPSI, deberán diligenciar y enviar el Archivo Tipo “FT018 - Posición de Liquidez”. El reporte lo deberá realizar mensualmente por medio de la plataforma NRVCC.

Se evaluará que la brecha a 30 días del formato, “FT018 - Posición de Liquidez”, sea positiva para

- Reserva técnica: Mensualmente la entidad deberá constituir y mantener la reserva técnica por:

Esta reserva se debe constituir individualmente para todas y cada una de las autorizaciones al momento de expedirlas y su valor se determinará como el costo estimado de la obligación, puede usarse el valor de la tarifa del servicio o el valor calculado en función de la experiencia de la entidad.

-- Al momento de recibir la factura o cuenta de cobro de la prestación autorizada.

-- Por servicios cobrados: Corresponde al valor total de la factura o cuenta de cobro presentadas a EPS. Se debe registrar el 100% del valor total de la factura o cuenta de cobro. Esta reserva se debe mantener hasta que se extinga completamente la obligación correspondiente a la factura.

Si al momento de recibir la factura o cuenta de cobro, existe reserva por autorización de servicios asociada a la prestación que se está facturando, se debe liberar la reserva por servicios autorizados; de lo contrario, debe constituir la reserva por servicios cobrados.

<Inciso modificado por la Circular [13](#) de 16 de junio de 2020. El nuevo texto es el siguiente:> La entidades deben contar con los sistemas de información necesarios que permitan tener el nivel de de los servicios y /a trazabilidad de estos para hacer un adecuado cálculo de las reservas técnicas, como su seguimiento, tanto por parte de la entidad como de esta Superintendencia.

— — —

<INCISO> Estas reservas deben verse reflejadas en el reporte FT001 - Catálogo de información financiera. En los conceptos 279021, 279023 del catálogo AT-FT001-07. Las entidades cuentan a partir del 1 de enero de 2017, año, a partir de la expedición de la presente circular, para que ajusten sus sistemas de información de acuerdo a la forma que cuenten con información al nivel de detalle de los servicios y la trazabilidad a estos.

Para la evaluación del cumplimiento de estas inversiones que respaldan las reservas técnicas, se t

en cuenta lo reportado en los Archivos Tipo FT001 - Catálogo de información financiera, FT006 Bancos y Carteras Colectivas y FT007 - Control de Inversiones Inscritas en el Mercado de Valores Colombia, los cuales reportan mensualmente las entidades.

El descuento que se realice a las inversiones por el valor promedio del giro directo de los últimos meses se verificará con la información que la ADRES reporte ante esta Superintendencia.

Texto original de la Circular 47 de 2007, parcialmente modificado por la Circular 49 de 2008, y adicionado por la Circular 20 de 2015:

1.2. AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.

De acuerdo con lo señalado en el artículo [180](#) de la Ley 100 de 1993, “la Superintendencia Nacional de Salud autorizará como Entidades Promotoras de Salud a entidades de naturaleza pública, privada mixta, que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Promotora de Salud.
2. Tener personería jurídica reconocida por el Estado.
3. Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación, y control de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda los afiliados y su familia sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la Ley.
4. Disponer de una organización administrativa y financiera que permita:
 - a) Tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias;
 - b) Acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones y verificar la de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios;
 - c) Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.
5. Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados tal que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo. Tales parámetros serán fijados por el Gobierno Nacional en función de la búsqueda de la equidad y de los recursos técnicos y financieros de que dispongan las Entidades Promotoras de Salud.
6. Acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la Entidad Promotora de Salud, que será fijado por el Gobierno Nacional.
7. Tener un capital social o Fondo Social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la Entidad, determinados por el Gobierno Nacional.
8. Las demás que establezca la Ley y el reglamento, previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.” (O quien haga sus veces, según la modificación implementada por la [Ley 1122](#) de 2007).

Igualmente, según lo dispuesto en el artículo [3o](#) del Decreto 1485 de 1994, “para la obtención del certificado de funcionamiento se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

1. Requisitos para adelantar operaciones. Las personas jurídicas que pretendan actuar como Entidades Promotoras de Salud deberán obtener el respectivo certificado de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza cooperativa y demás entidades del sector se regirán por las disposiciones propias de las Entidades Promotoras de Salud, en concordancia con el régimen cooperativo contenido en la Ley [79](#) de 1988 y normas que lo sustituyen o adicionan.

Las Entidades aseguradoras de vida que soliciten y obtengan autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de salud, podrán actuar como Entidades Promotoras de Salud. En tal caso se sujetarán a las normas propias de su régimen legal, sin perjuicio del cumplimiento de lo previsto en este Decreto y las demás normas legales en relación con dicha actividad exclusivamente.

En relación con las Cajas de Compensación Familiar el Superintendente Nacional de Salud podrá autorizar el funcionamiento de aquellas Entidades Promotoras de Salud que se creen por efecto de la fusión, asociación o convenio entre las cajas o mediante programas o dependencias especiales previamente existentes y patrocinados por las Cajas de Compensación. El Superintendente del Subsidio Familiar aprobará los aportes que las Cajas de Compensación quieran efectuar con sus recursos para la constitución de una Entidad Promotora de Salud o de las dependencias o programas existentes y otorgará la correspondiente personería jurídica u autorización previa.

La promoción de la creación de las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza comercial se regirá por lo previsto en los artículos [140](#) y [141](#) del Código de Comercio.

2. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener el certificado de funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 100 de la Ley 100 de 1993 y estar acompañada de la siguiente documentación:

- a) El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera de la entidad y el presupuesto para el primer año de operación;
- b) Los documentos que acrediten el monto del capital que se exige en el artículo [50](#) del Decreto 1485 de 1994;
- c) El listado preliminar de las instituciones prestadoras de servicios, grupos de práctica establecidos como tales y/o profesionales a través de los cuales se organizará la prestación del Plan Obligatorio de Salud, cerciorándose de que su capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados;
- d) El número máximo de afiliados que podrán ser atendidos con los recursos previstos y el área geográfica de su cobertura, indicando el período máximo dentro del cual mantendrá el respectivo nivel de atención sin perjuicio de que una vez otorgada la autorización correspondiente, se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas;
- e) El documento que acredite que en sus estatutos se ha incorporado el régimen previsto en el Decreto [1485](#) de 1994;
- f) Autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de salud, tratándose de entidades aseguradoras de vida;
- g) La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para cerciorarse

cumplimiento de los requisitos anteriores y los previstos en las disposiciones legales.

3. Publicidad de la solicitud y oposición de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el numeral precedente, el Superintendente Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener el certificado de funcionamiento por parte de la entidad, en un diario de amplia circulación nacional, en el cual se exprese por lo menos, el nombre de las personas que se asociaron, el nombre de la entidad, dependiente o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo a la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días calendario, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposición en relación a dicha intención, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la última publicación.

De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante.

4. Autorización para el funcionamiento. Surtido el trámite a que se refiere el numeral anterior, el Superintendente Nacional de Salud deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes.

El Superintendente concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y verifique el carácter, la responsabilidad, la idoneidad y la solvencia patrimonial, de las personas que participen como socios, aportantes o administradores, en relación a la operación.

Las Cajas, Fondos, Entidades o Empresas de Previsión y Seguridad Social del sector público, se rigen por lo previsto en el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las entidades de medicina prepagada podrán prestar el Plan Obligatorio de Salud o prestar servicios complementarios; para la prestación del Plan Obligatorio de Salud, dichas entidades deberán cumplir los requisitos establecidos en este Decreto, sin perjuicio de continuar cumpliendo su régimen legal.

Las Empresas Solidarias de Salud se sujetarán a lo previsto en el presente Decreto cuando administren recursos del régimen contributivo o intervengan en la organización de la prestación de servicios o derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. No obstante cuando tengan por objeto exclusivo la administración del subsidio a la demanda estarán exceptuadas del régimen previsto en el presente Decreto y estarán sometidas al régimen especial que para el efecto se expida”.

En lo que respecta al régimen patrimonial, margen de solvencia y límites a las operaciones financieras e inversiones, las Entidades Promotoras de Salud que pretendan obtener la autorización de funcionamiento, deberán aplicar lo dispuesto en el Decreto [574](#) de 2007 y el Decreto [1698](#) de 2009.

La entidad solicitante deberá suministrar como mínimo la siguiente información administrativa:

- a) Cuando se trate de una entidad vigilada por otra Superintendencia, deberá anexar copia del respectivo certificado de autorización o funcionamiento, expedido por el correspondiente ente de control;
- b) Personería Jurídica reconocida de conformidad con el Decreto [1088](#) de 1991, Capítulo II, Sección 1ª;
- c) Copia de los estatutos donde conste que se ha incorporado el régimen previsto en el Decreto [1461](#) de 1994 y demás normas que lo modifiquen o aclaren;

d) Hoja de vida de las personas que se han asociado, miembros de Junta Directiva y de las que actúan como administradores y representante legal. Para el suministro de esta información se tendrá en cuenta el formato que se encontrará en el título de anexos técnicos;

e) Copia del acta de conformación de la Junta Directiva;

f) Estructura organizacional identificando las áreas comercial, operativa, técnica, administrativa y control;

g) Relación funcional entre la sede central, regionales, seccionales y/o sucursales si las hubiere.

1.2.1. Requisitos técnicos

Para efectos de acreditar la capacidad técnica y científica para el cabal cumplimiento de las funciones y obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud, las entidades en mención deberán cumplir los siguientes requisitos:

1.2.1.1. Sistema de información requerido.

Estos sistemas deberán tener la capacidad para operar en forma integrada y permitir la generación de reportes e informes requeridos por esta Superintendencia y el Sistema de Seguridad Social en Salud siguiendo las especificaciones técnicas definidas para tal fin.

Los siguientes son los sistemas de información básicos necesarios para el funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud:

1.2.1.1.1. Sistema de Gestión Contable.

1.2.1.1.2. Sistema para el manejo de afiliados, beneficiarios y subsidiados. Entre otros aspectos deberá contemplar:

a) Manejo, registro y retiro de afiliados, beneficiarios y subsidiados;

b) Recaudo, registro y manejo de los aportes del sistema cotizante y subsidiado y control de empleadores. Adicionalmente de acreditar que se cuenta con este sistema se debe presentar un plan estratégico para control de empleadores resaltando los recursos y metodología desarrollada para ello;

d) Manejo de acciones de cobranza;

e) Manejo de novedades laborales, recaudos por cotizaciones e información que permita la compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía.

1.2.1.1.3. Sistema para el manejo del estado de salud de los afiliados y familias.

1.2.1.1.4. Sistema que contenga las características socioeconómicas de los afiliados.

1.2.1.1.5. Sistema de registro y manejo del perfil clínico mínimo de ingreso.

1.2.1.1.6. Sistema de registro y control de la red de prestadores de servicios de salud.

1.2.1.1.7. Sistema de atención a usuarios según lo establecido en el título séptimo de la presente Ley.

Los anteriores sistemas se deben entender sin perjuicio de los requeridos para el funcionamiento administrativo de la entidad como tal, por ejemplo el sistema de gestión administrativa y financiera.

1.2.1.2. Plataforma tecnológica mínima requerida

1.2.1.2.1. Equipos de Cómputo

Los equipos de cómputo adquiridos o arrendados por las Entidades Promotoras de Salud deberán posibilitar la capacidad de crecimiento en cuanto a número de usuarios y contar con la capacidad migrar hacia los sistemas de cómputo con mayor capacidad o hacia nuevas tecnologías en el evento se requiera.

En todo caso, la capacidad de equipos deberá ser correspondiente con las proyecciones de afiliados incluidas en los estudios de factibilidad y no podrán estar por debajo de las siguientes especificaciones.

1.2.1.2.2. Estaciones o terminales.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán tener el número que desee de estaciones o terminales consulta, validación, administración y soporte, para lo cual se debe considerar la capacidad de memoria requerida por cada persona que se tenga trabajando en línea en el sistema de información, no podrá ser menor a dos (2) megabytes para consultas desde terminales brutas y de cuatro (4) megabytes de memoria por cada cliente (microcomputador) en una tecnología más compleja (Cliente/servidor).

1.2.1.2.3. Disco

Los equipos de cómputo deberán poseer la capacidad de almacenamiento en disco requerida para manejar las operaciones propias del negocio de acuerdo con los siguientes estimativos:

a) Registro y retiro de afiliados y beneficiarios: por cada cincuenta mil afiliados (50.000), se requiere mínimo de un Gigabyte (1Gb. = mil Megabytes). Los anteriores estimativos no incluyen los requerimientos de memoria principal y almacenamiento en discos de los sistemas operacionales, de datos o software específico para el funcionamiento de los equipos de cómputo, sistemas de información o redes.

1.2.1.2.4. Sistema y equipos de comunicaciones

Las Entidades Promotoras de Salud deberán prever en la plataforma tecnológica seleccionada la capacidad de la misma para soportar la instalación de dispositivos y software de comunicaciones y sistemas de información necesarios, que le permitan a esta Superintendencia entrar a consultar y regular la información archivada en los equipos de cómputo de estas.

La plataforma tecnológica deberá facilitar la conexión remota de sus diferentes oficinas en el país a través de redes de comunicación que le permitan mantener actualizada la información que garantiza adecuada prestación de los servicios.

1.2.1.2.5. Otros requerimientos técnicos.

a) La Superintendencia estará atenta del desarrollo tecnológico y de la adopción de software licencias.

b) Las entidades deberán poseer planes de contingencia y sistemas de respaldo y seguridad que le permitan a la entidad ante un daño grave, destrucción o robo de sus equipos de cómputo, regresar a normal funcionamiento en un tiempo prudencial;

c) Establecer procedimientos de auditoría de sistemas que garanticen el cumplimiento de los parámetros aquí definidos, así como el íntegro y correcto manejo de la información por parte del ente vigilado.

su supervisor.

1.2.1.3. Red de Prestadores de Servicios <Subnumeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El texto es el siguiente:>

En lo que respecta a la Red de Prestadores de Servicios de Salud, se atenderá lo establecido en el numeral 3 del artículo [178](#) de la Ley 100 de 1993 en el sentido de “Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley”.

De igual manera, se debe observar la responsabilidad establecida en el literal d) del artículo [2o](#) de Decreto 1485 de 1994, que a la letra dicen “d). Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de los afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito se gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de calidad; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud”.

A su vez, teniendo en cuenta lo definido en el Decreto número [4747](#) de 2007 en cuanto a las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, se adoptan las siguientes definiciones:

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

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

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

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

Para la solicitud de autorización de funcionamiento la entidad debe presentar una propuesta de diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.

La Red de Prestadores de Servicios de Salud debe responder a estándares universales de calidad e función de garantizar capacidad instalada de acuerdo a la población a afiliar y presupuestos de utilización de servicios estimados para dicha población.

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

La red debe garantizar la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones para desarrollar la referencia y contrarreferencia de pacientes.

Para ello les corresponde presentar:

1.2.1.3.1. Relación de la Red Prestadora de Servicios de Salud con la cual van a garantizar la prestación de los servicios de salud del plan o de los planes de salud que administren, indicando los servicios de salud que serán contratados.

1.2.1.3.2. La Entidad Promotora de Salud debe verificar que la red de prestación de servicios de salud cumple con los requisitos legales definidos en la norma y en las que la modifiquen en los siguientes aspectos:

a) Verificar el cumplimiento de la habilitación de los servicios de salud que se vayan a contratar con instituciones, ante la Dirección Territorial de Salud correspondiente y definir los mecanismos que serán implementados para dicha verificación;

b) <Ver Notas de Vigencia 1> Definir como parte de la relación contractual, las condiciones de atención de los afiliados, el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes, así como los Programas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, concertar los indicadores y estándares de calidad que garanticen la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud;

c) Mecanismo de coordinación de la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia;

d) Verificar que las Instituciones Prestadoras de Salud, garanticen el acceso a la atención en salud de los afiliados, para lo cual, se acogerán a lo definido en la normatividad vigente sobre atención en salud sobre el tiempo mínimo de la consulta médica general, como lo establece el artículo [97](#) de la Resolución número 5261 de 1994 en concordancia con la Ley [100](#) de 1993; en consecuencia, la consulta no debe ser menor de veinte (20) minutos. Así mismo, la atención en salud no puede ser condicionada al pago de los servicios, conforme la normatividad vigente.

1.2.1.3.3. La entidad debe presentar los siguientes soportes de organización y coordinación de la red:

a) Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago;

b) Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios;

c) <Ver Notas de Vigencia> Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

en Salud;

d) Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

1.2.1.4. Capital Mínimo <Numeal modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> De acuerdo con lo dispuesto en el artículo [3o](#) del Decreto 574 de 2007 las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo que pretendan obtener la autorización para actualizar tales deberán acreditar y mantener un capital mínimo 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Para tal efecto diligenciará y remitirá la información de conformidad con la estructura y contenido determinado en el formato del anexo técnico.

1.2.1.5. Estudio de factibilidad

Este estudio debe contener proyecciones que se muevan en un escenario mínimo de dos (2) años.

1.2.1.6. Estudio de Mercado

1.2.1.6.1. Zona geográfica que pretenda atender indicando el departamento, municipio o regiones de acuerdo con el último censo practicado a la población, identificando la parte rural y urbana.

1.2.1.6.2. Estimado de la demanda actual de afiliados, subsidiados, pensionados, maternas, hijos y desmovilizados de acuerdo con la zona que pretenda abarcar.

1.2.1.6.3. Demanda potencial insatisfecha en la zona geográfica que pretenda atender especificando número mínimo y máximo de afiliados de todos los estratos y grupos de riesgo.

1.2.1.6.4. Estimado de beneficiarios con pagos moderadores y copagos.

1.2.1.7. Estudio Técnico: se deberá anexar lo siguiente:

1.2.1.7.1. Estimado de producción asistencial por composición etaria para:

a) Plan Obligatorio de Salud para Cotizantes y Subsidiados;

b) Plan Complementario;

c) Actividades de salud a las Administradoras de Riesgos Profesionales.

1.2.1.7.2. Estimado de las actividades de prevención, educación y promoción de la salud.

1.2.1.7.3 Nota técnica de acuerdo con lo establecido en el Capítulo VII, Título II de la presente circular <Subnumeral adicionado por la Circular [20](#) de 2015>

1.2.1.8. Estudio Financiero. Contendrá lo siguiente:

1.2.1.8.1. Necesidades totales de capital, sin perjuicio del mínimo exigido por la ley.

1.2.1.8.2. Ingresos estimados por Unidades de Pago por Capitalización (UPC), Plan complementario de Salud para Riesgos Profesionales, Pagos moderadores, Plan Subsidiado.

1.2.1.8.3. Gastos y Costos del Proyecto.

1.2.1.8.4. Valor presente neto del proyecto.

1.2.1.8.5. Tasa interna de retorno de la inversión.

1.2.1.8.6. Punto de equilibrio.

1.2.1.8.7. Si la entidad venía funcionando durante los dos (2) años anteriores, se deberá anexar igualmente el presupuesto del año inmediatamente anterior debidamente aprobado al igual que lo estados financieros a diciembre 31 de los dos (2) años anteriores.

1.2.1.8.8. Los cálculos del margen de solvencia y del patrimonio técnico.

En el régimen contributivo el margen de solvencia debe entenderse como la diferencia positiva que como mínimo debe haber entre el nivel de activos y las obligaciones de una entidad, tendiente a garantizar el cumplimiento de las obligaciones asumidas por esta, aun en condiciones adversas de actividad económica.

Así mismo, como lo establecen los artículos [230](#) y [180](#) de la Ley 100 de 1993, procederá la revocación o suspensión del certificado de funcionamiento concedido a una EPS, cuando no se acredite periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la entidad.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar de manera excepcional a Entidades Promotoras de Salud para administrar el régimen subsidiado, cuando sea imposible cumplir con el requisito de afiliados mínimos, siempre y cuando acredite:

1. Ser la única EPS-S autorizada, por la Superintendencia Nacional de Salud, en la región.
2. La debida prestación de los servicios a sus afiliados en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia.
3. Un patrimonio técnico saneado.

1.2.1.9. Socios o administradores de una EPS-S

No podrán ser socios o administradores de una EPS-S:

- a) Quienes hayan sido directores de empresas intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud o el Ministerio de Protección Social, siempre que administrativamente se les hubiere encontrado responsables por actos que han merecido sanción por dolo o culpa grave;
- b) Los representantes legales o administradores de otra EPS, EPS-S y los socios de estas, salvo que en este último caso se trate de entidades de naturaleza cooperativa o sociedades anónimas abiertas;
- c) Quienes hayan sido condenados a pena privativa de la libertad, excepto cuando se trate de delitos políticos o culposos, salvo que estos últimos hayan afectado la administración pública;
- d) Los miembros de los órganos de gobierno, de dirección del Sistema General de Seguridad Social y de las corporaciones públicas y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, salvo cuando se trate de una entidad pública y actúen en razón de su cargo como administradores;
- e) Los directores y servidores de los organismos públicos que norman o supervisan la actividad de las empresas, el cónyuge y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

primero civil;

f) Los que, como directores o gerentes de una persona jurídica, hayan resultado administrativamente responsables durante los dos (2) años anteriores por actos que han merecido sanción;

g) Los que se encuentren inhabilitados para ejercer el comercio.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1.2. AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.

De acuerdo con lo señalado en el artículo [180](#) de la Ley 100 de 1993, “la Superintendencia Nacional de Salud autorizará como Entidades Promotoras de Salud a entidades de naturaleza pública, privada mixta, que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Tener una razón social que la identifique y que exprese su naturaleza de ser Entidad Promotora de Salud.

2. Tener personería jurídica reconocida por el Estado.

3. Tener como objetivos la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación, y control de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la Ley.

4. Disponer de una organización administrativa y financiera que permita:

a) Tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias;

b) Acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones y verificar la de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios;

c) Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.

5. Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados tal que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo. Tales parámetros serán fijados por el Gobierno Nacional en función de la búsqueda de la equidad y de los recursos técnicos y financieros de que dispongan las Entidades Promotoras de Salud.

6. Acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la Entidad Promotora de Salud, que será fijado por el Gobierno Nacional.

7. Tener un capital social o Fondo Social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la Entidad, determinados por el Gobierno Nacional.

8. Las demás que establezca la Ley y el reglamento, previa consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.” (O quien haga sus veces, según la modificación implementada por la [Ley 1122](#) de 2007).

Igualmente, según lo dispuesto en el artículo [3o](#) del Decreto 1485 de 1994, “para la obtención del certificado de funcionamiento se deberán tener en cuenta las siguientes reglas:

1. Requisitos para adelantar operaciones. Las personas jurídicas que pretendan actuar como Entidad Promotora de Salud deben cumplir con los siguientes requisitos:

Promotoras de Salud deberán obtener el respectivo certificado de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza cooperativa y demás entidades del sector se regirán por las disposiciones propias de las Entidades Promotoras de Salud, en concordancia con el régimen cooperativo contenido en la Ley [79](#) de 1988 y normas que lo sustituyen o adicionan.

Las Entidades aseguradoras de vida que soliciten y obtengan autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de salud, podrán actuar como Entidades Promotoras de Salud. En tal caso se sujetarán a las normas propias de su régimen legal, sin perjuicio del cumplimiento de lo previsto en este Decreto y las demás normas legales en relación con dicha actividad exclusivamente.

En relación con las Cajas de Compensación Familiar el Superintendente Nacional de Salud podrá autorizar el funcionamiento de aquellas Entidades Promotoras de Salud que se creen por efecto de una asociación o convenio entre las cajas o mediante programas o dependencias especiales previamente existentes y patrocinados por las Cajas de Compensación. El Superintendente del Subsidio Familiar aprobará los aportes que las Cajas de Compensación quieran efectuar con sus recursos para la constitución de una Entidad Promotora de Salud o de las dependencias o programas existentes y otorgará la correspondiente personería jurídica u autorización previa.

La promoción de la creación de las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza comercial se regirá por lo previsto en los artículos [140](#) y [141](#) del Código de Comercio.

2. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener el certificado de funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 10 de la Ley 100 de 1993 y estar acompañada de la siguiente documentación:

- a) El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera de la entidad y el presupuesto para el primer año de operación;
- b) Los documentos que acrediten el monto del capital que se exige en el artículo [50](#) del Decreto 1000 de 1994;
- c) El listado preliminar de las instituciones prestadoras de servicios, grupos de práctica establecidos como tales y/o profesionales a través de los cuales se organizará la prestación del Plan Obligatorio de Salud, cerciorándose de que su capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados;
- d) El número máximo de afiliados que podrán ser atendidos con los recursos previstos y el área geográfica de su cobertura, indicando el período máximo dentro del cual mantendrá el respectivo sin perjuicio de que una vez otorgada la autorización correspondiente, se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas;
- e) El documento que acredite que en sus estatutos se ha incorporado el régimen previsto en el Decreto [1485](#) de 1994;
- f) Autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de salud, tratándose de entidades aseguradoras de vida;
- g) La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para cerciorarse del cumplimiento de los requisitos anteriores y los previstos en las disposiciones legales.

3. Publicidad de la solicitud y oposición de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el numeral precedente, el Superintendente Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener el certificado de funcionamiento por parte de la entidad, en un diario de amplia circulación nacional, en el cual se exprese por lo menos, el nombre de las personas que se asociaron, el nombre de la entidad, dependiente, ramo o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo a la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días calendario, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposición en relación a dicha intención, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la última publicación.

De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante.

4. Autorización para el funcionamiento. Surtido el trámite a que se refiere el numeral anterior, el Superintendente Nacional de Salud deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes.

El Superintendente concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y verifique el carácter, la responsabilidad, la idoneidad y la solvencia patrimonial, de las personas que participen como socios, aportantes o administradores, en relación a la operación.

Las Cajas, Fondos, Entidades o Empresas de Previsión y Seguridad Social del sector público, se rigen por lo previsto en el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las entidades de medicina prepagada podrán prestar el Plan Obligatorio de Salud o prestar servicios complementarios; para la prestación del Plan Obligatorio de Salud, dichas entidades deberán cumplir los requisitos establecidos en este Decreto, sin perjuicio de continuar cumpliendo su régimen legal.

Las Empresas Solidarias de Salud se sujetarán a lo previsto en el presente Decreto cuando administren recursos del régimen contributivo o intervengan en la organización de la prestación de servicios derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. No obstante cuando tengan por objeto exclusivo la administración del subsidio a la demanda estarán exceptuadas del régimen previsto en el presente Decreto y estarán sometidas al régimen especial que para el efecto se expida”.

En lo que respecta al régimen patrimonial, margen de solvencia y límites a las operaciones financieras e inversiones, las Entidades Promotoras de Salud que pretendan obtener la autorización de funcionamiento, deberán aplicar lo dispuesto en el Decreto [574](#) de 2007 y el Decreto [1698](#) de 2009.

La entidad solicitante deberá suministrar como mínimo la siguiente información administrativa:

- a) Cuando se trate de una entidad vigilada por otra Superintendencia, deberá anexar copia del respectivo certificado de autorización o funcionamiento, expedido por el correspondiente ente de control;
- b) Personería Jurídica reconocida de conformidad con el Decreto [1088](#) de 1991, Capítulo II, Sección 1ª;
- c) Copia de los estatutos donde conste que se ha incorporado el régimen previsto en el Decreto [1445](#) de 1994 y demás normas que lo modifiquen o aclaren;
- d) Hoja de vida de las personas que se han asociado, miembros de Junta Directiva y de las que accionan la entidad.

como administradores y representante legal. Para el suministro de esta información se tendrá en cuenta el formato que se encontrará en el título de anexos técnicos;

e) Copia del acta de conformación de la Junta Directiva;

f) Estructura organizacional identificando las áreas comercial, operativa, técnica, administrativa y control;

g) Relación funcional entre la sede central, regionales, seccionales y/o sucursales si las hubiese.

1.2.1. Requisitos técnicos

Para efectos de acreditar la capacidad técnica y científica para el cabal cumplimiento de las funciones y obligaciones de las Entidades Promotoras de Salud, las entidades en mención deberán cumplir los siguientes requisitos:

1.2.1.1. Sistema de información requerido.

Estos sistemas deberán tener la capacidad para operar en forma integrada y permitir la generación de reportes e informes requeridos por esta Superintendencia y el Sistema de Seguridad Social en Salud siguiendo las especificaciones técnicas definidas para tal fin.

Los siguientes son los sistemas de información básicos necesarios para el funcionamiento de una Entidad Promotora de Salud:

1.2.1.1.1. Sistema de Gestión Contable.

1.2.1.1.2. Sistema para el manejo de afiliados, beneficiarios y subsidiados. Entre otros aspectos deberá contemplar:

a) Manejo, registro y retiro de afiliados, beneficiarios y subsidiados;

b) Recaudo, registro y manejo de los aportes del sistema cotizante y subsidiado y control de empleadores. Adicionalmente de acreditar que se cuenta con este sistema se debe presentar un plan estratégico para control de empleadores resaltando los recursos y metodología desarrollada para ello;

d) Manejo de acciones de cobranza;

e) Manejo de novedades laborales, recaudos por cotizaciones e información que permita la compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía.

1.2.1.1.3. Sistema para el manejo del estado de salud de los afiliados y familias.

1.2.1.1.4. Sistema que contenga las características socioeconómicas de los afiliados.

1.2.1.1.5. Sistema de registro y manejo del perfil clínico mínimo de ingreso.

1.2.1.1.6. Sistema de registro y control de la red de prestadores de servicios de salud.

1.2.1.1.7. Sistema de atención a usuarios según lo establecido en el título séptimo de la presente Ley.

Los anteriores sistemas se deben entender sin perjuicio de los requeridos para el funcionamiento administrativo de la entidad como tal, por ejemplo el sistema de gestión administrativa y financiera.

1.2.1.2. Plataforma tecnológica mínima requerida

1.2.1.2.1. Equipos de Cómputo

Los equipos de cómputo adquiridos o arrendados por las Entidades Promotoras de Salud deberán posibilitar la capacidad de crecimiento en cuanto a número de usuarios y contar con la capacidad migrar hacia los sistemas de cómputo con mayor capacidad o hacia nuevas tecnologías en el evento se requiera.

En todo caso, la capacidad de equipos deberá ser correspondiente con las proyecciones de afiliados incluidas en los estudios de factibilidad y no podrán estar por debajo de las siguientes especificaciones.

1.2.1.2.2. Estaciones o terminales.

Las Entidades Promotoras de Salud podrán tener el número que desee de estaciones o terminales de consulta, validación, administración y soporte, para lo cual se debe considerar la capacidad de memoria requerida por cada persona que se tenga trabajando en línea en el sistema de información, no podrá ser menor a dos (2) megabytes para consultas desde terminales brutas y de cuatro (4) megabytes de memoria por cada cliente (microcomputador) en una tecnología más compleja (Cliente/servidor).

1.2.1.2.3. Disco

Los equipos de cómputo deberán poseer la capacidad de almacenamiento en disco requerida para manejar las operaciones propias del negocio de acuerdo con los siguientes estimativos:

a) Registro y retiro de afiliados y beneficiarios: por cada cincuenta mil afiliados (50.000), se requiere un mínimo de un Gigabyte (1Gb. = mil Megabytes). Los anteriores estimativos no incluyen los requerimientos de memoria principal y almacenamiento en discos de los sistemas operacionales, de datos o software específico para el funcionamiento de los equipos de cómputo, sistemas de información o redes.

1.2.1.2.4. Sistema y equipos de comunicaciones

Las Entidades Promotoras de Salud deberán prever en la plataforma tecnológica seleccionada la capacidad de la misma para soportar la instalación de dispositivos y software de comunicaciones y sistemas de información necesarios, que le permitan a esta Superintendencia entrar a consultar y regular la información archivada en los equipos de cómputo de estas.

La plataforma tecnológica deberá facilitar la conexión remota de sus diferentes oficinas en el país a través de redes de comunicación que le permitan mantener actualizada la información que garantiza la adecuada prestación de los servicios.

1.2.1.2.5. Otros requerimientos técnicos.

- a) La Superintendencia estará atenta del desarrollo tecnológico y de la adopción de software licenciable.
- b) Las entidades deberán poseer planes de contingencia y sistemas de respaldo y seguridad que le permitan a la entidad ante un daño grave, destrucción o robo de sus equipos de cómputo, regresar a su normal funcionamiento en un tiempo prudencial;
- c) Establecer procedimientos de auditoría de sistemas que garanticen el cumplimiento de los parámetros aquí definidos, así como el íntegro y correcto manejo de la información por parte del ente vigilado y su supervisor.

1.2.1.3. Red de Prestadores de Servicios. En la conformación de la red de prestadores de servicios de salud, se deberán atender estándares universales en función de garantizar capacidad instalada de acuerdo a la población afiliada y presupuestos de utilización de servicios estimados para dicha población. Ello les corresponde presentar:

1.2.1.3.1. Relación de la red de prestación de servicios de salud, indicando los servicios de salud que serán contratados.

1.2.1.3.2. Relación comparativa de la red prestadora de servicios de salud del nuevo plan con la red de servicios de los planes autorizados y la red del plan obligatorio de salud.

1.2.1.3.3. Indicar los mecanismos que serán implementados para garantizar que los prestadores de servicios de salud que hacen parte de la red, se encuentren habilitados para la prestación de los servicios.

1.2.1.3.4. La Entidad Promotora de Salud debe verificar que la red de prestación de servicios de salud cumple con los requisitos legales definidos en la norma y en las que la modifiquen en los siguientes aspectos:

a) Verificar el cumplimiento de la habilitación de los servicios de salud que se vayan a contratar con instituciones, mediante la declaración de habilitación de los servicios presentada ante la Dirección Territorial de Salud correspondiente;

b) Verificar que dentro del objeto social de las Instituciones Prestadoras de Salud, se encuentre la Prestación de Servicios de Salud;

c) Definir como parte de la relación contractual, las condiciones de atención de los afiliados, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como los procesos de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, los indicadores y estándares de calidad que garanticen la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud;

d) Verificar que las Instituciones Prestadoras de Salud, garanticen el acceso a la atención en salud, lo cual la consulta médica general no debe ser menor de veinte (20) minutos, así mismo, la atención en salud no puede ser condicionada al pago de los servicios, conforme la normatividad vigente.

1.2.1.4. Capital Mínimo. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3o del Decreto 574 de 2007 las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo que pretendan obtener la autorización para actuar como tales deberán acreditar y mantener un capital mínimo de 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

1.2.1.5. Estudio de factibilidad

Este estudio debe contener proyecciones que se muevan en un escenario mínimo de dos (2) años.

1.2.1.6. Estudio de Mercado

1.2.1.6.1. Zona geográfica que pretenda atender indicando el departamento, municipio o regiones de acuerdo con el último censo practicado a la población, identificando la parte rural y urbana.

1.2.1.6.2. Estimado de la demanda actual de afiliados, subsidiados, pensionados, maternas, hijos y desmovilizados de acuerdo con la zona que pretenda abarcar.

1.2.1.6.3. Demanda potencial insatisfecha en la zona geográfica que pretenda atender especificando

número mínimo y máximo de afiliados de todos los estratos y grupos de riesgo.

1.2.1.6.4. Estimado de beneficiarios con pagos moderadores y copagos.

1.2.1.7. Estudio Técnico: se deberá anexar lo siguiente:

1.2.1.7.1. Estimado de producción asistencial por composición etaria para:

a) Plan Obligatorio de Salud para Cotizantes y Subsidiados;

b) Plan Complementario;

c) Actividades de salud a las Administradoras de Riesgos Profesionales.

1.2.1.7.2. Estimado de las actividades de prevención, educación y promoción de la salud.

1.2.1.8. Estudio Financiero. Contendrá lo siguiente:

1.2.1.8.1. Necesidades totales de capital, sin perjuicio del mínimo exigido por la ley.

1.2.1.8.2. Ingresos estimados por Unidades de Pago por Capitación (UPC), Plan complementario, de Salud para Riesgos Profesionales, Pagos moderadores, Plan Subsidiado.

1.2.1.8.3. Gastos y Costos del Proyecto.

1.2.1.8.4. Valor presente neto del proyecto.

1.2.1.8.5. Tasa interna de retorno de la inversión.

1.2.1.8.6. Punto de equilibrio.

1.2.1.8.7. Si la entidad venía funcionando durante los dos (2) años anteriores, se deberá anexar igualmente el presupuesto del año inmediatamente anterior debidamente aprobado al igual que los estados financieros a diciembre 31 de los dos (2) años anteriores.

1.2.1.8.8. Los cálculos del margen de solvencia y del patrimonio técnico.

En el régimen contributivo el margen de solvencia debe entenderse como la diferencia positiva que como mínimo debe haber entre el nivel de activos y las obligaciones de una entidad, tendiente a garantizar el cumplimiento de las obligaciones asumidas por esta, aun en condiciones adversas de actividad económica.

Así mismo, como lo establecen los artículos [230](#) y [180](#) de la Ley 100 de 1993, procederá la revocación o suspensión del certificado de funcionamiento concedido a una EPS, cuando no se acredite periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la entidad.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar de manera excepcional a Entidades Promotoras de Salud para administrar el régimen subsidiado, cuando sea imposible cumplir con el requisito de afiliados mínimos, siempre y cuando acredite:

1. Ser la única EPS-S autorizada, por la Superintendencia Nacional de Salud, en la región.

2. La debida prestación de los servicios a sus afiliados en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia.

3. Un patrimonio técnico saneado.

1.2.1.9. Socios o administradores de una EPS-S

No podrán ser socios o administradores de una EPS-S:

- a) Quienes hayan sido directores de empresas intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Protección Social, siempre que administrativamente se les hubiere encontrado responsables por actos que han merecido sanción por dolo o culpa grave;
- b) Los representantes legales o administradores de otra EPS, EPS-S y los socios de estas, salvo que este último caso se trate de entidades de naturaleza cooperativa o sociedades anónimas abiertas;
- c) Quienes hayan sido condenados a pena privativa de la libertad, excepto cuando se trate de delitos políticos o culposos, salvo que estos últimos hayan afectado la administración pública;
- d) Los miembros de los órganos de gobierno, de dirección del Sistema General de Seguridad Social y de las corporaciones públicas y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, salvo cuando se trate de una entidad pública y actúen en razón de su cargo como administradores;
- e) Los directores y servidores de los organismos públicos que norman o supervisan la actividad de las empresas, el cónyuge y sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil;
- f) Los que, como directores o gerentes de una persona jurídica, hayan resultado administrativamente responsables durante los dos (2) años anteriores por actos que han merecido sanción;
- g) Los que se encuentren inhabilitados para ejercer el comercio.

1.3. HABILITACIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD INDÍGENAS, (EPSI). <Subnumeral adicionado por la Circular [49-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

1.3.1. Habilitación para la operación

Las entidades que deseen obtener la habilitación para la operación como EPS indígena, (EPSI), deben radicar ante la Superintendencia Nacional de Salud, la solicitud de habilitación de funcionamiento, documento firmado por el representante legal a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites, anexando lo siguiente:

1.3.1.1 Componente Jurídico

- a) Documento de inscripción de la asociación o autoridad indígena creadora de la EPSI en el Registro de Constitución y Novedades de Asociaciones de Autoridades Tradicionales y/o Cabildos Indígenas, expedido por el Ministerio del Interior o quien haga sus veces.
- b) Certificado en el que conste la existencia y representación legal de la entidad y en el que se le identifique como Entidad Promotora de Salud Indígena; adicionando a la razón social la sigla “EPS Indígena”. Con tales efectos, el Ministerio del Interior expedirá el certificado de registro en el que indique el nombre completo de la entidad, su representante legal, ubicación geográfica, domicilio principal, fecha de constitución y órganos de Dirección y Administración.

c) Estatutos de creación de la entidad acorde con la naturaleza jurídica adoptada, que incluyan por lo siguiente:

i. Objeto social como entidad responsable del aseguramiento.

ii. Funciones indelegables del aseguramiento en salud.

d) Declaración juramentada de los socios, accionistas, asociados, directores, miembros de junta directiva, representantes legales y revisores fiscales de no encontrarse incurso en inhabilidad o incompatibilidad consagrada en el Decreto-ley [973](#) de 1994, el Decreto [1804](#) de 1999 y demás normas aplicables.

Para demostrar el cumplimiento de las condiciones de habilitación, que incluyen la capacidad técnica, administrativa, financiera, tecnológica y científica, la entidad debe documentar los siguientes requisitos:

1.3.1.2. Capacidad técnico-administrativa.

1.3.1.2.1 Estructura Organizacional

a) Organigrama de la entidad

b) Mapa de procesos

c) Listado maestro de documentos, el cual relaciona los procesos y procedimientos con sus respectivos manuales, instructivos y documentos codificados; este debe incluir también los correspondientes a sistemas de información que soportan la operación de la entidad en todos sus ámbitos.

d) Matriz de roles y responsabilidades, la cual debe incluir el responsable de los procesos y sus respectivas funciones.

e) Manual de Procesos y procedimientos, dentro de los cuales deberá incluir como mínimo:

i. Procesos de apoyo organizativo, sociocultural y de fortalecimiento de la medicina tradicional u otros componentes del SISPI.

ii. Procesos de afiliación y administración de base de datos.

iii. Procesos de conformación de la red de prestadores.

iv. Procesos de garantía del plan de beneficios.

v. Procesos de atención al afiliado y evaluación de servicios.

vi. Procesos de gestión financiera, contable y de cartera.

vii. Procesos de gestión del riesgo.

viii. Procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados.

ix. Adecuación sociocultural y fortalecimiento de la medicina tradicional, saberes ancestrales u otros componentes del SISPI.

x. Atención al ciudadano y solución de reclamaciones y sugerencias de los afiliados dentro de los mecanismos definidos por las autoridades tradicionales Indígenas.

xi. Gestión del riesgo.

xii. Evaluación de la calidad del aseguramiento y del sistema de garantía de calidad en la prestación de servicios de salud.

xiii. Autorización y pago de servicios de salud a la red de prestadores.

f) Solicitudes de las comunidades indígenas interesadas en afiliarse colectivamente en las EPS indígenas.

g) Guía para la concertación de las estrategias y acciones en salud con las autoridades indígenas de pueblos donde la EPS indígena opera.

h) Actas de asambleas comunitarias donde se expliquen los planes de beneficios, deberes y derechos de la población afiliada, de acuerdo con las particularidades de cada EPS indígena.

Cualquier novedad ocurrida en los procesos anteriormente mencionados, se debe reportar de forma oportuna ante la Superintendencia Nacional de Salud, so pena de las sanciones a que haya lugar por incumplimiento. Igualmente deberá reportarla a las autoridades y organizaciones indígenas donde opera.

1.3.1.2.2 Sistema de Información

a) Documento que contenga el diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos de los afiliados.

b) El documento deberá describir cómo se desarrollan los siguientes procedimientos:

i. Verificación Multi Afiliados.

ii. Verificación de los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación.

iii. Verificación de la prestación y autorización de servicios

iv. Verificación de la gestión del riesgo en salud

v. El sistema de calidad con indicadores en la prestación de servicios de salud

vi. Registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

vii. Información financiera, contable y de cartera

viii. Determinación de las condiciones geográficas, etarias, de género y de salud de la población afiliada, frecuencias de uso y el cálculo del riesgo de enfermedad.

Aunado a lo anterior, dicho documento deberá describir los siguientes aspectos:

a) El Software que se pretende utilizar una vez iniciada la operación.

b) La plataforma tecnológica a nivel de las estaciones de la sede principal y las sucursales que se requiera, así como la descripción de su capacidad a nivel de disco duro, memoria, conexiones de red, planta de servidores, almacenamiento, centros principales y alternos en donde se mantendrá la plataforma tecnológica.

c) Descripción de los sistemas de información: administrativos, financieros y contables, atención y caracterización de la población afiliada, red de prestadores de servicios de salud y sistema para la gestión de riesgos estratégicos, operativos, de salud y de seguridad.

d) Las bases de datos en donde se almacenará la información obtenida a través de los sistemas de información descritos en el punto anterior, relacionando su tipología.

e) Documento con el esquema de gobierno de tecnologías de información, los estándares de integración nominal e interoperabilidad por subsistemas (mínimo debe incluir los subsistemas administrativo, clínico y de atención en salud), y los estándares de reporte para entrega de información a entidades de control y otras entidades.

1.3.1.2.3 Mecanismos de reembolso

Documento que acredite la existencia de mecanismos de reembolso a los afiliados, cuando estos hayan asumido costos de atención, en los términos de la Resolución [5261](#) de 1994 del Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifique o sustituya.

1.3.1.2.4 Sistemas de comunicación

a) Documento que describa el sistema de atención al usuario, en el que se definan claramente los procedimientos, mecanismos, medios, instrumentos y canales de atención, incluyendo las oficinas de atención al usuario, para que esa atención cumpla con los principios de objetividad y buen trato.

b) Este documento debe contener la estrategia para que los afiliados no Indígenas conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos, o su exoneración cuando corresponda. Lo descrito debe demostrarse anualmente, mediante la presentación de los mecanismos de divulgación amplios y suficientemente utilizados para dar a conocer tal información.

c) Descripción de la estrategia de promoción y fortalecimiento de participación ciudadana acorde con la normativa vigente.

1.3.1.2.5 Carta de derechos y deberes

Documento que corresponda a la carta de derechos y deberes, que incluya la red de prestación de servicios proyectada y la descripción de las estrategias de divulgación de esta información con los afiliados. Debe tener en cuenta los requisitos de acuerdo con la normativa vigente expedida para tal fin.

1.3.1.3. Capacidad Financiera

Las EPS indígenas deberán tener en cuenta el margen de solvencia conforme a los artículos [2.5.2.4.1](#), [2.5.2.4.1.2](#), y [2.5.2.4.1.3](#) del Decreto 780 de 2016, y las disposiciones que para el efecto determine la Superintendencia Nacional de Salud, así como un patrimonio mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad, de acuerdo con el Régimen de Contabilidad Pública y según lo establecidas las disposiciones vigentes, especialmente lo ordenado en la Ley [691](#) del 2001.

La entidad deberá demostrar la factibilidad financiera, para lo cual debe presentar lo siguiente:

a) Estados Financieros de constitución de la sociedad siguiendo la estructura del Archivo Tipo FAC - Catálogo Información Financiera en formato Excel.

b) Proyecciones del Estado de Situación Financiera, del Estado de Resultados y del Estado de Flujo de Efectivo de manera trimestral para el primer año y anual para los siguientes cuatro (4) años, siguiendo la estructura del Archivo Tipo FA001 - Catálogo Información Financiera, en formato Excel debidamente formulados.

c) Proyección de las condiciones financieras y de solvencia establecidas en la normativa vigente por los primeros cinco (5) años, en formato Excel debidamente formulados. Para evaluar el margen de solvencia deberá seguir la estructura del Archivo Tipo FA002 - Posición de Liquidez.

d) Documento en PDF con la descripción de las principales fuentes, supuestos, indicadores y variables utilizadas para la realización de las proyecciones financieras, incluidas las condiciones financieras y de solvencia, así como la explicación de las variables significativas que afecten los indicadores del proceso y los saldos de los estados financieros, junto con la descripción de las estrategias para garantizar el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia.

e) Documentación e implementación de la metodología de cálculo de reservas técnicas, incluyendo de datos y los resultados obtenidos.

f) Certificado emitido por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces, sobre el origen de los recursos.

g) Certificado emitido por parte del revisor fiscal o quien haga sus veces de la cuenta contable y financiera de la EPS Indígena, la cual debe ser constituida independiente del resto de las rentas y bienes de la Asociación de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas. En ningún caso los recursos de la EPS Indígena podrán confundirse o utilizarse para objetivos distintos a los previstos por el régimen de Seguridad Social en Salud.

1.3.1.4. Capacidad tecnológica y científica.

1.3.1.4.1 Planeación de la prestación de los servicios de salud.

La entidad deberá presentar un modelo de salud con enfoque diferencial, que articule la atención de medicina occidental, la medicina alternativa y la medicina tradicional Indígena, teniendo en cuenta los mandatos de las comunidades a sus directivas, y que incluya la documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la planeación y prestación de los servicios de promoción de salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en el que se estipulen:

a) Objetivos, metas, indicadores y cronograma de implementación.

b) Caracterización de la población que se pretende asegurar, por perfil etario, grupo de riesgo, incidencia de morbilidad y mortalidad, condiciones territoriales, entre otros aspectos. Lo anterior, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, (MSPS).

c) Población que se pretende afiliar por municipio donde consideran operar el aseguramiento en salud, siguiendo la estructura del archivo SA002 - Proyección Distribución de Afiliados por municipio en Excel, dispuesto en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

d) Estimación de la demanda de servicios y tecnologías de salud que requiere la población por grupo de riesgo, a nivel territorial de acuerdo con el archivo SA001 - Demanda estimada en formato Excel.

e) Estimación de la oferta de servicios disponible en la red de prestadores de servicios de salud que tendrá para cumplir con la demanda de servicios a nivel territorial. Este punto corresponde a un análisis de suficiencia de red que le permitirá a la entidad organizar la red de servicios de salud requerida para la demanda de servicios de la población que pretende afiliar. Para ello, podrá utilizar la metodología de estimación que considere más adecuada.

f) Estrategias para definir acuerdos de voluntades, modelos de contratación y pagos en las relaciones asegurador-prestador.

g) Estrategias de articulación y coordinación de respuestas integrales con otros agentes alrededor de prioridades en salud de los territorios, que incluya lo siguiente:

h) Descripción de las estrategias de acceso al componente primario y la implementación de programas de Protección Específica y Detección Temprana incluyendo acciones de educación en salud al usuario

i) Descripción de las acciones concretas que desarrollará la entidad para garantizar el acceso de los usuarios a los servicios contenidos en el componente primario, incluyendo acciones de demanda inducida, promoción de la salud activa y eliminación de barreras de acceso.

j) Los mecanismos para el monitoreo de procesos y evaluación de los resultados.

k) La descripción del sistema de información para soportar la gestión del riesgo en salud.

l) Las estrategias, métodos y procedimientos para actualizar la planeación y análisis del riesgo en salud de la población. Se deben establecer claramente las estrategias y actividades de planeación integral en salud, en coherencia con las entidades territoriales donde va a operar el aseguramiento.

m) Sistema de Administración de Riesgos que le permita a la entidad identificar, medir, controlar y monitorear todos los riesgos a los que está expuesta en su operación. Este sistema debe incluir la gestión del riesgo en salud, financiero y operativo.

n) Plan de implementación del Sistema de Administración de Riesgos, que garantice su operación, en los meses posteriores a la habilitación de la entidad.

1.3.1.4.2 Mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los prestadores

La EPS Indígena debe demostrar ante la Superintendencia Nacional de Salud como mínimo el diseño, implementación, documentación y aprobación de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los prestadores, que garanticen el equilibrio contractual, la calidad y el acceso a los servicios, de acuerdo con la normativa vigente:

a) Política y procedimientos para contratación de los prestadores de servicios, proveedores de tecnologías en salud y otros, que incluya las estrategias que incentiven la gestión del riesgo en salud por parte de los prestadores de acuerdo con los servicios de salud contratados, y el manejo de conflicto de intereses. La gestión del riesgo en salud por parte del prestador no significa que se le traslade la responsabilidad de la gestión del riesgo.

b) Política y procedimiento para pagos a prestadores de servicios, proveedores de tecnologías en salud y otros, que incentiven la gestión del riesgo en salud propia de los prestadores de acuerdo con los servicios de salud contratados, prioricen la generación de resultados, e incluya el manejo de conflicto de interés. La gestión del riesgo en salud por parte del prestador no significa que se le traslade la responsabilidad de la gestión del riesgo.

c) Procesos de auditoría de calidad, concurrente, de cuentas médicas y otras, articuladas con los procesos contractuales y contable para el reconocimiento y pago de las obligaciones. Estos deben relacionarse con las herramientas o el sistema de información que permiten su articulación.

1.3.1.4.3 Referencia y contrarreferencia

La EPS Indígena debe contar con procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia con responsabilidades y mecanismos de coordinación, con los cuales garantice la accesibilidad, oportuna

continuidad de la atención para los futuros afiliados.

1.3.1.4.4 Red prestadora

La EPS Indígena debe acreditar la contratación de una red de prestación de servicios en los diferentes niveles de complejidad habilitada, verificando su integralidad y la continuidad de la atención y la garantía de la portabilidad nacional a toda la población afiliada de conformidad con las normas vigentes. En procesos de contratación se dará prioridad o preferencia a las IPS Indígenas y su tratamiento será conforme a los artículos [2.3.1.5](#) y [2.5.1.1.2](#) del Decreto 780 de 2016, o la norma que lo modifique o sustituya.

Para lo anterior, la entidad deberá aportar:

- a) Archivo que relacione la red de prestadores de servicios de salud en los diferentes niveles de atención según el modelo de salud establecido por la entidad. La información debe reportarse siguiendo la estructura definida en los archivos SA003 - Proyección Red de Proveedores de Servicios de Salud y SA004 - Proyección Servicios a Contratar en formato Excel.
- b) Cartas de intención de los proveedores de servicios de salud relacionados o incluidos en la descripción de la red de qué trata el punto anterior.

1.3.1.4.5 Atención de las enfermedades de alto costo

Acreditar la atención de las enfermedades de alto costo, a través de la contratación del reaseguro colectivo, en los términos previstos en el artículo [19](#) de la Ley 1122 de 2007 y las normas reglamentarias.

1.3.1.4.6 Comité Técnico Científico

- a) Documento que acredite la conformación de un Comité Técnico Científico, el cual funcionará en la sede principal de cada EPS indígena.
- b) Procesos y procedimientos relacionados con el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC; MIPRES en los términos establecidos en la resolución [2438](#) de 2018 y Resolución [5871](#) de 2018 o las normas que las modifiquen.

1.3.1.4.7 Nota Técnica

- a) Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y variables que alimentan la Nota Técnica del Plan de Beneficios.
- b) Documentación e implementación de la metodología de cálculo de reservas técnicas. Incluyendo los datos y los resultados obtenidos de la implementación de la metodología.

1.3.2. Verificación condiciones de operación y permanencia

La Superintendencia Nacional de Salud programará las visitas correspondientes para el seguimiento de las condiciones de operación y permanencia de las EPS indígenas habilitadas en los términos del artículo [2.5.2.4.2.14](#) del Decreto 780 de 2016.

En caso de identificar deficiencias o irregularidades en el cumplimiento a dichas condiciones, la Superintendencia podrá condicionar la permanencia de la habilitación de las EPS Indígenas, al cumplimiento de Planes de Mejoramiento o de Desempeño o de Actividades. Al cabo del vencimiento del término de ejecución de los Planes de Mejoramiento o de Desempeño o de Actividades, sin que se

el cumplimiento de los requisitos, se podrá proceder a la revocatoria total o parcial de la habilitación sea el caso, de acuerdo con las facultades y reglamentación vigente sobre la materia.

Notas de Vigencia

- Subnumeral adicionado por la Circular [49-5](#) de 2022, 'POR LA CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA LA CIRCULAR ÚNICA EN LO RELACIONADO CON LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, HABILITACIÓN Y PERMANENCIA DE LAS EPS, MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN, EL TRATO DIGNO A LOS USUARIOS Y LOS CANALES DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE DEBEN DISPONER, ENTRE OTRAS, LAS EAPB', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.

El texto de que trataba este numeral fue incorporado como numeral 1.6.

- Subnumeral 1.3 adicionado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

- Subnumeral 1.3 y sus subnumerales adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008. El texto original del numeral 1.3 es reenumerado como [1.3.1](#).

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 8 de 2018:

1.3. Sistema de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRSD)

Las entidades responsables del aseguramiento en salud deberán garantizar la implementación de un sistema estandarizado de recepción, análisis y resolución de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias que permita el acceso permanente a las mismas por parte de las entidades que ejercen inspección, vigilancia y control en el sistema, de conformidad con lo estipulado en el Capítulo Primero del Título VII de la Circular Única y en la normatividad vigente.

Texto adicionado por la Circular 49 de 2008:

1.3. PUBLICACIÓN DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS POR PARTE DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. <Subnumeral 1.3 adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Los representantes legales de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, en cumplimiento del principio de información al usuario contenido en el Acuerdo número [260](#) de 2007 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberá llevar a cabo la publicación del Sistema de Copagos y Cuotas Moderadoras.

Así mismo, deberán informar y divulgar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto, los mecanismos, aplicación y cobro de las mismas.

La información se deberá publicar en un medio masivo de información y contener como mínimo siguientes datos:

1.3.1. Ofrecer el concepto de las cuotas moderadoras y de los copagos.

1.3.2. Precisar a qué usuarios se les aplica.

1.3.3. Indicar los servicios a los cuales se les aplica la cuota moderadora y el copago, mencionando respectivas excepciones.

1.3.4. Indicar el monto en pesos, de las cuotas moderadoras y copagos, en los diferentes rangos de ingreso salarial, con su respectivo porcentaje del salario mínimo vigente.

1.3.5. Indicar la frecuencia de aplicación de las cuotas moderadoras y de los copagos.

1.3.6. Indicar los procedimientos de recaudo que la entidad utilizará.

1.3.7. Indicar los topes de los copagos por evento y el total de eventos por año.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

El texto original del numeral 1.3 es renumerado como [1.6](#)

1.4 REVOCATORIA DE LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO. <Subnumeral modifica la Circular [49-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:> Esta superintendencia revocará, de forma total, la autorización de funcionamiento de las entidades cuando se verifique la existencia de alguna causal contemplada en la normativa vigente, garantizando el debido proceso. En el caso de las E indígenas la revocatoria se hará sobre la habilitación de la entidad, de acuerdo con lo establecido en artículo [2.5.2.4.2.15](#) del Decreto 780 de 2016 o las normas que las modifiquen o sustituyan.

Las entidades indígenas a las que le fuere revocada totalmente la autorización de funcionamiento en el marco de lo dispuesto por el ordenamiento legal o por incumplir cualquiera de las condiciones previstas en el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Decreto único [780](#) de 2016 y la Resolución [497](#) de 2021 o las normas que las modifiquen o sustituyan, no podrán administrar recursos ni ofrecer el Plan de Beneficio en Salud y deberán abstenerse de ofrecer estos servicios, sin perjuicio de las sanciones en materia administrativa, fiscal, civil y penal a que hubiere lugar. Las entidades a las cuales les haya sido revocada la autorización de funcionamiento no podrán solicitar nuevas autorizaciones en un lapso de tres (3) años posteriores a la fecha de traslado efectivo de la totalidad de la población afiliada.

Notas de Vigencia

- Subnumeral modificado por la Circular [49-5](#) de 2022, 'POR LA CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA LA CIRCULAR ÚNICA EN LO RELACIONADO CON LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, HABILITACIÓN Y PERMANENCIA DE LAS EPS, MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN, EL TRATO DIGNO A LOS USUARIOS Y LOS CANALES DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE DEBEN DISPONER, ENTRE OTRAS, LAS EAPB', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.

- Subnumeral 1.4 modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

- Subnumeral 1.4 y sus subnumerales adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008. Ver Notas del Editor en el numeral [1.8](#)

Notas del Editor

Al texto modificado por la Circular 8 de 2018:

* Destaca el editor que con la modificación introducida al Título VII por la misma Circular 8 de 2018 que modifica el presente numeral, se eliminó el numeral 2 del Capítulo segundo del Título VII de la Circular Única. La referencia debe entenderse al numeral [1.2](#)-CII-TVII.

Legislación Anterior

<La legislación anterior del tema de que trata este numeral corresponde a la contenida en 'Legislación Anterior' del numeral 1.6>

Texto modificado por la Circular 8 de 2018:

1.4. GOBIERNO ORGANIZACIONAL Y BUENAS PRÁCTICAS. <Subnumeral modificado por la Circular [8](#) de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

La Superintendencia Nacional de Salud emitió como buenas prácticas de gobierno organizacional aquellas contenidas en la Circular Externa [007](#) de 2017, las cuales son de adopción voluntaria por parte de las EPS, quienes deben contar con un código de conducta y buen gobierno. No obstante, las Entidades Promotoras de Salud indígenas deben cumplir con las medidas del código de conducta y de buen gobierno que son de obligatorio cumplimiento y están contenidas en el Capítulo 1 numeral 3 de la Circular Externa [007](#) de 2018 la cual modifica a la Circular Externa [007](#) de 2017.

1.4.1. Rendición de cuentas y revelación de información

Las EPS deberán realizar audiencias de rendición de cuentas independientes, teniendo en cuenta como mínimo lo estipulado en el numeral 2* del Capítulo segundo del Título VII de la Circular Única y las medidas de la Circular Externa [007](#) de 2017 Código de Conducta y de Buen Gobierno frente al público en general, a las autoridades locales o territoriales en salud, y organismos de control.

Texto adicionado por la Circular 49 de 2008:

1.4. ASPECTOS ADICIONALES DE PAUTAS PUBLICITARIAS PARA LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. <Subnumeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Las Entidades Promotoras de Salud en sus pautas publicitarias deberán tener en cuenta las pautas indicadas en el Capítulo II del Título I de esta Circular, así como los siguientes aspectos:

1.4.1. Se considera indispensable que las características jurídicas, económicas o financieras de los productos que se pretendan promover sean ciertas y comprobables, y que en ningún momento estén en desacuerdo con la realidad financiera, jurídica y técnica de la entidad y de las personas prestadoras de servicios. En tal sentido, se entienden prohibidas prácticas como las siguientes:

1.4.1.1. Utilizar expresiones o información que tienda a desviar o desvirtuar el principio de libre elección, induciendo a confusión o a error a los usuarios.

1.4.1.2. Ponderar la red de prestadores de servicios adscrita bajo elementos o bondades carentes de sustento económico, jurídico o profesional.

1.4.1.3. Enunciar profesionales o entidades adscritas que no hagan parte de la red de prestadores de servicios de la entidad.

1.4.1.4. Inducir a error a los usuarios sobre la extensión o cobertura de los planes de salud, exclus preexistencias, servicios complementarios, medicamentos, etc.

1.4.1.5. Ponderar un producto de manera tal que sus bondades o características carezcan de susten la realidad.

1.4.1.6. Apropiarse o publicitar como suyas, políticas, productos o servicios que han sido nombra reglamentados por el Gobierno Nacional, sin citar en la publicidad respectiva su origen o fuente l correspondiente.

1.4.1.7. Presentar o apoyar la solidez de los servicios o productos en aspectos ajenos al verdadero sustento técnico, jurídico o económico de la publicidad, como sucederá con afirmaciones tales co “filial del grupo tal”, “contamos con el respaldo de los mayores accionistas”, entre otras, sin espe en qué consiste el respaldo o beneficio adicional a recibir por parte de los usuarios.

1.4.1.8. Utilizar afirmaciones que permitan deducir como definitivas situaciones que en la realida responden a fenómenos coyunturales, transitorios o variables en relación con el mercadeo.

1.4.1.9. Utilizar o insinuar ponderaciones abstractas o superlativos abstractos que por la propia naturaleza de su contenido no reflejan una situación exacta, como sucedería con expresiones tales “somos los primeros” sin decir en qué o en la relación con qué o con quiénes.

1.4.2. Si los textos comprenden el empleo de superlativos, términos que indiquen permanencia, o o datos específicos, ellos deberán corresponder fielmente a hechos objetivos, reales, comprobable verificables a la fecha en que se difunda la pauta publicitaria, los cuales podrán ser constatados directamente y en cualquier momento por la Superintendencia Nacional de Salud.

Tratándose de cifras que por su carácter sean variables, su utilización publicitaria deberá hacerse identificando claramente el período al cual corresponden y la fuente de donde han sido tomados. se recurra a indicadores de desempeño financiero, para evidenciar una situación determinada, su debe dar lugar a equívocos, para lo cual se adoptarán las medidas que sean del caso.

Tratándose de cifras que por su carácter son esencialmente variables, su utilización publicitaria no ser superior a la del ejercicio inmediatamente siguiente al corte que sirve de sustento.

1.4.3. Las afirmaciones y representaciones visuales o auditivas deben ofrecer claridad, fidelidad y precisión respecto al tipo de servicio que se promueve; en este orden de ideas, deberán tenerse en los alcances o limitaciones a que legal y económicamente se encuentre sujeto el servicio respectiv

1.4.4. Los mensajes publicitarios no pueden ser contrariados a la buena fe comercial ni pueden te establecer competencia desleal.

1.4.5. En la difusión de programas publicitarios deberá tenerse en cuenta lo dispuesto en anotarse circunstancia de hallarse la entidad, dependencia o programa vigilado por la Superintendencia Na de Salud.

1.5 RETIRO VOLUNTARIO Y CAPACIDAD DE AFILIACIÓN. <Subnumeral modificado por la [49-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:> Las EPS podrán solicitar a la Superintendencia Naci Salud el retiro total o retiro parcial de la autorización, siempre y cuando hayan operado el aseguram salud de forma continua por un (1) año en el ámbito territorial autorizado del cual deseen retirarse e informen su intención ante esta Superintendencia, a las entidades territoriales respectivas y a sus af

con al menos cuatro (4) meses de antelación.

1.5.1. Retiro Voluntario Parcial

Para los casos de retiro voluntario parcial la respectiva solicitud debe ser radicada a través de la página de la Superintendencia por el módulo de trámites, la misma debe ser firmada por el representante legal de la entidad, y deberá ser acompañada con los siguientes documentos, precisando los motivos de dicha solicitud:

a) Estatutos de la entidad

b) La relación por departamento y municipio del número total de afiliados a retirar, de acuerdo con la estructura del archivo SA005, Modificación Capacidad de afiliación en formato Excel.

c) Documento donde se explique la motivación y causas de la solicitud de disminución de la capacidad de afiliados.

d) Soportes de haber informado su intención a las entidades territoriales respectivas y a sus afiliados con al menos cuatro

(4) meses de antelación.

e) Cronograma de conciliación de cuentas para pagos de Proveedores de Servicios de Salud, que garantice el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por la prestación de servicios de salud.

En aras de garantizar la continuidad y adecuada prestación del servicio, así como el derecho a la libre elección de los afiliados, esta superintendencia podrá negar el retiro voluntario o condicionar a una transición con plazos diferentes a los establecidos en el artículo [2.5.2.3.5.5](#) del Decreto 780 de 2010.

La EPS que se haya retirado voluntariamente de un departamento, distrito o municipio, no podrá solicitar una nueva autorización de funcionamiento en el mismo lugar en un plazo menor a doce (12) meses siguientes a la fecha de traslado efectivo de la totalidad de la población afiliada, salvo en las circunstancias de interés especial que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

1.5.2. Retiro Voluntario Total

Para los casos de retiro voluntario total, la respectiva solicitud debe ser firmada por el representante legal de la entidad, en ella deben exponerse claramente los motivos de la decisión y debe ser acompañada de la documentación relacionada a continuación:

a) Estatutos de la entidad

b) Se deberá anexar acta, en la que se evidencie la discusión y aprobación del retiro voluntario del servicio por parte del máximo órgano de administración de la entidad.

c) Soportes de haber informado su intención a las entidades territoriales respectivas y a sus afiliados con al menos cuatro (4) meses de antelación.

d) Cronograma de conciliación de cuentas para pagos por Proveedores de Servicios de Salud, que garantice el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por la prestación de servicios de salud.

La solicitud de retiro total deberá ser radicada a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites.

1.5.3. Capacidad de Afiliación

Es el número estimado de afiliados que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), están en capacidad atender en condiciones de calidad y oportunidad conforme a su red integral de prestadores de servicios de salud, su infraestructura administrativa y su capacidad técnico-científica y financiera, garantizando oportuna y eficiente prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan de Beneficios en el área geográfica autorizado.

Toda EPS, debe contar con una infraestructura técnica, financiera y administrativa, y con la red integral de prestadores de servicios de salud que se adecúe a su población afiliada para poder brindar unos servicios con calidad, oportunidad y eficiencia. En la medida que se modifique la afiliación de la población, la entidad debe ajustar su capacidad técnica, financiera, administrativa y de la red integral de prestadores de servicios de salud. Corresponde a esta Superintendencia, de conformidad con la normativa vigente, tanto el control previo como el control posterior a las modificaciones de afiliación realizadas por la entidad de acuerdo con el régimen de autorización aplicado⁽¹⁾, expuesto más adelante.

En ningún caso, las EPS podrán negar la inscripción de las personas argumentando limitaciones a su capacidad de afiliación, para lo cual deberán aplicar la autorización general cuando la entidad ha su capacidad autorizada.

1.5.3.1. Clases de Modificaciones a la Capacidad de Afiliación

Para efectos de lo previsto en la presente Circular, las modificaciones a la capacidad de afiliación autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud se clasifican en las siguientes clases:

- a) Geográfica: Se presenta una modificación geográfica a la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS pretenda adelantar sus actividades de afiliación y prestación de servicios, en municipios no autorizados previamente, o desee retirar su capacidad de afiliación autorizada en municipios previamente autorizados que no esté operando; es decir, sin que implique realizar asignación de afiliados.
- b) Poblacional: Se presenta una modificación poblacional a la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS pretenda ampliar o disminuir su capacidad de afiliación en uno o más municipios autorizados previamente, modificando la capacidad total autorizada sin que implique realizar asignación de afiliados.
- c) Redistribución: Se presenta una redistribución de la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS sin aumentar o disminuir la capacidad total autorizada, modifica la capacidad de afiliación en los municipios autorizados previamente, sin que implique realizar asignación de afiliados.
- d) Mixta: Se presenta una modificación mixta a la capacidad de afiliación autorizada, cuando en forma simultánea, una solicitud de modificación se enmarque en dos o más tipos de modificación de las antes descritas.

1.5.3.2. Regímenes de Autorización

Las modificaciones a la capacidad de afiliación geográfica, poblacional, mixta, de redistribución o de ampliación parcial estarán sujetas a dos regímenes de autorización, así:

1.5.3.2.1. Régimen de autorización general

Están sujetas al régimen de autorización general las modificaciones a la capacidad de afiliación, referidas al aumento poblacional o de cobertura geográfica en otros municipios o departamentos o de redistribución en municipios autorizados siempre y cuando la EPS no se encuentre en causal de disolución o liquidación, de revocatoria o suspensión del certificado de autorización o de habilitación.

1.5.3.2.2. Régimen de autorización previa

Está sujeta al régimen de autorización previa toda disminución de la capacidad de afiliación de carácter poblacional o de cobertura geográfica y retiro parcial. También aplicará este régimen cuando la EPS cumpla los criterios para acceder al régimen de autorización general, cuando la entidad se encuentre sometida a algún plan de desempeño o de instrucciones emitidas por algún organismo de inspección, vigilancia y control o cuando así lo disponga la Superintendencia Nacional de Salud.

1.5.3.3. Requisitos para modificar la capacidad de afiliación

1.5.3.3.1. Requisitos para la aplicación del régimen de autorización general

La EPS deberá informar a la Superintendencia Nacional de Salud a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites, durante los primeros quince días de cada mes, las modificaciones a la capacidad de afiliación realizadas en el mes inmediatamente anterior, a través de un documento firmado por el Representante Legal de la EPS en el que se identifique la clase de modificación a la capacidad de afiliación realizada según la clasificación establecida en esta Circular, anexando solo los municipios afectados con la modificación, lo siguiente:

- a) Relación por departamento y municipio del número total de afiliados incluyendo los que han incrementado, de acuerdo con la estructura del Archivo SA005-- Modificación Capacidad de afiliación en formato Excel.
- b) Relación actualizada de las entidades que conforman la red de proveedores de servicios de salud de los Archivos Tipo ST010 - Red de proveedores de servicios de salud y ST011 - Servicios contra reembolso en formato Excel.
- c) Documento de descripción de la estructura organizacional, acorde con la modificación realizada, conforme al siguiente orden:
 - i. Relación de sedes regionales, departamentales o municipales y la descripción de la relación funcional entre las nuevas sedes y la sede central.
 - ii. Extensión del sistema de información requerido a las nuevas sedes. Sistema de atención al usuario (orientación, citas, quejas, etc.) por municipios objeto de modificación; de acuerdo con el archivo C-001 Modificación Oficinas de Atención al Usuario, en formato Excel. En caso de que no se haya realizado ampliación en la estructura organizacional, este documento debe justificar dicha decisión.

Las EPS que cumplan con las condiciones para aplicar al Régimen de autorización general, deberán notificar a esta Superintendencia la modificación efectuada en el plazo establecido en la normativa. En caso de que la entidad no remita la totalidad de documentos que respondan a los requisitos establecidos, no se efectuará modificación en la base de Capacidad Autorizada, ni se hará cargue de la misma en la plataforma del Sistema de Afiliación Transaccional SAT del Ministerio de Salud y Protección Social.

Toda Entidad Promotora de Salud que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 2.1.11.3 del Decreto 2016, modificado por el Decreto 709 de 2021, o la norma que lo modifique o sustituya, sea receptora de afiliados en los procesos de asignación por retiro voluntario, revocatoria de la autorización de funcionamiento o intervención forzosa administrativa para liquidar, en municipios donde no contara con autorización de funcionamiento previa al proceso de asignación o su capacidad de afiliación autorizada haya superado, deberá registrar en esta Superintendencia la modificación realizada a más tardar en los primeros 15 días hábiles del mes siguiente al mes en que se realiza el proceso de asignación, remitiendo

requisitos listados en este numeral. La Entidad Promotora de Salud receptora de afiliados en municipio donde no contaba con autorización para operar, se entiende autorizada para operar en el régimen pa se encuentra autorizado su funcionamiento como EPS.

1.5.3.3.2. Requisitos para la aplicación del régimen de autorización previo

Radical ante la Superintendencia Nacional de Salud documento firmado por el Representante Legal EPS, solicitando la clase de modificación a la capacidad de afiliación realizada de acuerdo con la clasificación establecida en el numeral 1.5.3.1 de esta Circular, a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites, anexando lo siguiente:

a) Certificado de existencia y representación legal

b) Relación por departamento y municipio del número total de afiliados que proyecta tener, de acuerdo a la estructura del archivo SA005 - Modificación Capacidad de Afiliación en formato Excel.

c) Relación de entidades que conforman o conformarán la red de proveedores de servicios de salud de los Archivos Tipo ST00 - Red de proveedores de servicios de salud, insumos y medicamentos y Servicios contratados, en formato Excel, adjuntando copia de los contratos o cartas de intención por territorios donde pretende iniciar operación.

d) Descripción de la ampliación en la estructura organizacional, acorde a la nueva capacidad esperada conforme al siguiente orden:

I. Relación de sedes regionales, departamentales, distritales o municipales y la descripción de la relación funcional entre las nuevas sedes y la sede central.

II Documento actualizado que describa los canales de atención al usuario y las herramientas para su aplicación, identificando el flujo de los canales de atención al usuario y su interacción, en cumplimiento de las normas vigentes, incluyendo los canales de atención no presencial (multicanales).

III Extensión del sistema de información requerido a las nuevas sedes. Sistema de atención al usuario (orientación, citas, quejas, etc.) por municipios objeto de modificación, de acuerdo con el archivo C Modificación Oficinas de Atención al Usuario en formato Excel. En caso de que no se haya realizado ampliación en la estructura organizacional, este documento debe justificar dicha decisión.

IV. Proyecciones del Estado de Situación Financiera, del Estado de Resultados y del Estado de Flujo Efectivo de manera trimestral para el primer año y anual para los siguientes cuatro (4) años, siguiendo la estructura del Archivo Tipo FT001.- Catálogo Información Financiera y el FT018 - Posición de liquidez en formato Excel.

V. Proyección anual de las condiciones financieras y de solvencia (capital mínimo, patrimonio adecuado, inversión de las reservas técnicas) de acuerdo con la normatividad vigente, para los primeros cinco años en formato Excel debidamente formulados. Para el caso del capital mínimo y patrimonio adecuado seguir la estructura de los archivos tipo FT006 - Bancos y Carteras Colectivas, FT007 - Control de Inversiones Inscritas en el Mercado de Valores de Colombia y Archivo Tipo FT011 - Condiciones Financieras.

e) Documento con las estrategias a adoptar para el cumplimiento de las condiciones financieras establecidas en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificatorios.

f) Documento que describa los riesgos identificados asociados al trámite solicitado, en el que se de:

como la entidad efectuará la evaluación, medición, estrategias para el tratamiento, control y seguimiento de estos riesgos.

1.5.3.3.2.1. Disminución de la capacidad autorizada tipo poblacional sin asignación de afiliados

Si la EPS solicita únicamente disminución de la capacidad autorizada tipo poblacional sin asignación de afiliados, el representante legal deberá presentar solicitud a través de la página web de la Superintendencia por el módulo de trámites, anexando lo siguiente:

- a) Certificado de existencia y representación legal
- b) Relación por departamento y municipio del número total de afiliados que proyecta tener, de acuerdo a la estructura del archivo SA005 - Modificación Capacidad de Afiliación en formato Excel.
- c) Documento en el cual explique la razón por la que requiere la disminución de la capacidad autorizada sin asignación de afiliados.

Notas de Vigencia

- Subnumeral modificado por la Circular [49-5](#) de 2022, 'POR LA CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA LA CIRCULAR ÚNICA EN LO RELACIONADO CON LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, HABILITACIÓN Y PERMANENCIA DE LAS EPS, MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN, EL TRATO DIGNO A LOS USUARIOS Y LOS CANALES DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE DEBEN DISPONER, ENTRE OTRAS, LAS EAPB', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.
- Subnumeral 1.5 modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.
- Subnumeral 1.5 y sus subnumerales adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

<La legislación anterior del tema de que trata este numeral corresponde a la contenida en 'Legislación Anterior' del numeral 1.7>

Texto modificado por la Circular 8 de 2018:

1.5. INCUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN, HABILITACIÓN Y PERMANENCIA. <Subnumeral modificado por la Circular [8](#) de 2018. El nuevo texto es el siguiente:

Esta superintendencia evaluará la gravedad del incumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia y aplicará amonestación escrita, multa o revocatoria de la autorización de funcionamiento, de conformidad con la graduación de las sanciones establecidas en la reglamentación vigente sobre la materia y a los análisis realizados por la misma.

Texto adicionado por la Circular 49 de 2008:

1.5. PLAN DE CAPACITACIÓN DE PROMOTORES. <Subnumeral adicionado por la Circular 49 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Es función de la Superintendencia velar porque los agentes e intermediarios de los programas de

adelanten sus operaciones dentro de los presupuestos de transparencia frente a los usuarios, garanticen su adecuada relación, seguridad y atención con las Entidades Promotoras de Salud.

En consecuencia, y de conformidad con lo establecido en el artículo [23](#) del Decreto 1485 de 1994, en la continuación se definen los parámetros mínimos que se deben tener en cuenta en los programas de capacitación, sin perjuicio del cumplimiento de las normas vigentes y lo que sobre el particular dicen las Entidades Promotoras de Salud.

1.5.1. Contenidos mínimos de capacitación

Los programas de capacitación dirigidos a los solicitantes o promotores registrados en las Entidades Promotoras de Salud deben estructurarse como mínimo de acuerdo con temas de:

1.5.1.1. Formación básica (relaciones públicas, características del vendedor); inducción a los planes de salud de acuerdo con lo estipulado en las normas vigentes del Sistema General de Seguridad Social (aspectos legales como normas reglamentarias de la salud POS, PAC, entre otros).

1.5.1.2. Aspectos técnicos como glosario de términos, trámite administrativo de ingreso, trámite de quejas, objeto del contrato, tipos de contratos, formas de pago de los planes, tarifas, coberturas, planes de carencia, preexistencias, exclusiones y pagos compartidos, entre otros).

1.5.2. Coordinación del programa de capacitación

El programa de capacitación deberá estar coordinado por una de las áreas de la Entidad Promotora de Salud.

1.5.3. Certificados de capacitación

Corresponde al representante legal de la Entidad Promotora de Salud expedir las certificaciones por concepto de capacitación, las cuales deben estipular el nombre completo e identificación de la persona, la constancia de asistencia y la aprobación del respectivo programa.

1.5.4. Registro de Promotores

Las Entidades Promotoras de Salud llevarán el registro de promotores y lo mantendrán a disposición de la Superintendencia para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control respectivas.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

El texto original del numeral 1.3 es reenumerado como [1.6](#)

1.6. SISTEMA DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SOLICITUDES Y DENUNCIAS (PQ) Y TUTELAS. <Subnumeral modificado por la Circular [49-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades responsables del aseguramiento en salud deberán garantizar la implementación de un sistema estandarizado de recepción, análisis y resolución de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes, denuncias y tutelas que permita el acceso permanente a las mismas por parte de las entidades que ejercen inspección, vigilancia y control en el sistema, de conformidad con lo estipulado en el Capítulo Primero del Título I de la Circular Única y en la normativa vigente.

Notas de Vigencia

- Subnumeral modificado por la Circular [49-5](#) de 2022, 'POR LA CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA LA CIRCULAR ÚNICA EN LO RELACIONADO CON LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, HABILITACIÓN Y PERMANENCIA DE LAS EPS, MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN, EL TRATO DIGNO A LOS USUARIOS Y LOS CANALES DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE DEBEN DISPONER, ENTRE OTRAS, LAS EAPB', publicado en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.

Legislación Anterior

<La legislación anterior del tema de que trata este numeral corresponde a la contenida en 'Legislación Anterior' del numeral 1.3>

Texto modificado por la Circular 8 de 2018:

1.6. REVOCATORIA DE LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO. <Subnumeral modificado por la Circular [8](#) de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

Esta superintendencia revocará, de forma parcial o total, la autorización de funcionamiento de las entidades cuando se verifique la existencia de alguna de las causales contempladas en la normativa vigente, garantizando el debido proceso. En el caso de las EPS indígenas la revocatoria se hará sobre la habilitación de la entidad, de acuerdo con lo establecido en el artículo [2.5.2.4.2.15](#) del Decreto 780 de 2016 o las normas que las modifiquen o sustituyan.

Las entidades no indígenas a las que le fuere revocada totalmente la autorización de funcionamiento en el marco de lo dispuesto por el ordenamiento legal o por incumplir cualquiera de las condiciones previstas en el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Decreto único [780](#) de 2016 y la Resolución 047 de 2018 o las normas que las modifiquen o sustituyan, no podrán administrar recursos ni ofrecer servicios de Beneficios en Salud y deberán abstenerse de ofrecer estos servicios, sin perjuicio de las sanciones en materia administrativa, fiscal, civil y penal a que hubiere lugar. Las entidades a las cuales les haya sido revocada su autorización de funcionamiento no podrán solicitar nuevas autorizaciones en un lapso de tres (3) años posteriores a la fecha de traslado efectivo de la totalidad de la población afiliada.

Notas de Vigencia

- Subnumeral 1.6 modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

- Este artículo debe entenderse derogado al haber sido derogado el artículo [2.3.1.10](#) del Decreto 780 de 2016 por el artículo [4](#) del Decreto 682 de 2018, 'por el cual se sustituye el Capítulo [3](#) del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud', publicado en el Diario Oficial No. 50.568 de 18 de abril de 2018.

- Literal h) adicionado al numeral 2 por la Circular [20](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen los criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica', publicada en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

- Subnumeral 1.3 -con sus subnumerales- renumerado como 1.6 y parcialmente modificado por la

Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto 1.3 original modificado parcialmente por la Circular 49 de 2008, adicionado parcialmente por la Circular 20 de 2015:

1.6. ~~1.3~~ AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO. <Ver Nota del Editor> <Subnumeral original 1.3 renumerado como 1.6 por la Circular [49](#) de 2008.>

El Decreto [1804](#) de 1999, estipula las reglas para la obtención de la autorización de funcionamiento

“Para la obtención de la autorización de funcionamiento se deberán tener en cuenta las siguientes

1. Requisitos para adelantar operaciones. Las personas jurídicas que pretendan actuar como administradoras del régimen subsidiado deberán obtener, con una antelación mínima de cuarenta (45) días a la fecha del respectivo período de contratación, el certificado de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en la ley y el presente decreto.

Las Entidades de naturaleza cooperativa y demás entidades del sector se registrarán por las disposiciones propias de las administradoras del régimen subsidiado, en concordancia con las demás normas que son aplicables de conformidad con su naturaleza.

La promoción de la creación de las Administradoras de naturaleza comercial se registrará por lo previsto en los artículos [140](#) y [141](#) del Código de Comercio.

2. Contenido de la solicitud. La solicitud para obtener el certificado de funcionamiento de una Administradora del Régimen Subsidiado deberá estar acompañada de la siguiente documentación:

a) El estudio de factibilidad que permita establecer la viabilidad financiera de la entidad y el presupuesto para el primer año de operación;

b) Los documentos que acrediten el monto del capital que se exige en el presente decreto;

c) La acreditación de los instrumentos técnicos en materia de software, hardware y recurso humano disponibles con los cuales va a garantizar la correcta operación del régimen subsidiado, especialmente relacionado con el sistema de información frente a las autoridades administrativas y de inspección y vigilancia;

d) El estudio sobre la capacidad de oferta de las instituciones prestadoras de servicios de salud y la disponibilidad de profesionales y grupos de práctica de la región en donde proyecta operar, o a través de los cuales garantizará la prestación de los servicios de salud incluidos en el POS-S. Dentro de este estudio debe presentarse el plan de organización de la red para la prestación del POS-S ya sea a través de la infraestructura existente o de la propia en caso de que no exista oferta disponible, cerciorándose que su organización y capacidad es la adecuada frente a los volúmenes de afiliación proyectados;

e) El número máximo de afiliados que podrán ser atendidos de acuerdo con su capacidad y el área geográfica de su cobertura, indicando el período máximo dentro del cual alcanzará el respectivo límite mínimo, sin perjuicio de que una vez otorgada la autorización correspondiente, se puedan presentar modificaciones debidamente fundamentadas;

f) El documento que acredite que en sus estatutos se ha incorporado el régimen previsto en el presente

decreto;

g) La información adicional que requiera la Superintendencia Nacional de Salud para cerciorarse cumplimiento de los requisitos anteriores y los previstos en las disposiciones legales.

h) <Literal adicionado por la Circular [20](#) de 2015. El nuevo texto es el siguiente:> Nota técnica de acuerdo con lo establecido en el Capítulo [VII](#), Título II de la presente circular.

3. Publicidad de la solicitud y oposición de terceros. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa a que hace alusión el numeral precedente, la Superintendencia Nacional de Salud autorizará la publicación de un aviso sobre la intención de obtener el certificado de funcionamiento por parte de la entidad, en un diario de amplia circulación nacional y regional, en domingo y en página impar, en el cual se exprese por lo menos, el nombre e identificación de las personas que se asociaron, el nombre de la entidad, dependencia, ramo o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso será publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no superior a siete (7) días calendario, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposición en relación con dicha intención, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la última publicación.

De la oposición se dará traslado inmediato al solicitante, dentro del día hábil siguiente al que se recibe la oposición.

4. Autorización para el funcionamiento. Surtido el trámite a que se refiere el numeral anterior, la Superintendencia Nacional de Salud deberá resolver la solicitud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes.

La Superintendencia Nacional de Salud concederá la autorización para el funcionamiento de la entidad cuando la solicitud satisfaga los requisitos legales y verifique el carácter, la responsabilidad, la idoneidad y la solvencia patrimonial, de las personas que participen como socios, aportantes o administradores, en relación con la operación”.

En el artículo [70](#) del mencionado decreto se estipula la Autorización Especial: “La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar de manera excepcional a entidades administradoras del régimen subsidiado, cuando sea imposible cumplir con el requisito de afiliados mínimos, siempre y cuando acredite:

1. Ser la única ARS autorizada en la región por la Superintendencia Nacional de Salud.
2. La debida prestación de los servicios a sus afiliados en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia.
3. Una cartera no mayor de treinta (30) días con las instituciones proveedoras de bienes y prestación de servicios de salud.
4. <Ordinal modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Un patrimonio mínimo saneado.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

4. Un patrimonio técnico saneado.

5. Un nivel de endeudamiento inferior al 50% del patrimonio”.

La Entidad Promotora de Salud del régimen subsidiado solamente podrá suscribir un contrato con el ente territorial para cada período de contratación, para tal fin, el representante legal y el revisor fiscal de la respectiva EPS-S deberá allegar a la Superintendencia Nacional de Salud la certificación que acredite que la entidad ha dado observancia a lo establecido en este párrafo. Esta certificación deberá ser remitida con el reporte correspondiente al segundo trimestre de cada año.

Cuando las EPS-S presenten incumplimiento en el margen de solvencia las entidades podrán acrecentar el pago de sus deudas en mora a través del correspondiente documento suscrito por el representante legal, el revisor fiscal y contador acompañado de los soportes que así lo demuestren, a fin de solicitar ante la Superintendencia Nacional de Salud la autorización para reanudar el ejercicio de las actividades suspendidas la cual se otorgará mediante acto administrativo emanado por parte del ente de control.

1.6.1. Constitución y habilitación para Empresas Solidarias de Salud constituidas por Cabildos o Asociaciones Indígenas que deseen administrar el régimen subsidiado.

Las Empresas Solidarias de Salud constituidas por Cabildos o Asociaciones Indígenas actualmente autorizadas para operar o las que en el futuro soliciten la autorización para administrar el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud como EPS Indígena, deberán cumplir las reglas, obligaciones y requisitos establecidos en los artículos [1o](#) a [4o](#) y [13](#) al [21](#) del Decreto 2150 de 1995, el Decreto [1804](#) de 1999 con las salvedades establecidas por el Decreto [330](#) de 2001, y dar observancia a los siguientes requisitos:

1.6.1.1. Tener una personería jurídica expedida por el órgano competente y estar organizada como Entidad Promotora de Salud de carácter indígena. Para tales efectos el Ministerio del Interior expedirá certificado de registro en donde aparezca con claridad el nombre completo de la entidad, su representante legal, ubicación geográfica, domicilio principal, fecha de constitución y órganos de Dirección y Administración.

1.6.1.2. Poseer una razón social que la identifique como Entidad Promotora de Salud Indígena, del Sistema General de Seguridad Social en Salud; para ello adicionará a su razón social la sigla ‘Indígena’.

1.6.1.3. Establecer de manera expresa en sus estatutos que su naturaleza es la de ser una Entidad Promotora de Salud de carácter indígena que administra recursos de régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.6.1.4. Tener como objeto social garantizar y organizar la prestación de los servicios incluidos en el POS-S, para afiliar, carnetizar y administrar el riesgo en salud de su población beneficiaria de salud en salud de sus comunidades correspondientes.

1.6.1.5. Poseer una organización administrativa y financiera de recursos humanos y técnicos, para la cual deberá acreditar el organigrama de la entidad, manuales de funciones y el sistema contable, que permita responder de manera adecuada con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.6.1.6. Presentar relación de la cobertura geográfica y poblacional por departamento y distritos e

donde opere o pretenda operar.

1.6.1.7. Contar con un soporte informático que le permita operar en forma oportuna, una base de actualizada de sus afiliados y sus características socioeconómicas, respaldado por un soporte tecnológico y los organigramas y flujogramas de los procesos correspondientes.

1.6.1.8. Acreditar un Sistema de Garantía de Calidad que le permita garantizar una atención integral oportuna y con calidad a sus afiliados, conformado por su red prestadora de servicios de salud, sistema de referencia y contrarreferencia, auditoría médica, sistema de atención al usuario y póliza de enfermedades de alto costo.

1.6.1.9. Constituir una cuenta contable y financiera a nombre de la EPS Indígena, independiente del resto de las rentas y bienes de la Asociación de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas; en ningún caso los recursos de la EPS-S EPS Indígena podrán confundirse o utilizarse para objetivos distintos a los previstos por el régimen de Seguridad Social en Salud.

1.6.1.10. Las EPS indígenas que por primera vez pretendan actuar como administradoras del régimen subsidiado les será aplicable el procedimiento señalado por el artículo [6o](#) del Decreto 1804 de 1994; dicho procedimiento no les será exigible cuando se realice proceso de incorporación.

1.6.1.11. Las entidades que resulten de fusiones, asociaciones o incorporaciones entre EPS indígenas podrán dejar de cumplir las obligaciones que se derivan de los contratos de aseguramiento y prestación de servicios suscritos por las Empresas Solidarias de Salud liquidadas o absorbidas.

1.6.1.12. Si la EPS Indígena pretendiere actuar en el régimen contributivo deberá acreditar los requisitos contenidos en el Decreto [1485](#) de 1994 y demás normas que lo adicionen o modifiquen.

1.6.2. Instrucciones para la administración de los recursos del régimen subsidiado por las EPS indígenas.

Las EPS Indígenas actualmente autorizadas o las que pretendan operar el régimen subsidiado deberán acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud, que cumplen con los requisitos legales que son aplicables y lo dispuesto en la presente circular.

Las EPS indígenas deberán acreditar un número mínimo de 50.000 afiliados indígenas, sin que los afiliados no indígenas excedan el 10% del total de afiliados.

Así mismo, las Entidades Promotoras de Salud, EPS Indígenas, deben acreditar, mediante contabilidad pública, un capital social equivalente a 150 salarios mínimos por cada 5.000 afiliados. Este capital social podrá estar compuesto por los aportes de las comunidades, las donaciones recibidas y los excedentes que logre capitalizar. Es de anotar, que los bienes que se aporten en especie solamente computarán hasta por un valor que en ningún caso podrá superar al cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido, los cuales serán tomados por el valor en libros.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> En cuanto al marco normativo las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, en lo no regulado por la Ley [691](#) de 2001 cumplirán con las disposiciones establecidas en el Decreto [574](#) de 2007 y las normas que lo modifiquen o adicionen.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<INCISO > En cuanto al margen de solvencia las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, en lo regulado por la Ley [691](#) de 2001 darán cumplimiento con las disposiciones establecidas en el Decreto 754 de y sus modificatorios

Las EPS Indígenas para operar como administradoras del régimen subsidiado previamente deben con la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud y estar inscritas por el ente territorial correspondiente, en cumplimiento del Decreto [2357](#) de 1995 y el Decreto [1804](#) de 1999; recordando las modificaciones de la capacidad de afiliados deben ceñirse a lo establecido en el artículo [7](#)o de Decreto 046 de 2000.

La EPS Indígena se abstendrá en todos los casos de afiliar personas pertenecientes a las comunidades indígenas que deban de acuerdo con la ley cotizar al régimen contributivo, salvo cuando la EPS correspondiente haya obtenido la autorización de la Superintendencia para operar dicho régimen; observancia de lo aquí dispuesto dará lugar a la revocatoria de la autorización para actuar como EPS Indígena.

Las EPS indígenas podrán, para poder cumplir con las exigencias legales, asociarse, fusionarse o incorporarse a otra, de acuerdo con las normas que les resultan aplicables y que sean compatibles con las decisiones de sus respectivas comunidades. Para ello, deberán tener en cuenta que la asociación o fusión de varias EPS Indígenas comporta el desaparecimiento como EPS del régimen subsidiado de las entidades que se asocian y que, al hacerlo, dan origen a una nueva Empresa que es la que recibirá autorización de funcionamiento como EPS-S por parte de esta Superintendencia.

1.6.3. Obligaciones adicionales de las EPS indígenas

Una vez evaluados y verificados los requisitos correspondientes, la Superintendencia registrará en debida forma a las EPS Indígenas como lo establece el artículo [7](#)o del Decreto 330 de 2001.

1.7. ASPECTOS ADICIONALES DE PAUTAS PUBLICITARIAS PARA LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. <Subnumeral modificado por la Circular [49-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:> Las Entidades Promotoras de Salud en sus pautas publicitarias deberán tener en cuenta lo previsto en el capítulo segundo del Título I de la Circular única, así como, los siguientes aspectos:

1.7.1. Se considera indispensable que las características jurídicas, económicas o financieras de los planes de salud que se pretendan promover sean ciertas y comprobables, y que en ningún momento estén en desacuerdo con la realidad financiera, jurídica y técnica de la entidad y de las personas prestadoras del servicio. En consecuencia, se entienden prohibidas prácticas como las siguientes:

1.7.1.1. Utilizar expresiones o información que tienda a desviar o desvirtuar el principio de libre elección induciendo a confusión o a error a los usuarios.

1.7.1.2. Ponderar la red de prestadores de servicios adscrita bajo elementos o bondades carentes de valor económico, jurídico o profesional.

1.7.1.3. Enunciar profesionales o entidades adscritas que no hagan parte de la red de prestadores de servicios de la entidad.

1.7.1.4. Inducir a error a los usuarios sobre la extensión o cobertura de los planes de salud, exclusión de preexistencias, servicios complementarios, medicamentos, etc.

1.7.1.5. Ponderar un producto de manera tal que sus bondades o características carezcan de sustento real.

1.7.1.6. Apropiarse o publicitar como suyas, políticas, productos o servicios que han sido nombrados reglamentados por el Gobierno nacional, sin citar en la publicidad respectiva su origen o fuente legal correspondiente.

1.7.1.7. Presentar o apoyar la solidez de los servicios o productos en aspectos ajenos al verdadero sustento técnico, jurídico o económico de la publicidad, como suceder con afirmaciones tales como “filial de tal”, “contamos con el respaldo de los mayores accionistas”, entre otras, sin especificar en qué consiste el respaldo o beneficio adicional a recibir por parte de los usuarios.

1.7.1.8. Utilizar afirmaciones que permitan deducir como definitivas situaciones que en la realidad responden a fenómenos coyunturales, transitorios o variables en relación con el mercadeo.

1.7.1.9. Utilizar o insinuar ponderaciones abstractas o superlativos abstractos que por la propia naturaleza de su contenido no reflejan una situación exacta, como sucedería con expresiones tales como “somos los primeros” sin decir en qué o en la relación con qué o con quiénes.

1.7.2. Si los textos comprenden el empleo de superlativos, términos que indiquen permanencia, o datos específicos, ellos deberán corresponder fielmente a hechos objetivos, reales, comprobables y verificables a la fecha en que se difunda la pauta publicitaria, los cuales podrán ser constatados directamente en cualquier momento por la Superintendencia Nacional de Salud.

Tratándose de cifras que por su carácter sean variables, su utilización publicitaria, deberá hacerse identificando claramente el período al cual corresponden y la fuente de donde han sido tomados. Cuando recurra a indicadores de desempeño financiero, para evidenciar una situación determinada, su uso no deberá dar lugar a equívocos, para lo cual se adoptarán las medidas que sean del caso.

Tratándose de cifras que por su carácter son esencialmente variables, su utilización publicitaria no podrá ser superior a la del ejercicio inmediatamente siguiente al corte que sirve de sustento.

1.7.3. Las afirmaciones y representaciones visuales o auditivas deben ofrecer claridad, fidelidad y precisión respecto al tipo de servicio que se promueve; en este orden de ideas, deberán tenerse en cuenta los requisitos o limitaciones a que legal y económicamente se encuentre sujeto el servicio respectivo.

1.7.4. Los mensajes publicitarios no pueden ser contrarios a la buena fe comercial, ni conllevar a competencia desleal.

1.7.5. En la difusión de programas publicitarios deberá tenerse en cuenta lo dispuesto en anotarse la circunstancia de hallarse la entidad, dependencia o programa vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud.

Notas de Vigencia

- Subnumeral modificado por la Circular [49-5](#) de 2022, 'POR LA CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA LA CIRCULAR ÚNICA EN LO RELACIONADO CON LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, HABILITACIÓN Y PERMANENCIA DE LAS EPS, MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN, EL TRATO DIGNO A LOS USUARIOS Y LOS CANALES DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE DEBEN DISPONER, ENTRE OTRAS, LAS EAPB', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.

- Subnumeral 1.7 modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

- Subnumeral 1.7 adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.95 de abril de 2008.

Legislación Anterior

<La legislación anterior del tema de que trata este numeral corresponde a la contenida en 'Legislación Anterior' del numeral 1.8>

Texto modificado por la Circular 8 de 2018:

1.7. Retiro voluntario y capacidad de afiliación

1.7.1. Retiro voluntario

Las EPS podrán solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud el retiro total o parcial de la autorización, siempre y cuando hayan operado el aseguramiento en salud de forma continua por un año en el ámbito territorial autorizado del cual deseen retirarse e informen su intención ante esta superintendencia, a las entidades territoriales respectivas y a sus afiliados con al menos cuatro (4) meses de antelación y cumplir con los requisitos dispuestos en el numeral 1.7.2.3 de la presente sección.

En aras de garantizar la continuidad y adecuada prestación del servicio, así como el derecho a la libre elección de los afiliados, esta superintendencia podrá negar el retiro voluntario o condicionar a una transición.

La EPS que se haya retirado voluntariamente de un departamento, distrito o municipio, no podrá solicitar una nueva autorización de funcionamiento en el mismo lugar en un plazo menor a los dos (2) meses siguientes a la fecha de traslado efectivo de la totalidad de la población afiliada, salvo en las circunstancias de interés especial que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

1.7.2. Capacidad de afiliación

Es el número estimado de afiliados que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), están en capacidad de atender en condiciones de calidad y oportunidad conforme a su red integral de prestadores de servicios de salud, su infraestructura administrativa y su capacidad técnico-científica y financiera, garantizando oportuna y eficiente prestación de los servicios de salud contenidos en el plan de beneficios en el territorio geográfico autorizado.

Toda EPS, debe contar con una infraestructura técnica, financiera y administrativa, y con la red integral de prestadores de servicios de salud que se adecúe a su población afiliada para poder brindar unos servicios con calidad, oportunidad y eficiencia. En la medida que se modifique la afiliación de la población, la entidad debe ajustar su capacidad técnica, financiera, administrativa y de la red integral.

prestadores de servicios de salud. Corresponde a esta superintendencia, de conformidad con la normatividad vigente, ejercer tanto el control previo como el control posterior a las modificaciones de afiliación realizadas por las EPS, de acuerdo con el régimen de autorización aplicado.

En ningún caso, las EPS podrán negar la inscripción de las personas argumentando limitaciones a la capacidad de afiliación, para lo cual deberán aplicar la autorización general cuando la entidad ha superado su capacidad autorizada.

1.7.2.1. Clases de modificaciones a la capacidad de afiliación

Para efectos de lo previsto en la presente circular, las modificaciones a la capacidad de afiliación autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud se clasifican en las siguientes clases:

a) Geográfica: Se presenta una modificación geográfica a la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS pretenda adelantar sus actividades de afiliación y prestación de servicios, en municipios autorizados previamente, o desee retirar su capacidad de afiliación autorizada en municipios previamente autorizados en los que no estén operando; es decir, sin que implique realizar asignación de afiliados.

b) Poblacional: Se presenta una modificación poblacional a la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS pretenda ampliar o disminuir su capacidad de afiliación en uno o más municipios autorizados previamente, modificando la capacidad total autorizada sin que implique realizar asignación de afiliados.

c) Redistribución: Se presenta una redistribución de la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS, sin aumentar o disminuir la capacidad total autorizada, modifica la capacidad de afiliación en municipios autorizados previamente, sin que implique realizar asignación de afiliados.

d) Retiro parcial: Se presenta un retiro parcial cuando una EPS solicita retirarse de la operación en uno o más de los municipios o departamentos donde está operando, que implique realizar asignación de afiliados.

e) Mixta: Se presenta una modificación mixta a la capacidad de afiliación autorizada, cuando en forma simultánea, una solicitud de modificación se enmarque en dos o más tipos de modificación de las descritas.

1.7.2.2. Regímenes de autorización

Las modificaciones a la capacidad de afiliación geográfica, poblacional, mixta, de redistribución o retiro parcial estarán sujetas a dos regímenes de autorización, así:

1.7.2.2.1. Régimen de autorización general

Están sujetas al régimen de autorización general las modificaciones a la capacidad de afiliación, referentes al aumento poblacional o de cobertura geográfica en otros municipios o departamentos, redistribución en municipios autorizados siempre y cuando la EPS no se encuentre en causal de disolución o liquidación, o de revocatoria o suspensión del certificado de autorización o de habilitación.

1.7.2.2.2. Régimen de autorización previa

Está sujeta al régimen de autorización previa toda disminución de la capacidad de afiliación de carácter poblacional o de cobertura geográfica y retiro parcial. También aplicará este régimen cuando la EPS solicite la autorización para la creación de nuevos municipios o departamentos.

cumpla los criterios para acceder al régimen de autorización general, cuando la entidad se encuentre sometida a algún plan de desempeño o de instrucciones emitidas por algún organismo de inspección, vigilancia y control o cuando así lo disponga la Superintendencia Nacional de Salud.

1.7.2.3. Requisitos para modificar la capacidad de afiliación

1.7.2.3.1. Requisitos para la aplicación del régimen de autorización general

La EPS deberá radicar ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los primeros quince (15) días del mes, las modificaciones a la capacidad de afiliación realizadas en el mes inmediatamente anterior firmada por el representante legal de la EPS informando la clase de modificación a la capacidad de afiliación realizada según la clasificación establecida en esta circular, a través del “Módulo de Autorización, Habilitación de EPS y Modificación de capacidad de afiliación”, dispuesto en la página web de esta superintendencia, anexando lo siguiente:

- a) Relación por departamento y municipio del número total de afiliados incluyendo los que han incrementado, de acuerdo con la estructura del archivo Modificación Capacidad de afiliación.
- b) Relación de entidades que conforman la red de prestadores de servicios de salud, actualizada. Adicionalmente, la relación de los servicios a contratar con la red de prestadores. Relacionar dicha información a través de los Archivos Tipo ST010 y ST011.
- c) Documento del sistema de referencia y contrarreferencia actualizado de acuerdo con la nueva capacidad, que utiliza la entidad por municipio, describiendo claramente el procedimiento de direccionamiento de usuarios dentro de la red de servicios y de acuerdo con la complejidad de servicios requeridos por los usuarios (ambulatorio, urgencias y hospitalario).
- d) Documento de descripción de la estructura organizacional, acorde con la modificación realizada conforme al siguiente orden:
 - i. Relación de sedes regionales, departamentales o municipales.
 - ii. Relación funcional entre la sede central y las nuevas sedes.
 - iii. Extensión del sistema de información requerido a las nuevas sedes. Sistema de atención a usuarios (orientación, citas, quejas, etc.) por municipios. En caso de que no se haya realizado una ampliación de la estructura organizacional, este documento debe justificar dicha decisión.

1.7.2.3.2. Requisitos para la aplicación del régimen de autorización previo

Radicar ante la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, en los primeros quince días del mes, carta firmada por el representante legal de la EPS, solicitando la clase de modificación de capacidad de afiliación realizada de acuerdo con la clasificación establecida en el numeral 1.7.1 de esta circular, a través del “Módulo de Autorización, Habilitación de EPS y Modificación de capacidad de afiliación”, dispuesto en la página web de esta superintendencia, anexando lo siguiente:

- a) Certificado de existencia y representación legal.
- b) Relación por departamento y municipio del número total de afiliados que proyecta tener, de acuerdo con la estructura del archivo Modificación Capacidad de afiliación.
- c) Relación de entidades que conforman la red potencial de prestadores de servicios de salud y proveedores de insumos y medicamentos. Adicionalmente, la relación de los servicios a contratar

red de prestadores.

d) Documento del sistema de referencia y contrarreferencia que potencialmente utilizará la entidad municipio, describiendo claramente el procedimiento de direccionamiento de usuarios dentro de la red de servicios y según los servicios requeridos por los usuarios (ambulatorio, urgencias y hospitalar). Este documento debe ser ajustado de acuerdo con la nueva capacidad de afiliación esperada.

e) Reporte de resultados en salud de los últimos tres (3) años, de acuerdo con los indicadores presentados en el modelo de atención en salud y los establecidos en la Resolución [256](#) de 2016 y la sustituyan o modifiquen.

f) Descripción de la ampliación en la estructura organizacional, acorde a la nueva capacidad esperada conforme al siguiente orden:

i. Relación de sedes regionales, departamentales o municipales.

ii. Relación funcional entre la sede central y las nuevas sedes.

iii. Extensión del sistema de información requerido a las nuevas sedes. Sistema de atención a usuarios (orientación, citas, quejas, etc.) por municipios. En caso de que no se haya realizado una ampliación de la estructura organizacional, este documento debe justificar dicha decisión.

g) Proyecciones del balance general, del estado de resultados y del presupuesto acorde a la modificación de capacidad de afiliación solicitada, trimestral para el primer año y anual para los siguientes cinco años.

h) Proyección de las condiciones financieras establecidas en la normatividad vigente para los próximos cinco (5) años, siguiendo la estructura del Archivo Tipo FT011.

i) Documento con las estrategias a adoptar para el cumplimiento de las condiciones financieras establecidas en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificatorias.

j) Estimativo de la demanda de los servicios de salud cubiertos por la EPS, de acuerdo con la estructura del archivo Demanda de servicios de salud.

1.7.2.3.3. Disminución de capacidad con asignación de afiliados

Si la EPS solicita la disminución de la capacidad de afiliación de carácter poblacional o de cobertura geográfica y/o retiro parcial, que implique asignación de afiliados, deberá presentar:

a) La relación por departamento y municipio del número total de afiliados a disminuir, de acuerdo con la estructura del archivo Modificación Capacidad de afiliación.

b) Documento donde se explique la motivación y causas de la solicitud de disminución de la capacidad de afiliados.

c) Relación por municipio, diagnóstico y servicio de toda la población afiliada de los últimos 12 meses.

d) Análisis del efecto de la solicitud en la red de prestación de servicios, teniendo en cuenta la modificación que se reflejará en la oferta de atención de servicios de salud del territorio. Este análisis debe incluir el estado y el plan de acción de la cartera con los proveedores del territorio donde se va a realizar el trámite.

e) Reporte de resultados en salud de los últimos tres (3) años, de acuerdo con los indicadores presentados en el modelo de atención en salud y los establecidos en la Resolución [256](#) de 2016 y la sustituyan o modifiquen.

Texto adicionado por la Circular 49 de 2008:

1.7. CAPACIDAD DE AFILIACIÓN. <Subnumeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Es el número estimado de afiliados que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Empresas Solidarias de Salud (ESS) y los Programas de Administración del Régimen Subsidiado de las Cajas de Compensación Familiar (CCF) están en capacidad de atender en condiciones de calidad y oportunidad conforme a su Red de Prestadores de Servicios de Salud, su infraestructura administrativa y su capacidad técnico-científica y financiera, garantizando la oportuna y eficiente prestación de los servicios de salud contenidos en el POS y/o en el POS-S, en el ámbito geográfico autorizado.

Toda entidad que administre recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los regímenes contributivo y/o subsidiado, debe contar con una infraestructura técnica, financiera y administrativa, y con la Red de Prestadores de Servicios de Salud que se adecue a su población afiliada para poder brindar unos servicios con calidad, oportunidad y eficiencia. En la medida que se modifica la afiliación de la población, la entidad debe ajustar su capacidad técnica, financiera, administrativa y la Red de Prestadores de Servicios de Salud. Corresponde a esta Superintendencia, de conformidad con la normatividad vigente, autorizar el aumento, disminución y redistribución de la capacidad de afiliación, respecto a la cobertura geográfica y poblacional.

Ninguna EPS, ESS, CCF o Convenio entre estas, podrá registrar un número de afiliados efectivos superior a la capacidad máxima de afiliación autorizada y/o registrada ante la Superintendencia Nacional de Salud. Tal restricción rige tanto para el total autorizado como para la capacidad de afiliación autorizada y/o registrada por municipio. Las EPS, ESS, CCF o Convenio, deberán registrar afiliaciones en todos los municipios en que están autorizadas para operar. Estos criterios serán verificados trimestralmente por la Superintendencia Nacional de Salud o cuando esta lo estime conveniente.

1.7.1. Clases de Modificaciones a la Capacidad de Afiliación

Para efectos de lo previsto en la presente Circular, las modificaciones a la capacidad de afiliación autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud, se clasifican en las siguientes clases:

1.7.1.1. Geográfica

Se presenta una modificación geográfica a la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS, ESS, CCF o Convenio, pretenda adelantar sus actividades de afiliación y prestación de servicios, en municipios no autorizados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.

1.7.1.2. Poblacional

Se presenta una modificación poblacional a la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS, ESS, CCF o Convenio, pretenda ampliar o disminuir su capacidad de afiliación en uno o más municipios autorizados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud, modificando la capacidad total autorizada.

1.7.1.3. Redistribución de la Capacidad Autorizada

Se presenta una redistribución de la capacidad de afiliación autorizada, cuando una EPS, ESS, CC o Convenio, sin aumentar o disminuir la capacidad total autorizada, modifica la capacidad de afiliación en los municipios autorizados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.

1.7.1.4. Mixta

Se presenta una modificación mixta a la capacidad de afiliación autorizada, cuando en forma simultánea una EPS, ESS, CCF o Convenio, pretenda adelantar sus actividades de afiliación y prestación de servicios en municipios no autorizados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud y modificar la capacidad en los municipios autorizados, superando la capacidad total autorizada.

1.8. PLAN DE CAPACITACIÓN DE PROMOTORES. <Subnumeral antes 1.9 renumerado como Circular [49-5](#) de 2022> Es función de la Superintendencia Nacional de Salud velar porque los agentes intermediarios de los programas de salud, adelanten sus operaciones dentro de los presupuestos de transparencia frente a los usuarios, garantizando su adecuada relación, seguridad y atención con las Entidades Promotoras de Salud.

En consecuencia, y de conformidad con lo establecido en el artículo [2.5.2.1.2.3](#) del Decreto 780 de 2016, se definen los parámetros mínimos que se deben tener en cuenta en los programas de capacitación, sin perjuicio del cumplimiento de las normas vigentes y lo que sobre el particular, delimita la Superintendencia Nacional de Salud.

1.8.1. Contenidos mínimos de capacitación

Los programas de capacitación dirigidos a los solicitantes o promotores registrados en las Entidades Promotoras de Salud deben estructurarse como mínimo de acuerdo con temas de:

- a) Formación básica (relaciones públicas, características del vendedor); inducción a los planes de salud de acuerdo con lo estipulado en las normas vigentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (aspectos legales como normas reglamentarias de la salud PBS, PAC, entre otros).
- b) Aspectos técnicos como glosario de términos, trámite administrativo de ingreso, trámite de queja del contrato, tipos de contratos, formas de pago de los planes, tarifas, coberturas, períodos de carencia preexistencias, exclusiones y pagos compartidos entre otros).

1.8.2. El programa de capacitación deberá estar coordinado por una de las áreas de la Entidad Promotora de Salud.

1.8.3. Corresponde al representante legal de la Entidad Promotora de Salud expedir las certificaciones de concepto de capacitación, las cuales deben estipular el nombre completo e identificación de la persona, constancia de asistencia y la aprobación del respectivo programa.

1.8.4 Las Entidades Promotoras de Salud llevarán el registro de promotores y lo mantendrán a disposición de la Superintendencia para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control respectivas.

Notas de Vigencia

- Subnumeral 1.9 renumerado como 1.8 por la Circular [49-5](#) de 2022, 'POR LA CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA LA CIRCULAR ÚNICA EN LO RELACIONADO CON LA AUTORIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO, HABILITACIÓN Y PERMANENCIA DE LAS EPS, MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN, EL TRATO DIGNO A LOS USUARIOS Y LOS CANALES DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE DEBEN DISPONER, ENTRE OTRAS, LAS EAPB', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.

- Subnumeral 1.8 modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

- El texto aclarado por la nota cronológica anterior, se modifica parcialmente por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

- Capítulo I del Título 2 modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

La Circular 49 de 2008 salta del numeral 1.7 al numeral 1.9.

Sin embargo la Circular [52](#) de 2008 efectúa una modificación al numeral '1.8'.

En la compilación publicada en internet por la Superintendencia, posterior a la modificación de la Circular 52 de 2008, incluye este numeral 1.8 -correspondiente al 1.4 original-, incluye este numeral por lo cual lo incluimos haciendo de antemano esta aclaración.

Legislación Anterior

<La legislación anterior del tema de que trata este numeral corresponde a la contenida en 'Legislación Anterior' del numeral 1.9>

Texto original de la Circular 47 de 2007, renumerado según nota y modificado parcialmente por la Circular 52 de 2008:

~~1.4~~ 1.8. CONTENIDO DE LA SOLICITUD PARA MODIFICAR LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN

La solicitud para modificar la Capacidad de Afiliación, deberá ser presentada ante la Superintendente Delegada para la Atención en Salud, conteniendo la información que se señala a continuación, observando estrictamente su orden:

1.8.1. Carta firmada por el Representante Legal de la EPS, ESS, CCF o Convenio, solicitando la modificación deseada y relacionando la información remitida, que deberá coincidir con la solicitada en la presente Circular.

1.8.2. Relación por departamento y municipio del número potencial de afiliados esperados, informando código departamento, código municipio, capacidad de afiliación actual autorizada y/o registrada, modificación a la capacidad de afiliación solicitada y total con la modificación.

1.8.3. Relación de la red potencial de prestadores de servicios de salud por municipio o manifiesto, tal información se encuentra a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud. Se debe tener presente que dicha red de prestadores de servicios de salud sea adecuada a su población afiliada para poder brindar unos servicios con calidad y oportunidad, y que debe disponerse, como mínimo, de prestadores del primer nivel de atención en cada municipio.

1.8.4. Estimativo de la producción asistencial por municipio (número de actividades por servicios conforme al formato establecido en el título de anexos técnicos.

1.8.5. Descripción del sistema de referencia y contrarreferencia que utilizará la entidad por municipio para:

1.8.5.1. Referir a los afiliados a las IPS de II, III y IV nivel de atención para servicios contenidos POS o POS-S, según el caso.

1.8.5.2. Referir a los afiliados a las IPS de II, III y IV nivel de atención para servicios no contenidos en el POS-S.

1.8.6. Proyecciones y requisitos financieros exigidos en las normas vigentes, conforme al siguiente orden:

1.8.6.1. Cumplimiento del margen de solvencia con la ampliación de cobertura solicitada.

1.8.6.2. Cumplimiento del patrimonio técnico con la ampliación de cobertura solicitada.

1.8.6.3. Balance General y Estado de Resultados esperados para los próximos cuatro (4) trimestres agregando la modificación solicitada, conforme al formato existente para tal fin en el anexo técnico.

1.8.7. Ampliación en la estructura organizacional, acorde con la modificación solicitada, conforme al siguiente orden:

1.8.7.1. Apertura de nuevas sedes regionales, departamentales o municipales.

1.8.7.2. Relación funcional entre la sede central y las nuevas sedes.

1.8.7.3. Extensión del sistema de información requerido a las nuevas sedes.

1.8.7.4. Sistema de atención a usuarios (orientación, citas, quejas, etc.) por municipios.

<Inciso modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando se trate de redistribución de la capacidad autorizada, la solicitud deberá contener solo los requerimientos efectuados en los numerales del 1.8.1 al 1.8.5 y el 1.8.7

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<INCISO> Cuando se trate de una redistribución de la capacidad autorizada, la solicitud deberá contener solo los requerimientos efectuados en los literales del a) al f).

1.9. PLAN DE CAPACITACIÓN DE PROMOTORES. <Subnumeral reenumerado como 1.8 por la Circular [49-5](#) de 2022>

Notas de Vigencia

- Subnumeral 1.9 denumerado como 1.8 por la Circular [49-5](#) de 2022, 'POR LA CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA LA CIRCULAR ÚNICA EN LO RELACIONADO CON LA AUTORIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO, HABILITACIÓN Y PERMANENCIA DE LAS EPS, MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN, EL TRATO DIGNO A LOS USUARIOS Y LOS CANALES DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE DEBEN DISPONER, ENTRE OTRAS, LAS EAPB', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.

- Subnumeral 1.9 modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

- Subnumeral 1.9.8 derogado por la Circular [5](#) de 2014, 'por la cual se deroga el numeral 1.9.8 de la Circular número [0049](#) de abril de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 49.307 de 17 de octubre de 2014.

- Subnumeral 1.9.8 adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

- Subnumeral 1.5 -con sus subnumerales- renumerado como 1.9 y parcialmente modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este el inciso final del numeral 1.9 adicionado por la Circular 49 de 2008. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. [2008-00385-00](#) de 10 de julio de 2008. Consejero Ponente Dr. Marco Antonio Velilla Moreno.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007, parcialmente modificado por la Circular 49 de 2008:

1.9. SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. <Subnumeral original 1.5 renumerado como 1.9 por la Circular [49](#) de 2008.>

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> El Decreto [515](#) de 2005 (modificado por el Decreto [506](#) de 2005), tiene por objeto definir las condiciones y procedimientos de habilitación y revocatoria de habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado a partir de la Ley [1122](#) de 2007 denominadas Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado.

Para garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud, las entidades objeto del presente decreto, deberán dar cumplimiento a las siguientes condiciones:

De operación: Necesarias para determinar la idoneidad de las EPS-S para la administración del riesgo en salud en cada una de las áreas geográficas donde va a operar.

De permanencia: Necesarias para que el funcionamiento de las EPS-S, en desarrollo de su objeto y respecto de cada una de las áreas geográficas que le fueron habilitadas, se ajuste a las condiciones de operación. El cumplimiento de las condiciones de permanencia se deberá demostrar y mantener d

todo el tiempo de operación.

Para su permanencia y operación en más de una de las regiones que establezca el CNSSS deberá acreditar como mínimo un número de 400.000 afiliados.

Para su permanencia y operación en una sola de las regiones que establezca el CNSSS deberán acreditar como mínimo un número de 150.000.

Para la operación del régimen subsidiado se debe acreditar y mantener como mínimo un patrimonio equivalente a 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Serán procedentes los aportes en especie, los cuales se podrán efectuar en la forma de inmuebles con destino a la sede, así como de bienes necesarios para la organización administrativa y financiera de la entidad. Para efecto del cálculo del capital mínimo los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor en ningún caso podrá superar al cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido, los cuales tomados por el valor en libros.

De conformidad con las disposiciones vigentes, el número mínimo de afiliados con los que podrá operar las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado Indígenas, será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, pero en todo caso, por lo menos el 60% de los afiliados de la EPS-S indígena deberá pertenecer a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos.

1.9.1. CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN.

Las condiciones de operación y de permanencia, incluyen la capacidad técnico-administrativa, financiera, tecnológica y científica.

1.9.1.1. Condiciones de capacidad técnico-administrativa.

Conjunto de requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social, relacionados con la organización administrativa y sistema de información de la respectiva entidad, así como los procedimientos para el cumplimiento de sus responsabilidades en mercadeo, información y educación al usuario, afiliación y registro en cada área geográfica.

1.9.1.2. Condiciones de capacidad financiera.

Requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social para acreditar la capacidad financiera necesaria para garantizar la operación y permanencia de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado.

1.9.1.3. Condiciones de capacidad tecnológica y científica.

Son aquellas establecidas por el Ministerio de la Protección Social como indispensables para la administración del riesgo en salud, la organización de la red de prestadores de servicios y la prestación de los planes de beneficios en cada una de las áreas geográficas.

1.9.2. CONDICIONES DE OPERACIÓN.

1.9.2.1. CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA.

Las condiciones de capacidad técnico-administrativa, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

1.9.2.1.1. La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro, carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica.

1.9.2.1.2. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados.

1.9.2.1.3. El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación y reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multiafiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación a la red de prestadores de servicios de salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo de salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable.

1.9.2.1.4. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de gestión de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento.

1.9.2.1.5. El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos.

1.9.2.1.6. La liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado. Incumplen las condiciones técnico-administrativas de operación las ARS que por causas imputables a ellas, no han liquidado los contratos de administración de régimen subsidiado.

1.9.2.2. CAPACIDAD FINANCIERA.

Las condiciones de capacidad financiera, deberán tener en cuenta, el capital o fondo social mínimo de acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad, garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad según lo establecido en las disposiciones vigentes y lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados, y la constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes para la administración de los recursos del régimen subsidiado, según el caso.

<Texto en letra itálica adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> En el régimen subsidiado el margen de solvencia debe entenderse como la liquidez que deben tener las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S), cualquiera que sea su forma legal, para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sea con proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios en los términos establecidos en el Decreto [882](#) de 1998.

<Inciso eliminado por la Circular [49](#) de 2008>

1.9.2.3. CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA.

Las condiciones en materia de capacidad tecnológica y científica, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

1.9.2.3.1. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

1.9.2.3.2. La conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad.

1.9.2.3.3. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de selección de prestadores, así como de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pagos mismos que procuren el equilibrio contractual, y garanticen la calidad y el acceso a los servicios.

1.9.2.3.4. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes.

1.9.2.3.5. El diseño, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

1.9.2.3.6. Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del plan de beneficios.

Se entiende prohibida toda clase de práctica que genere mecanismos de intermediación entre las EPS-S y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación que realice una EPS-S con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que la EPS-S a la salud debe reconocer a quienes conforman la red de prestadores de servicios de salud de la EPS-S, es al prestador primario habilitado. La práctica de estos mecanismos de intermediación impedirá la habilitación de la EPS-S.

1.9.3. CONDICIONES DE PERMANENCIA.

1.9.3.1. CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA.

Para su permanencia, en cada una de las áreas geográficas, respecto de las cuales estén habilitadas para operar, las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado, EPS-S, deberán demostrar, como mínimo, las siguientes condiciones técnico-administrativas:

1.9.3.1.1. La implementación, ejecución, cumplimiento y actualización permanente de las condiciones técnico - administrativas de operación.

1.9.3.1.2. La entrega en forma oportuna, veraz y consistente, de los reportes de información requeridos por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

1.9.3.1.3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos que garanticen el cumplimiento de las condiciones contractuales y los pagos acordados con los prestadores.

1.9.3.1.4. El cumplimiento del número mínimo de afiliados exigidos para la operación como entidades administradoras del régimen subsidiado, establecidos en el presente decreto.

1.9.3.1.5. La puesta en funcionamiento de los mecanismos que permitan la participación e intervención de la comunidad afiliada en la gestión de servicios de salud de las entidades de que trata el presente decreto y, la protección y defensa de los usuarios afiliados a la entidad.

1.9.3.2. CONDICIONES DE CAPACIDAD FINANCIERA.

Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado, deberán demostrar las condiciones que dieron lugar a la habilitación para operar, mediante el cumplimiento, como mínimo, de las siguientes obligaciones:

1.9.3.2.1. Presentar dentro de los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud estados financieros debidamente certificados y dictaminados por el revisor fiscal y de conformidad con el Plan Único de Cuentas definido.

1.9.3.2.2. Acreditar el monto de capital mínimo previsto en las disposiciones legales correspondientes a la naturaleza jurídica de cada entidad, con la periodicidad que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

1.9.3.2.3. <Subnumeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Acreditar y mantener en forma permanente, el patrimonio mínimo saneado que para el efecto se establece por las autoridades competentes.

1.9.3.2.4. Acreditar y mantener el margen de solvencia, conforme a las disposiciones vigentes y a lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados.

1.9.3.2.5. Acreditar el cumplimiento de las disposiciones relativas a las reservas, provisiones y operaciones financieras y de inversiones, contempladas en las normas vigentes. La Superintendencia Nacional de Salud podrá establecer provisiones y reservas especiales cuando las condiciones de la entidad o del Sistema lo requieran.

1.9.3.3. CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las Entidades deberán demostrar para su permanencia en cada una de las áreas geográficas en las cuales están habilitadas para operar, como mínimo, las siguientes condiciones:

1.9.3.3.1. La implementación y mantenimiento de la capacidad tecnológica y científica, acreditados por los efectos de su operación.

1.9.3.3.2. El cumplimiento de las metas de protección específica, detección temprana y atención oportuna de enfermedades de interés en salud pública incluidas en el plan de beneficios.

1.9.3.3.3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos para la administración del riesgo en salud de sus afiliados.

1.9.3.3.4. La operación y adecuación de la red de prestadores de servicios y del sistema de referir y contrarreferencia, acorde con el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los afiliados, que garanticen la suficiencia, integralidad, continuidad, accesibilidad y oportunidad.

1.9.3.3.5. La implementación del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

1.9.4. PROCEDIMIENTO PARA LA HABILITACIÓN Y VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN.

El artículo [10](#) del Decreto 515 de 2004, establece que la Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EPS-S. Así mismo la norma determina que además de los

requisitos ya existentes las entidades que soliciten la autorización para operar como EPS-S deberán acreditar las condiciones de operación previstas en el decreto en mención.

Una vez habilitadas, las entidades presentarán ante la Superintendencia Nacional de Salud, la información que demuestre el cumplimiento de las condiciones de permanencia, dentro de los seis meses siguientes al otorgamiento de la habilitación. Vencido dicho plazo, sin que se cumplan las condiciones de permanencia, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a la revocatoria de habilitación respectiva.

La Superintendencia Nacional de Salud, realizará como mínimo en forma anual el monitoreo de la entidad habilitada, para evaluar el cumplimiento de las condiciones de permanencia previstas en el presente decreto.

En caso de verificarse deficiencias o irregularidades en el cumplimiento de tales condiciones, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas a que hubiere lugar, de acuerdo con las facultades establecidas en las disposiciones vigentes.

1.9.5. REVOCATORIA DE LA HABILITACIÓN.

La Superintendencia Nacional de Salud revocará la habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado, cuando se verifique el incumplimiento de alguna o algunas de las condiciones previstas para la misma o de las que a continuación se señalan:

1.9.5.1. La provisión de servicios de salud a través de prestadores de servicios, que de acuerdo con el pronunciamiento de la dirección departamental o distrital de salud incumplan con las condiciones de habilitación.

1.9.5.2. La realización de operaciones que deriven en desviación de recursos de la seguridad social.

1.9.5.3. La realización de operaciones directas o indirectas con vinculados económicos o la celebración de contratos de mutuo, créditos, otorgamiento de avales y garantías a favor de terceros.

1.9.5.4. La utilización de intermediarios para la organización y administración de la red de prestación de servicios, en términos diferentes a lo establecido en el presente decreto.

1.9.5.5. La realización de actividades que puedan afectar la prestación del servicio, la correcta administración o la seguridad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las entidades a las que le fuere revocada la habilitación por incumplir cualquiera de las condiciones de habilitación o las conductas previstas anteriormente, no podrán administrar recursos o planes de beneficios de salud y deberán abstenerse de ofrecer estos servicios, sin perjuicio de las sanciones en materia administrativa, fiscal, civil y penal a que hubiere lugar.

1.9.6. RETIRO VOLUNTARIO DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

<Subnumeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

De acuerdo con lo determinado en el artículo [18](#) del Decreto 515 de 2004, la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S) que desee efectuar el retiro voluntario como administradora de dicho régimen deberá informar dicha decisión a la Superintendencia Nacional de Salud con una anticipación anterioridad, no inferior a cuatro (4) meses, acompañada con un plan de información claro que ga

el traslado de los afiliados a otra Entidad Promotora de Salud del Subsidiado.

Durante el lapso de los cuatro (4) meses, la Entidad que se retira, está obligada a garantizar la continuidad de los servicios a los afiliados.

Las EPS-S, deberán ajustarse a lo que disponga el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud sobre el particular.

La Superintendencia Nacional de Salud no otorgará nueva habilitación dentro de los tres (3) años siguientes al retiro, a la EPS-S que se retire voluntariamente del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1.9.7. PRÁCTICAS NO AUTORIZADAS.

<Subnumeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado deberán abstenerse de ejecutar algunas prácticas no autorizadas, denominadas así por las normas que regulan el tema y, especialmente señaladas en el artículo [15](#) del Decreto 515 de 2004, a saber:

Artículo [15](#). Prácticas no autorizadas. Se consideran prácticas no autorizadas respecto de las entidades de que trata el presente decreto, las siguientes:

15.1. Ninguna administradora del Régimen Subsidiado o convenio de entidades o propietarios, podrá tener más del 25% de los afiliados del Régimen Subsidiado del orden nacional.

15.2. A las entidades de que trata el presente decreto, les están prohibidas las restricciones o alianzas de cualquier naturaleza que afecten el derecho a la libre competencia o el derecho a la libre elección de los afiliados.

15.3. Se encuentra prohibida cualquier forma de estipulación, acuerdo o franquicia, en virtud de la cual se ofrezcan a través de terceros, planes de beneficios que impliquen por parte de la entidad habilitada o concedente no asumir directamente la responsabilidad del riesgo en salud y del aseguramiento de la población afiliada. Quien incurra en esta práctica será responsable frente a los afiliados y los proveedores, de conformidad con las normas vigentes.

1.9.8. PRÁCTICA ILEGAL. <Subnumeral derogado por la Circular [5](#) de 2014> <Subnumeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Por la naturaleza de los recursos que constituyen la operación del Régimen Contributivo, aclarada en su oportunidad por la Corte Constitucional, las Entidades Promotoras de Salud no pueden hacer uso de los recursos de la Seguridad Social en Salud, recibidos por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC), para actividades diferentes a la prestación del plan obligatorio de salud a sus afiliados.

En tal sentido se reitera lo sostenido por la Corte Constitucional en cuanto a que las UPC no son recursos que pueden catalogarse como rentas propias de las EPS no pueden utilizarlas ni disponer de estos recursos libremente.

Así las cosas, las EPS deben utilizar los recursos de la UPC en la prestación de los servicios de salud previstos en el POS y su administración.

Igualmente, se debe recordar que la UPC constituye la unidad de medida y cálculo de los mínimos recursos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para cubrir en condiciones

prestación medida el servicio de salud tanto en el Régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado.

En consecuencia, la Superintendencia considera que la inversión de recursos provenientes de la U infraestructura se cataloga como práctica insegura e ilegal, por lo cual no puede llevarse a cabo.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1.9. SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. <Subnumeral original 1.5 renumerado como 1.9 por la Circular [49](#) de 2008.>

El Decreto [515](#) de 2004 modificado por el Decreto [506](#) del 2005, tiene por objeto definir las condiciones y procedimientos de habilitación y revocatoria de habilitación de las Entidades Administradoras de Régimen Subsidiado (a partir de la Ley [1122](#) de 2007 denominadas Entidades Promotoras de Salud régimen subsidiado).

Para garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud, las entidades objeto del presente decreto, deberán dar cumplimiento a las siguientes condiciones:

De operación: Necesarias para determinar la idoneidad de las EPS-S para la administración del riesgo en salud en cada una de las áreas geográficas donde va a operar.

De permanencia: Necesarias para que el funcionamiento de las EPS-S, en desarrollo de su objeto y respecto de cada una de las áreas geográficas que le fueron habilitadas, se ajuste a las condiciones de operación. El cumplimiento de las condiciones de permanencia se deberá demostrar y mantener durante todo el tiempo de operación.

Para su permanencia y operación en más de una de las regiones que establezca el CNSSS deberán acreditar como mínimo un número de 400.000 afiliados.

Para su permanencia y operación en una sola de las regiones que establezca el CNSSS deberán acreditar como mínimo un número de 150.000.

Para la operación del régimen subsidiado se debe acreditar y mantener como mínimo un patrimonio equivalente a 10.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Serán procedentes los aportes en especie, los cuales se podrán efectuar en la forma de inmuebles con destino a la sede, así como de bienes necesarios para la organización administrativa y financiera de la entidad. Para efecto del cálculo del capital mínimo los bienes que se aporten en especie solamente se computarán hasta por un valor en ningún caso podrá superar al cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido, los cuales tomados por el valor en libros.

De conformidad con las disposiciones vigentes, el número mínimo de afiliados con los que podrá operar las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado Indígenas, será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, pero en todo caso, por lo menos el 60% de los afiliados de la EPS-S indígena deberá pertenecer a Pueblos Indígenas tradicionalmente reconocidos.

1.9.1. CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN.

Las condiciones de operación y de permanencia, incluyen la capacidad técnico-administrativa, financiera, tecnológica y científica.

1.9.1.1. Condiciones de capacidad técnico-administrativa.

Conjunto de requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social, relacionados con la organización administrativa y sistema de información de la respectiva entidad, así como los procesos para el cumplimiento de sus responsabilidades en mercadeo, información y educación al usuario, afiliación y registro en cada área geográfica.

1.9.1.2. Condiciones de capacidad financiera.

Requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social para acreditar la capacidad financiera necesaria para garantizar la operación y permanencia de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado.

1.9.1.3. Condiciones de capacidad tecnológica y científica.

Son aquellas establecidas por el Ministerio de la Protección Social como indispensables para la administración del riesgo en salud, la organización de la red de prestadores de servicios y la prestación de los planes de beneficios en cada una de las áreas geográficas.

1.9.2. CONDICIONES DE OPERACIÓN.

1.9.2.1. CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA.

Las condiciones de capacidad técnico-administrativa, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

1.9.2.1.1. La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro, carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica.

1.9.2.1.2. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de afiliados.

1.9.2.1.3. El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multifiliados; los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación a la red de prestadores de servicios de salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable.

1.9.2.1.4. El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de gestión de calidad de los procesos técnico-administrativos y de aseguramiento.

1.9.2.1.5. El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos.

1.9.2.1.6. La liquidación de los contratos de administración del régimen subsidiado. Incumplen las condiciones técnico-administrativas de operación las ARS que por causas imputables a ellas, no han liquidado los contratos de administración de régimen subsidiado.

1.9.2.2. CAPACIDAD FINANCIERA.

Las condiciones de capacidad financiera, deberán tener en cuenta, el capital o fondo social mínimo de acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad, garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad según lo establecido en las disposiciones vigentes y lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados, y la constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes para la administración de los recursos del régimen subsidiado, según el caso.

En el régimen subsidiado el margen de solvencia debe entenderse como la liquidez que deben tener las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S), cualquiera que sea su forma legal, para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sean estos proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios.

Toda EPS-S que aparezca relacionada en el boletín de deudores morosos, no podrá celebrar contratos de Aseguramiento con los entes territoriales competentes, ni de prestación de servicios de salud con el sector público, hasta tanto no demuestren la cancelación de la totalidad de las obligaciones contraídas con estos, según lo dispuesto por el parágrafo 3o del artículo 4o de la Ley 716 de 2001.

1.9.2.3. CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA.

Las condiciones en materia de capacidad tecnológica y científica, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

1.9.2.3.1. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

1.9.2.3.2. La conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad.

1.9.2.3.3. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de selección de prestadores, así como de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pagos, mismos que procuren el equilibrio contractual, y garanticen la calidad y el acceso a los servicios.

1.9.2.3.4. El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes.

1.9.2.3.5. El diseño, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

1.9.2.3.6. Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del plan de beneficios.

Se entiende prohibida toda clase de práctica que genere mecanismos de intermediación entre las EPS-S y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación que realice una EPS-S con una ins

o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores o servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que la salud debe reconocer a quienes conforman la red de prestadores de servicios de salud de la EPS-S al prestador primario habilitado. La práctica de estos mecanismos de intermediación impedirá la habilitación de la EPS-S.

1.9.3. CONDICIONES DE PERMANENCIA.

1.9.3.1. CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA.

Para su permanencia, en cada una de las áreas geográficas, respecto de las cuales estén habilitadas para operar, las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado, EPS-S, deberán demostrar, como mínimo, las siguientes condiciones técnico-administrativas:

1.9.3.1.1. La implementación, ejecución, cumplimiento y actualización permanente de las condiciones técnico - administrativas de operación.

1.9.3.1.2. La entrega en forma oportuna, veraz y consistente, de los reportes de información requeridos por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

1.9.3.1.3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos que garanticen el cumplimiento de las condiciones contractuales y los pagos acordados con los prestadores.

1.9.3.1.4. El cumplimiento del número mínimo de afiliados exigidos para la operación como entidades administradoras del régimen subsidiado, establecidos en el presente decreto.

1.9.3.1.5. La puesta en funcionamiento de los mecanismos que permitan la participación e intervención de la comunidad afiliada en la gestión de servicios de salud de las entidades de que trata el presente decreto y, la protección y defensa de los usuarios afiliados a la entidad.

1.9.3.2. CONDICIONES DE CAPACIDAD FINANCIERA.

Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado, deberán demostrar las condiciones que dieron lugar a la habilitación para operar, mediante el cumplimiento, como mínimo, de las siguientes obligaciones:

1.9.3.2.1. Presentar dentro de los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud los estados financieros debidamente certificados y dictaminados por el revisor fiscal y de conformidad con el Plan Único de Cuentas definido.

1.9.3.2.2. Acreditar el monto de capital mínimo previsto en las disposiciones legales correspondientes a la naturaleza jurídica de cada entidad, con la periodicidad que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

1.9.3.2.3 Acreditar y mantener en forma permanente, el patrimonio técnico saneado que para el efecto señale por las autoridades competentes.

1.9.3.2.4. Acreditar y mantener el margen de solvencia, conforme a las disposiciones vigentes y a lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados.

1.9.3.2.5. Acreditar el cumplimiento de las disposiciones relativas a las reservas, provisiones y operaciones financieras y de inversiones, contempladas en las normas vigentes. La Superintendencia Nacional de Salud podrá establecer provisiones y reservas especiales cuando las condiciones de la

entidad o del Sistema lo requieran.

1.9.3.3. CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA.

Las Entidades, deberán demostrar para su permanencia en cada una de las áreas geográficas en la que está habilitada para operar, como mínimo, las siguientes condiciones:

1.9.3.3.1. La implementación y mantenimiento de la capacidad tecnológica y científica, acreditada por los efectos de su operación.

1.9.3.3.2. El cumplimiento de las metas de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública incluidas en el plan de beneficios.

1.9.3.3.3. La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos para la administración del riesgo en salud de sus afiliados.

1.9.3.3.4. La operación y adecuación de la red de prestadores de servicios y del sistema de referencia y contrarreferencia, acorde con el perfil sociodemográfico y epidemiológico de los afiliados, que garantice la suficiencia, integralidad, continuidad, accesibilidad y oportunidad.

1.9.3.3.5. La implementación del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.

1.9.4. PROCEDIMIENTO PARA LA HABILITACIÓN Y VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN.

El artículo [10](#) del Decreto 515 de 2004, establece que la Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EPS-S. Así mismo la norma determina que además de los requisitos ya existentes las entidades que soliciten la autorización para operar como EPS-S deberán acreditar las condiciones de operación previstas en el decreto en mención.

Una vez habilitadas, las entidades presentarán ante la Superintendencia Nacional de Salud, la información que demuestre el cumplimiento de las condiciones de permanencia, dentro de los seis meses siguientes al otorgamiento de la habilitación. Vencido dicho plazo, sin que se cumplan las condiciones de permanencia, la Superintendencia Nacional de Salud procederá a la revocatoria de la habilitación respectiva.

La Superintendencia Nacional de Salud, realizará como mínimo en forma anual el monitoreo de la entidad habilitada, para evaluar el cumplimiento de las condiciones de permanencia previstas en el presente decreto.

En caso de verificarse deficiencias o irregularidades en el cumplimiento de tales condiciones, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas a que hubiere lugar, de acuerdo con las facultades establecidas en las disposiciones vigentes.

1.9.5. REVOCATORIA DE LA HABILITACIÓN.

La Superintendencia Nacional de Salud revocará la habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado, cuando se verifique el incumplimiento de alguna o algunas de las condiciones previstas para la misma o de las que a continuación se señalan:

1.9.5.1. La provisión de servicios de salud a través de prestadores de servicios, que de acuerdo con el pronunciamiento de la dirección departamental o distrital de salud incumplan con las condiciones

habilitación.

1.9.5.2. La realización de operaciones que deriven en desviación de recursos de la seguridad social.

1.9.5.3. La realización de operaciones directas o indirectas con vinculados económicos o la celebración de contratos de mutuo, créditos, otorgamiento de avales y garantías a favor de terceros.

1.9.5.4. La utilización de intermediarios para la organización y administración de la red de prestación de servicios, en términos diferentes a lo establecido en el presente decreto.

1.9.5.5. La realización de actividades que puedan afectar la prestación del servicio, la correcta administración o la seguridad de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las entidades a las que le fuere revocada la habilitación por incumplir cualquiera de las condiciones de habilitación o las conductas previstas anteriormente, no podrán administrar recursos o planes de beneficios de salud y deberán abstenerse de ofrecer estos servicios, sin perjuicio de las sanciones en materia administrativa, fiscal, civil y penal a que hubiere lugar.

1.10. PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC). <Numeral modificado por de la Circular [12](#) de 2016. El nuevo es el siguiente:> A través de la presente Circular, la Superintendencia instruye a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para que incorporen las estrategias o acciones de mejora frente al PAMEC, teniendo en cuenta que el alcance de este puede ser la acreditación, el fortalecimiento de la gestión del riesgo para procedimientos, mejora del programa de seguridad del paciente y el mejoramiento de los resultados de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad. Contribuyendo, de esta manera, con las acciones de mejora continua que se hacen a través de planes de mejoramiento de las EPS.

Las EPS deben reportar el Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada que contenga las acciones a realizar frente a los resultados del PAMEC de la vigencia anterior, al igual que el siguiente Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, según lo dispuesto en el Anexo Técnico – Tipo número ST001. En cualquier caso, la Superintendencia podrá requerir la inclusión de acciones adicionales al Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, las cuales deben ser adoptadas y monitoreadas por la entidad. El reporte con corte a diciembre, debe incorporar las acciones nuevas y el seguimiento a las acciones de la vigencia anterior. Para el caso del corte a junio, solo se reportará el seguimiento.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

- Numeral 1.6 y sus subnumerales reenumerados como 1.10 por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007 reenumerado por la Circular 49 de 2008:

1.10. AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC).
<Numeral original 1.6 reenumerado como 1.10 por la Circular [49](#) de 2008>

El artículo [35](#) del Decreto 1011 de 2006, determina que en el Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, las EAPB deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

El modelo de auditoría a aplicar se elaborará con base en las pautas indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.

Las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1.10.1. Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud. La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo [30](#) del citado Decreto 1011.

1.10.2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar la calidad de la atención en salud en sus atributos de oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, pertinencia y satisfacción del usuario.

En concordancia con el artículo [50](#) del Decreto 1011 de 2006, las EAPB deberán remitir a la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, los Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad en la atención en Salud, elaborados con base en las pautas establecidas por el Ministerio de la Protección Social.

Anualmente y concordante con los resultados de auditoría del PAMEC, las EAPB elaborarán un “Informe de Mejoramiento” a ejecutar en el año subsiguiente, cuya copia acompañada del monitoreo a la ejecución del Plan de Mejoramiento del año inmediatamente anterior, debe ser remitida a la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, antes del 31 de enero de cada año. Con corte 30 de junio se debe remitir el resultado del seguimiento respectivo Plan de mejoramiento en el primer semestre del año en curso.

Los archivos de la información anteriormente descrita deberá ser radicada por vía electrónica firmada digitalmente, por parte del representante legal a través del sitio web de la Superintendencia Nacional de Salud, www.supersalud.gov.co en el enlace “Recepción Datos de Vigilados, de acuerdo a estructura anexo técnico para este tema’.

1.11. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD (SIC). <Numeral modificado por el Decreto 1011 de 2006, Circular [12](#) de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben garantizar la calidad de la información y la oportunidad del reporte a las diferentes fuentes integradas.

SISPRO y a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social en lo que respecta al Sistema de Información para la Calidad como componente del Sistema Obligatorio de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).

Las EPS deberán monitorear sus resultados en calidad y los de la Red Integral de Prestadores de Salud contratada, utilizando como insumo la información reportada en el Sistema de Información para la Calidad.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.
- Numeral 1.7 reenumerado como 1.11, inciso modificado y referencia a la resolución corregida por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Concordancias

Circular SUPERSALUD [1](#) de 2013

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007, reenumerado y modificado por la Circular 49 de 2008:

1.11. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. <Numeral 1.7 original reenumerado como 1.11 por la Circular [49](#) de 2008>

El Decreto 1011 de 2006, en su artículo [45](#) determina que el Ministerio de la Protección Social diseñe e implementará un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los estándares de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud.

A su vez establece que son objetivos del Sistema de Información para la Calidad:

1. Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
2. Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en la información sobre su calidad.
3. Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre la EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
4. Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

La Resolución número [1446](#) de 2006, determina que el sistema opera en los siguientes niveles:

1. Nivel de Monitoría del Sistema. Los indicadores trazadores definidos para este nivel y las fichas técnicas de los mismos contenidos en el Anexo Técnico que forma parte integral de la citada resolución.

los cuales son de obligatoria implementación y reporte por parte de las instituciones a que hace referencia el artículo [1o](#) del Decreto 1011 de 2006 y servirán para la monitoría de la calidad de la atención en salud en todo el territorio nacional y el desempeño de los diferentes actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

En cumplimiento del artículo [3o](#) del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, la información solicitada para las variables de calidad corresponderá a los indicadores definidos para el nivel de monitoría.

2. Nivel de Monitoría Externa. Entre los diversos actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, se pueden proponer y utilizar en el marco de sus competencias indicadores de calidad adicionales a los que hace referencia la Resolución [1446](#) de 2006, con el objeto de evaluar la calidad y promover acciones de mejoramiento en áreas específicas de responsabilidad, atendiendo al principio de eficiencia del Sistema de Información para la calidad contemplado en el artículo [47](#) del Decreto 1011 de 2006.

3. Nivel de Monitoría Interna. Está constituido por los indicadores que se evalúan y los eventos a los que se vigilan al interior de los actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Se encuentran comprendidos en este nivel, como de obligatorio cumplimiento e implementación, los indicadores de seguimiento a riesgo establecidos en el Sistema Único de Habilitación.

En lo correspondiente a indicadores de monitoreo del sistema definido en la Resolución [1443](#) de 2006, con la periodicidad y estructura técnica definidos en la presente circular, deberán ser reportados a la Superintendencia Nacional de Salud, quien realizará la recepción, validación y cargue de la información y la pondrá a disposición del Ministerio de la Protección Social.

Las entidades obligadas a implementar el Sistema de Información para la Calidad, deberán establecer indicadores de monitoría externa adicionales a los de monitoreo del sistema con el objeto de evaluar la calidad y promover acciones de mejoramiento en áreas específicas de responsabilidad. Adicionalmente, para efectos de procurar disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o eventos de enfermedad sin atención, establecerán indicadores de auditoría de la gestión del riesgo en salud.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los indicadores de calidad del sistema de información para la calidad, deberán ser reportados en forma semestral a la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a las especificaciones establecidas en el anexo técnico de la presente circular, con corte a 30 de junio será el 15 de agosto y con corte a 31 de diciembre, el 25 de febrero del año siguiente. Por una sola vez, con el informe con corte a 31 de diciembre de 2007, las entidades responsables de implementar el Sistema de Información para la Calidad, deberán remitir la información que se señala referente a la metodología que implementaran al seguimiento de cada uno de los indicadores:

Ficha técnica de cada indicador, relacionando el nombre, objeto, fórmula de cálculo, metodología de la recopilación de la información, responsable del recaudo, análisis y reporte de la información, evento esperado, línea de base o valor de referencia y meta esperada dentro del plan de mejoramiento.

Utilizando como insumos la información reportada en el Sistema de Información para la Calidad, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud de esta Superintendencia elaborará e implementará el “Sistema de Indicadores de Alerta Temprana” que permitan la evaluación de la calidad de la atención, la identificación de situaciones de riesgo y la toma de correctivos por parte de las personas, empresas y entidades bajo supervisión de esta Superintendencia.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1.7. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.

El Decreto 1011 de 2006, en su artículo [45](#) determina que el Ministerio de la Protección Social diseñe e implementará un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los estándares de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud.

A su vez establece que son objetivos del Sistema de Información para la Calidad:

1. Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del Sistema.
2. Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en la información sobre su calidad.
3. Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre la EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
4. Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

La Resolución número [1446](#) de 2006, determina que el sistema opera en los siguientes niveles:

1. Nivel de Monitoría del Sistema. Los indicadores trazadores definidos para este nivel y las fichas técnicas de los mismos contenidos en el Anexo Técnico que forma parte integral de la citada resolución, los cuales son de obligatoria implementación y reporte por parte de las instituciones a que hace referencia el artículo [1o](#) del Decreto 1011 de 2006 y servirán para la monitoría de la calidad de la atención en salud en todo el territorio nacional y el desempeño de los diferentes actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

En cumplimiento del artículo [3o](#) del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo modifique, adicionalmente, la información solicitada para las variables de calidad corresponderá a los indicadores definidos para el nivel de monitoría.

2. Nivel de Monitoría Externa. Entre los diversos actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, se pueden proponer y utilizar en el marco de sus competencias indicadores de calidad adicionales a los que hace referencia la Resolución [1446](#) de 2006, con el objeto de evaluar la calidad y promover acciones de mejoramiento en áreas específicas de responsabilidad, atendiendo al principio de eficiencia del Sistema de Información para la calidad contemplado en el artículo [47](#) del Decreto 1011 de 2006.

3. Nivel de Monitoría Interna. Está constituido por los indicadores que se evalúan y los eventos a los que se vigilan al interior de los actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Se encuentran comprendidos en este nivel, como de obligatorio cumplimiento e implementación, los indicadores de seguimiento a riesgo establecidos en el Sistema Único de Habilitación.

En lo correspondiente a indicadores de monitoreo del sistema definido en la Resolución [1443](#) ^{<14}

de 2006, con la periodicidad y estructura técnica definidos en la presente circular, deberán ser reportados a la Superintendencia Nacional de Salud, quien realizará la recepción, validación y cargue de la información y la pondrá a disposición del Ministerio de la Protección Social.

Las entidades obligadas a implementar el Sistema de Información para la Calidad, deberán establecer indicadores de monitoria externa adicionales a los de monitoreo del sistema con el objeto de evaluar la calidad y promover acciones de mejoramiento en áreas específicas de responsabilidad. Adicionalmente, para efectos de procurar disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o eventos de enfermedad sin atención, establecerán indicadores de auditoría de la gestión del riesgo en salud.

Los indicadores del sistema de información para la calidad, deberán ser reportados a esta Superintendencia por el representante legal de la EAPB a 31 de diciembre de cada año y fecha límite de reporte 25 de febrero del año siguiente. Por una sola vez, con el informe con corte a 31 de diciembre de 2007, las entidades responsables de implementar el Sistema de Información para la Calidad, deberán remitir la información que se señala referente a la metodología que implementarán al seguimiento de cada uno de los indicadores:

Ficha técnica de cada indicador, relacionando el nombre, objeto, fórmula de cálculo, metodología de la recopilación de la información, responsable del recaudo, análisis y reporte de la información, e indicador, línea de base o valor de referencia y meta esperada dentro del plan de mejoramiento.

Utilizando como insumos la información reportada en el Sistema de Información para la Calidad, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud de esta Superintendencia elaborará e implementará el “Sistema de Indicadores de Alerta Temprana” que permitan la evaluación de la calidad de la atención, la identificación de situaciones de riesgo y la toma de correctivos por parte de las personas, empresas y entidades bajo supervisión de esta Superintendencia.

1.12. RED DE PRESTADORES Y SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. <Eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Numeral eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.
- Numeral 1.8 reenumerado como 1.12 y modificado parcialmente por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007, modificado parcialmente por la Circular 49 de 2008:

1.12. RED DE PRESTADORES Y SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. <Numeral original 1.8 reenumerado 1.12 por la Circular [49](#) de 2008>

<Incisos eliminados por la Circular [49](#) de 2008.>

<Aparte tachado eliminado por la Circular [49](#) de 2008> ~~Por su parte,~~ El párrafo 5o del artículo 100 de la Ley 100 de 1993 establece que “para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia que el acceso a los servicios de alta complejidad se realicen por el primer nivel de atención, exce

los servicios de urgencias.”

El Decreto 515 de 2004, en su Capítulo II artículo 6o numeral 6.4. establece las condiciones de operación, capacidad tecnológica científica y exige como mínimo entre otras: el diseño, documento y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia.

El artículo 6o del Decreto 1020 de 2007 determina que “las EPS-S, para garantizar la integralidad, continuidad y calidad de la prestación de servicios de salud incluidos en el plan obligatorio de salud a su cargo, deberán organizar una red de prestadores que tenga en cuenta, como mínimo, los siguientes aspectos:

1. Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de la población afiliada, con el cálculo de demanda potencial de servicios del plan de beneficios de los afiliados por municipio.
2. El modelo de prestación de servicios definido por la EPS-S, que incluya los elementos establecidos en el sistema único de habilitación de dichas entidades.
3. Los servicios habilitados por parte de las Empresas Sociales del Estado y de otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, en el área de residencia de los afiliados.
4. El cálculo de la relación entre la oferta de prestadores con la demanda potencial de servicios.
5. Sin perjuicio de lo establecido en el sistema único de habilitación de EPS-S definido en la normatividad correspondiente, los estándares de calidad y de acceso que concertará con los prestadores que incluya:
 - a) Los procesos de atención en salud;
 - b) Las metas de cobertura de servicios y oportunidad en la atención;
 - c) Los procedimientos de verificación de derechos, autorización de servicios, formas y canales de comunicación con la entidad para trámites administrativos y para el contacto en caso de atención o programada.
6. El Sistema de Referencia y Contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red.
7. La identificación de los mecanismos de pago en la contratación de prestación de servicios que promuevan el equilibrio contractual, incentiven la calidad y acceso a la prestación de servicios y la racionalidad en el uso de los recursos.

PARÁGRAFO. En la conformación de la red no se utilizarán mecanismos de intermediación entre EPS-S y los prestadores de servicios de salud.”

Así las cosas, la información sobre la contratación y organización de la red de prestadores, debe realizarse por parte de las entidades administradoras y de las entidades territoriales, de acuerdo al plan de beneficios que ofrezca cada tipo de entidad, de la siguiente manera:

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas en Salud: deben reportar información correspondiente a la Red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación del Plan Obligatorio de Salud, POS, y planes complementarios en caso de tenerlos.

Las Entidades Promotoras de Salud, Empresas Solidarias de Salud, Entidades Promotoras de Salud

Indígenas, Cajas de Compensación Familiar que administran Régimen Subsidiado: Deben reportar información correspondiente a la Red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S.

Las Empresas de Medicina Prepagada: Reportarán la información correspondiente a la Red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación de los planes de Medicina Prepagada que tiene autorizados.

Los Gobernadores y Alcaldes de los Municipios descentralizados: información correspondiente a la Red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación de los servicios de salud a la población, a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (Vinculados) y los servicios de salud mental, de conformidad con el nivel de atención que le corresponda.

<Aparte tachado eliminado por la Circular [49](#) de 2008> Los datos correspondientes a los contratos vigentes suscritos con las IPS (públicas y/o privadas) deberán ser reportados bajo la estructura y condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular ~~en los anexos~~.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La información o del presente numeral debe ser reportada a la Superintendencia Nacional de Salud, por el representante legal de las Entidades Promotoras de Salud, Empresas Solidarias de Salud, Entidades Promotoras de Salud Indígenas, Cajas de Compensación Familiar, Empresas de Medicina Prepagada y Servicios de Ambulancia Prepagados, así como por los Gobernadores y Alcaldes de los municipios descentralizados.

La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma semestral y cuando se dé nueva contratación por ampliación de cobertura, en este caso limitando el reporte a los municipios objeto del contrato.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1.12. RED DE PRESTADORES Y SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

El Decreto 2759 de 1991 en su artículo [2o](#) define el régimen de referencia y contrarreferencia como el “Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia”.

Igualmente establece que el régimen de Referencia y Contrarreferencia facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que preste una atención en salud oportuna y eficaz.

Por su parte, El párrafo 5o del artículo [162](#) de la Ley 100 de 1993 establece que “para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realicen por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias.”

El Decreto 515 de 2004, en su Capítulo II artículo [6o](#) numeral 6.4. establece las condiciones de operación, capacidad tecnológica científica y exige como mínimo entre otras: el diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia.

El artículo [6o](#) del Decreto 1020 de 2007 determina que “las EPS-S, para garantizar la integralidad, continuidad y calidad de la prestación de servicios de salud incluidos en el plan obligatorio de salud

a su cargo, deberán organizar una red de prestadores que tenga en cuenta, como mínimo, los siguientes aspectos:

1. Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de la población afiliada, con el cálculo de demanda potencial de servicios del plan de beneficios de los afiliados por municipio.
2. El modelo de prestación de servicios definido por la EPS-S, que incluya los elementos establecidos en el sistema único de habilitación de dichas entidades.
3. Los servicios habilitados por parte de las Empresas Sociales del Estado y de otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, en el área de residencia de los afiliados.
4. El cálculo de la relación entre la oferta de prestadores con la demanda potencial de servicios.
5. Sin perjuicio de lo establecido en el sistema único de habilitación de EPS-S definido en la normatividad correspondiente, los estándares de calidad y de acceso que concertará con los prestadores que incluya:
 - a) Los procesos de atención en salud;
 - b) Las metas de cobertura de servicios y oportunidad en la atención;
 - c) Los procedimientos de verificación de derechos, autorización de servicios, formas y canales de comunicación con la entidad para trámites administrativos y para el contacto en caso de atención o programada.
6. El Sistema de Referencia y Contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red.
7. La identificación de los mecanismos de pago en la contratación de prestación de servicios que promuevan el equilibrio contractual, incentiven la calidad y acceso a la prestación de servicios y la racionalidad en el uso de los recursos.

PARÁGRAFO. En la conformación de la red no se utilizarán mecanismos de intermediación entre EPS-S y los prestadores de servicios de salud.”

Así las cosas, la información sobre la contratación y organización de la red de prestadores, debe realizarse por parte de las entidades administradoras y de las entidades territoriales, de acuerdo al plan de beneficios que ofrezca cada tipo de entidad, de la siguiente manera:

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas en Salud: deben reportar información correspondiente a la Red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación del Plan Obligatorio de Salud, POS, y planes complementarios en caso de tenerlos.

Las Entidades Promotoras de Salud, Empresas Solidarias de Salud, Entidades Promotoras de Salud Indígenas, Cajas de Compensación Familiar que administran Régimen Subsidiado: Deben reportar información correspondiente a la Red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S.

Las Empresas de Medicina Prepagada: Reportarán la información correspondiente a la Red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación de los planes de Medicina Prepagada que tiene autorizados.

Los Gobernadores y Alcaldes de los Municipios descentralizados: información correspondiente a de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las cuales garantizan la prestación de los servicios de salud a la población, a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (Vinculados) y los servicios de salud mental, de conformidad con el nivel de atención que le corresponda.

Los datos correspondientes a los contratos vigentes suscritos con las IPS (públicas y/o privadas) con ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular en los anexos.

La información objeto de esta circular debe ser reportada a la Superintendencia Nacional de Salud por el representante legal de las Entidades Promotoras de Salud, Empresas Solidarias de Salud, Entidades Promotoras de Salud Indígenas, Cajas de Compensación Familiar, Empresas de Medicina Prepagada, Servicios de Ambulancia Prepagados, así como por los Gobernadores y Alcaldes de los municipios descentralizados.

La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma semestral y cuando se dé nueva contratación por ampliación de cobertura, en este caso limitando el reporte a los municipios objeto del contrato.

1.13. PUBLICACIÓN COPAGOS POR PARTE DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. <Numeral eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Numeral eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.
- Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular [49](#) de 2008:

1.13. PUBLICACIÓN COPAGOS POR PARTE DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. <Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Los representantes legales de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, en cumplimiento del principio de información al usuario contenido en el Acuerdo número [260](#) de 2007 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberá llevar a cabo la publicación del Sistema de Copagos y Cuotas Moderadoras.

Así mismo deberán informar y divulgar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto, los mecanismos de aplicación y cobro de las mismas.

La información se deberá publicar en un medio masivo de información y contener como mínimo las siguientes datos:

1.13.1. Ofrecer el concepto de las cuotas moderadoras y de los copagos.

1.13.2. Precisar a qué usuarios se les aplica.

1.13.3. Indicar los servicios a los cuales se les aplica la cuota moderadora y el copago, mencionar respectivas excepciones.

1.13.4. Indicar el monto en pesos, de las cuotas moderadoras y copagos, en los diferentes rangos de ingreso salarial, con su respectivo porcentaje del salario mínimo vigente.

1.13.5. Indicar la frecuencia de aplicación de las cuotas moderadoras y de los copagos.

1.13.6. Indicar los procedimientos de recaudo que la entidad utilizará.

1.13.7. Indicar los topes de los copagos por evento y el total de eventos por año

1.14. ASPECTOS ADICIONALES DE PAUTAS PUBLICITARIAS PARA LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. <Numeral eliminado por la Circular de 2018>

Notas de Vigencia

- Numeral eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Consultar este tema en el nuevo numeral [1.8](#).

- Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 49 de 2008:

1.14. ASPECTOS ADICIONALES DE PAUTAS PUBLICITARIAS PARA LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.

Las Entidades Promotoras de Salud en sus pautas publicitarias deberán tener en cuenta las pautas indicadas en el Capítulo Segundo del Título I de esta Circular, así como, los siguientes aspectos:

1.14.1. Se considera indispensable que las características jurídicas, económicas o financieras de los productos que se pretendan promover sean ciertas y comprobables, y que en ningún momento estén en desacuerdo con la realidad financiera, jurídica y técnica de la entidad y de las personas prestadoras de servicios. En tal sentido, se entienden prohibidas prácticas como las siguientes:

1.14.1.1. Utilizar expresiones o información que tienda a desviar o desvirtuar el principio de libre elección, induciendo a confusión o a error a los usuarios.

1.14.1.2. Ponderar la red de prestadores de servicios adscrita bajo elementos o bondades carentes de sustento económico, jurídico o profesional.

1.14.1.3. Enunciar profesionales o entidades adscritas que no hagan parte de la red de prestadores de servicios de la entidad.

1.14.1.4. Inducir a error a los usuarios sobre la extensión o cobertura de los planes de salud, exclusiones preexistentes, servicios complementarios, medicamentos, etc.

1.14.1.5. Ponderar un producto de manera tal que sus bondades o características carezcan de sustento en la realidad.

1.14.1.6. Apropiarse o publicitar como propias, políticas, productos o servicios que han sido nombrados y reglamentados por el Gobierno Nacional, sin citar en la publicidad respectiva su origen o fuente correspondiente.

1.14.1.7. Presentar o apoyar la solidez de los servicios o productos en aspectos ajenos al verdadero sustento técnico jurídico o económico de la publicidad, como sucederá con afirmaciones tales como “filial del grupo tal”, “contamos con el respaldo de los mayores accionistas”, entre otras, sin especificar en que consiste el respaldo o beneficio adicional a recibir por parte de los usuarios.

1.14.1.8. Utilizar afirmaciones que permitan deducir como definitivas situaciones que en la realidad responden a fenómenos coyunturales, transitorios o variables en relación con el mercadeo.

1.14.1.9. Utilizar o insinuar ponderaciones abstractas o superlativos abstractos que por la propia naturaleza de su contenido no reflejan una situación exacta, como sucedería con expresiones tales como “somos los primeros” sin decir en qué o en la relación con qué o con quiénes.

1.14.2. Si los textos comprenden el empleo de superlativos, términos que indiquen permanencia, o datos específicos, ellos deberán corresponder fielmente a hechos objetivos, reales, comprobables y verificables a la fecha en que se difunda la pauta publicitaria, los cuales podrán ser constatados directamente y en cualquier momento por la Superintendencia Nacional de Salud.

Tratándose de cifras que por su carácter sean variables, su utilización publicitaria deberá hacerse identificando claramente el período al cual corresponden y la fuente de donde han sido tomados. Cuando se recurra a indicadores de desempeño financiero, para evidenciar una situación determinada, su uso no debe dar lugar a equívocos, para lo cual se adoptarán las medidas que sean del caso.

Tratándose de cifras que por su carácter son esencialmente variables, su utilización publicitaria no será superior a la del ejercicio inmediatamente siguiente al corte que sirve de sustento.

1.14.3. Las afirmaciones y representaciones visuales o auditivas deben ofrecer claridad, fidelidad y precisión respecto al tipo de servicio que se promueve; en este orden de ideas, deberán tenerse en cuenta los alcances o limitaciones a que legal y económicamente se encuentre sujeto el servicio respectivo.

1.14.4. Los mensajes publicitarios no pueden ser contrariados a la buena fe comercial ni pueden tener como fin establecer competencia desleal.

1.14.5. En la difusión de programas publicitarios deberá tenerse en cuenta lo dispuesto en los artículos 10 y 11 de la Ley 1712 de 2014, en la circunstancia de hallarse la entidad, dependencia o programa vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud.

1.15. PLAN DE CAPACITACIÓN DE PROMOTORES. <Numeral eliminado por la Circular [8](#) de

Notas de Vigencia

- Numeral eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Consultar este tema en el nuevo numeral [1.9](#).

- Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 49 de 2008:

1.15. PLAN DE CAPACITACIÓN DE PROMOTORES.

Es función de la Superintendencia velar porque los agentes e intermediarios de los programas de adelanten sus operaciones dentro de los presupuestos de transparencia frente a los usuarios, garanticen su adecuada relación, seguridad y atención con las Entidades Promotoras de Salud.

En consecuencia, y de conformidad con lo establecido en el artículo [23](#) del Decreto 1485 de 1994, en la continuación se definen los parámetros mínimos que se deben tener en cuenta en los programas de capacitación, sin perjuicio del cumplimiento de las normas vigentes y lo que sobre el particular, establezcan las Entidades Promotoras de Salud.

1.15.1. Contenidos mínimos de capacitación

Los programas de capacitación dirigidos a los solicitantes o promotores registrados en las Entidades Promotoras de Salud deben estructurarse como mínimo de acuerdo con temas de:

1.15.1.1. Formación básica (relaciones públicas, características del vendedor); inducción a los planes de salud de acuerdo con lo estipulado en las normas vigentes del Sistema General de Seguridad Social (aspectos legales como normas reglamentarias de la salud POS, PAC, entre otros).

1.15.1.2. Aspectos técnicos como glosario de términos, trámite administrativo de ingreso, trámite de quejas, objeto del contrato, tipos de contratos, formas de pago de los planes, tarifas, coberturas, planes de carencia, preexistencias, exclusiones y pagos compartidos entre otros).

1.15.2. Coordinación del programa de capacitación.

El programa de capacitación deberá estar coordinado por una de las áreas de la Entidad Promotora de Salud.

1.15.3. Certificados de capacitación

Corresponde al representante legal de la Entidad Promotora de Salud expedir las certificaciones por concepto de capacitación, las cuales deben estipular el nombre completo e identificación de la persona, la constancia de asistencia y la aprobación del respectivo programa.

1.15.4. Registro de Promotores

Las Entidades Promotoras de Salud llevarán el registro de promotores y lo mantendrán a disposición de la Superintendencia para el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control respectivas.

2. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> El Decreto 1485 que regula la organización y funcionamiento de las EPS, en su artículo [20](#), literal d) concordante con artículo [178](#) de la Ley 100 de 1993, determina como responsabilidad de la EPS la de organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en POS; con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras o con Profesionales de la Salud.

Conforme las disposiciones enunciadas es deber de las Entidades Promotoras de Salud, a efectos de proteger a sus afiliados, velar por la racionalidad y pertinencia de los servicios prestados y garantizar el pago ágil y oportuno a la institución de salud a la cual ingresó el afiliado, expedir las correspondientes autorizaciones, cartas de garantía o documentos equivalentes, esenciales en el proceso de pago de los servicios sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo [1600](#) del Código Civil.

La Ley 1122 de 2007 en el párrafo del artículo [20](#) establece que “se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios sin que medie contrato”.

Decreto 4747 de 2007 en su artículo [14](#) determina que las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente y es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable de la atención.

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

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

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

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

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

<Incisos adicionados por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado deberán establecer y exigir en su red prestadora de servicios un protocolo para la atención de urgencias médicas, encaminado a fijar prioridades así como exigir efectividad, calidad y rapidez en la atención de sus usuarios en especial a los niños, niñas y adolescentes.

Para estos efectos deberán instruir a todo su personal administrativo y médico.

Notas de Vigencia

- Incisos adicionados por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 diciembre de 2008.

Notas de Vigencia

- Numeral 2 modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2. El artículo [3](#)o del Decreto número 412 de 1992 define la atención inicial de urgencias como “las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus funciones 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 urgencias en tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud”

La Resolución número 5261 de 1994 por su parte, en su artículo [10](#) determina que “las urgencias atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización por parte de la EPS o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La IPS que presta el servicio no cobrará de la EPS el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el Sistema de Salud. En todo caso es el médico quien define esta condición...”.

Conforme las disposiciones enunciadas es deber de las Entidades Promotoras de Salud, a efectos de proteger a sus afiliados, velar por la racionalidad y pertinencia de los servicios prestados y garantizar el pago ágil y oportuno a la institución de salud a la cual ingresó el afiliado, expedir las correspondientes autorizaciones, cartas de garantía o documentos equivalentes, esenciales en el proceso de pago de cuentas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo [1600](#) del Código Civil.

La Ley 1122 de 2007 en el parágrafo del artículo [20](#) establece que “se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato.”.

3. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB sean públicas, privadas o mixtas, deberán adoptar lo establecido en el Título VII de la presente circular en cuanto al sistema de información y al usuario.

Igualmente tendrá en cuenta lo determinado en el artículo [188](#) de la Ley 100 de 1993 subrogado por artículo [121](#) del Decreto extraordinario 2150 de 1995, en cuanto ocurran hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al afiliado respecto de la adecuada prestación de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estos podrán solicitar reclamación ante el Comité técnico - científico integrado por la Empresa Promotora de Salud a la cual esté afiliado, integrado de la siguiente forma: un representante de la EPS, un representante de la IPS y, un representante del afiliado, quien podrá concurrir directamente. Si persiste la inconformidad, esta será dirimida por un representante de la Dirección Municipal de Salud.

En consecuencia el Comité técnico-científico, debe ser un organismo de asesoría y consulta obligatorio cuyo fin es el de garantizar la oportuna y adecuada resolución de las inquietudes y peticiones de los usuarios, con respecto a hechos de naturaleza asistencial, de suerte que permita retroalimentar el sistema de calidad en la prestación de los servicios de salud.

4. COMITÉS TÉCNICO-CIENTÍFICOS.

<Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> De conformidad dispuesto en la Resolución número [2933](#) de 2006, las Entidades Promotoras de Salud, del Régimen Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, integrarán un Comité Científico (CTC), que estará conformado por:

1. Un (1) representante de la EPS, EOC, según corresponda.
2. Un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud, (IPS).
3. Un (1) representante de los usuarios.

En las IPS funcionarán los Comités de Farmacia y Terapéutica y un miembro de ellos será el representante de las IPS ante el Comité Técnico-Científico.

Los Comités Técnico-Científicos deberán integrarse en cada departamento y distrito donde estas entidades hayan sido autorizadas para funcionar por la Superintendencia Nacional de Salud. Cuando se manejen dos regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en un mismo departamento o distrito, se podrá conformar un solo Comité, con la participación de un representante de los usuarios de cada régimen.

El representante legal de cada una de las EPS, EOC o ARS, deberá reportar en debida forma a la Superintendencia Nacional de Salud el acta de conformación de los Comités, identificando sus integrantes. Así mismo, deberán reportar las sustituciones que se produzcan, identificando de la misma manera a los nuevos integrantes.

Las EPS o EOC deberán realizar una convocatoria abierta entre sus prestadores de servicios de salud, asociaciones de usuarios o usuarios, que permita la selección objetiva de los representantes en el Comité, garantizando la participación democrática de las entidades y los usuarios.

Los miembros del Comité serán escogidos con sus respectivos suplentes para un período de dos (2) años pudiendo ser seleccionados nuevamente para los períodos subsiguientes.

En caso de ausencia definitiva de alguno de los miembros, las EPS o EOC deberán designar su reemplazante en un término no mayor a un (1) mes calendario, contado a partir de la fecha en que se produzca la ausencia definitiva, con la respectiva notificación a la Superintendencia Nacional de Salud.

El Comité Técnico-Científico tendrá las siguientes funciones:

1. Analizar para su autorización las solicitudes presentadas por los médicos tratantes de los afiliados suministro de medicamentos por fuera del listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, adoptado por el Acuerdo [228](#) del CNSSS y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituya
2. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, para lo cual se elaborarán y suscribirán las respectivas actas.
3. Realizar evaluaciones trimestrales de los casos autorizados y el seguimiento sobre el resultado de los pacientes a quienes se les autorizaron dichos tratamientos.
4. Presentar al Ministerio de la Protección Social y a las autoridades competentes cuando estas los requieran los informes relacionados con su objeto y funciones.

El Comité Técnico-Científico se reunirá con la periodicidad requerida para tramitar oportunamente solicitudes referentes a sus funciones por lo menos una (1) vez a la semana. De sus decisiones se dará constancia en un libro de actas debidamente suscritas por los miembros del Comité y foliado, anexando los soportes utilizados como base de la decisión. Cuando no existan casos para someter a consideración del Comité, se dejará la respectiva constancia en el libro de actas.

Las actas que se generen de las reuniones del Comité deberán estar a disposición del Ministerio de la Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud en el momento en que estas las requieran.

Las EPS y EOC, en cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, deberán diseñar un proceso permanente de auditoría y pertinencia médica que permita monitorear el cabal cumplimiento de la presente resolución.

De conformidad con lo expuesto las EAPB deberán actualizar ante esta Superintendencia, la conformación de los Comités Técnico-Científicos por departamento o distrito, relacionando los integrantes principales y suplentes y la fecha de conformación del CTC, anexando el acta de conformación del respectivo CTC de acuerdo a la siguiente estructura:

Departamento o Distrito	Entidad	Principal	Suplente	Fecha de conformación
IPS				
EPS				
Usuarios				

Igualmente la EAPB deberá implementar dentro del PAMEC, el proceso de auditoría de calidad al CTC, reportando a esta Superintendencia antes del 30 de junio de 2008, la hoja técnica de los indicadores propuestos, estándares esperados, línea base o valor de referencia y meta esperada para el 2008 en cada uno de los indicadores.

Notas de Vigencia

- Numeral 4 adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 11 de abril de 2008.

5. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

<Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Decreto 1485 de 1994 que regula la organización y funcionamiento de las EPS, en su artículo [2c](#) d) determina como responsabilidad de la EPS la de organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en POS; con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionaran y coordinaran la prestación de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras o con profesionales de la salud.

Decreto 4747 de 2007 en su artículo [17](#) determina que el diseño, organización y documentación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y la operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una Red de Prestadores de Servicios de Salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.

En consonancia con lo anterior, es responsabilidad de las EAPB el organizar y garantizar la prestación del plan de salud que deben brindar a sus afiliados, no pudiendo delegar esta función en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, ni subcontratar o de alguna manera, desplazar sus responsabilidades a otros sujetos.

Para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud, las entidades administradoras, deben contar con una Red de Prestadores de Servicios de Salud suficiente y plural en cada uno de los niveles de atención o grados de complejidad y por entidad territorial, para garantizar la salud a la población afiliada salvo una imposibilidad debidamente demostrada ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Las EAPB deberán contar con una organización administrativa en cada una de las áreas geográficas donde tienen afiliados, que le permita cumplir con sus funciones de ley, así como los procesos, procedimientos y actividades para realizar la selección, organización y coordinación del funcionamiento de la red de servicios de salud de manera que se garantice que el afiliado pueda acceder fácilmente a las IPS de los diferentes niveles de complejidad.

Notas de Vigencia

- Numeral 5 adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 1 de abril de 2008.

6. OBLIGACIONES ESPECIALES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.

<Numeral 6 adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, deberán ceñirse estrictamente a lo establecido en los formularios Nos. F:IRC001, F:IRCO03 y el Formato SNS-4010-001 para la afiliación e inscripción de las EPS de los trabajadores dependientes, servidores públicos, trabajadores independientes y pensionados, en el Formulario de Información Complementaria del Afiliado al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social, sin perjuicio del derecho que les asiste de solicitar información adicional al afiliado en forma separada. (Archivo tipo 32).

<Inciso adicionado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo deberán darle estricto cumplimiento a lo dispuesto en las Leyes 1999 y [1023](#) de 2006 sobre la afiliación de las madres comunitarias al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, quienes disfrutarán de todas las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de su afiliación a dicho Régimen, así como de todos los beneficios que incluye el Plan Obligatorio de Salud del mismo sin discriminación alguna y atendiendo los principios de oportunidad y calidad que garantiza el Sistema.

Notas del editor

- En relación con este inciso en criterio del editor debe tenerse en cuenta la expedición del Decreto 1607 de 2014, 'por el cual se reglamenta parcialmente el artículo [36](#) de la Ley 1607 de 2012 y se dictan otras disposiciones' publicado en el Diario Oficial No. 49.062 de 12 de febrero de 2014, mediante el cual se reglamenta la vinculación laboral de las Madres Comunitarias con las entidades administradoras del Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar.

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

Toda persona que ingresa a una Empresa Promotora de Salud debe diligenciar bajo la gravedad del juramento un formulario que contenga sus datos personales y familiares, su condición de salud actual, la de los familiares que vaya a afiliar, los antecedentes familiares y personales clínicos, epidemiológicos y toxicológicos.

El sistema de registro, manejo y análisis de la información básica sobre el estado de salud de los afiliados, le permita a la entidad conocer la información epidemiológica de su población a efectos de desarrollar los programas de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública incluidas en el plan de beneficios, sin que se conviertan en mecanismos de selección adversa.

Adicionalmente, dentro de las obligaciones especiales les corresponde a las Entidades Promotoras de Salud remitir el reporte de sus afiliados; al respecto deberán allegar a esta Superintendencia la información señalada a continuación:

El porcentaje de los Afiliados Activos mayores de 60 años.

El porcentaje de las Mujeres Afiliadas activas entre 15 y 44 años.

Esta información debe ser reportada en forma semestral con corte al mes de junio y al mes de diciembre de cada año y con fecha límite de entrega el último día calendario del mes siguiente a la fecha de corte.

Notas de Vigencia

- Numeral 6 adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 1 de abril de 2008.

7. CONTRATACIÓN. <Numeral 7 y subnumerales derogados por la Circular [66](#) de 2010. Ver sobre el tema la Circular 66 de 2010>

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular 61 de 2010 derogado por la Circular [66](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.933 de 24 de diciembre de 2010.
- Numeral 7 y subnumerales adicionados por la Circular [61](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.769 de 13 de julio de 2010

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 61 de 2010:

7. Contratación

7.1 Contratación con Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud

Para que una Institución Prestadora de Servicios de Salud pueda formar parte de la red de prestación de servicios de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, debe cumplir con las obligaciones y responsabilidades definidas en la normatividad vigente, en especial, las siguientes:

7.1.1 Tener habilitados los servicios de salud que se vayan a contratar con las Entidades, contando con la declaración de habilitación de los servicios presentada ante la Dirección Territorial de Salud correspondiente.

7.1.2 Encontrarse registrada en el Registro Único de Prestadores del Ministerio de la Protección Social.

7.1.3. Tener posesionado el revisor fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud (Ver Título Segundo, Capítulo tercero, numeral dos)

7.1.4. Estar a paz y salvo con el pago de la tasa a la Superintendencia Nacional de Salud, demostrando con la copia de la Resolución de liquidación de la tasa y del último recibo de consignación.

7.1.5. Estar al día con el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud.

7.1.6. Definir como parte de la relación contractual las condiciones de atención de los afiliados, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, los procesos de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, los indicadores y estándares de calidad que garanticen la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de la atención en salud.

7.1.7. Garantizar el acceso a la atención en salud para lo cual la consulta médica general debe ser menor de veinte (20) minutos, así mismo, la atención en salud no puede ser condicionada al pago de los servicios, conforme la normatividad vigente.

7.2 Inviabilidad de contratación con consorcio y/o uniones temporales

El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, es normado y reglado, en consecuencia quienes en él participan deben cumplir con la normatividad vigente.

Los consorcios y uniones temporales son figuras autorizadas por el ordenamiento jurídico, no obstante, en materia de Seguridad Social en Salud la conformación de las mismas desconocen postulados legales que reglamentan la prestación de los servicios de salud.

La anterior afirmación tiene sustento en los Decretos [1011](#) de 2006 y [4747](#) de 2007, entre otros, en los que la reglamentación allí prevista aplica a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades

Promotoras de Salud del Régimen contributivo y subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

El Decreto [1011](#) de 2006, considera como prestadores de servicios de salud a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Considerándose como instituciones prestadoras de servicios de los grupos de práctica profesional que deben contar con infraestructura física para prestar servicios de salud.

A su vez el artículo [3°](#) Del Decreto 4747 de 2007, adoptó las siguientes definiciones:

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

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

El artículo [5°](#) del mismo decreto establece como requisitos mínimos que deben tenerse en cuenta la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

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

1. Habilitación de los servicios por prestar.

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

3. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.

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

Igualmente, el artículo [26](#) del Decreto 1011 de 2006 dispone: “Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud **el contratante verificará que el prestador esté inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud.** Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establece mecanismos para suministrar esta información.

Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en el que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas (Negrilla fuera de texto)

Aunado a lo anterior, el Decreto [4747](#) de 2007, define la red de prestación de servicios como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia.

establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Dispuso que el modelo de atención, comprenda el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia, permitiendo prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

De lo anterior se desprende que las obligaciones surgen entre las Entidades responsables de pago prestadores de salud debidamente habilitados, **quedando por tanto excluidos los consorcios y/o uniones temporales que carecen del requisito sine qua non, es decir la habilitación** otorgada por las respectivas Entidades Departamentales y Distritales de Salud, lo cual conllevaría a configurarse una intermediación, figura prohibida en el Sistema General de Seguridad Social en Salud conforme a lo dispuesto en el parágrafo del artículo 6° del Decreto 515 de 2004, así: “Se entiende prohibida toda práctica que genere mecanismos de intermediación entre las ARS y los prestadores de servicios de salud, esto es, la contratación que realice una ARS (hoy EPS’S) con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud del paciente reconocer a quienes conforman la red de prestadores de servicios de salud de la (ARS), esto es al prestador primario habilitado. La práctica de estos mecanismos de intermediación impedirá la habilitación de la ARS (hoy EPS’S).

Así mismo, el artículo 41 del Decreto 050 de 2003, establece:

Artículo 41. Contratos de capitación y correcta aplicación de los recursos de la seguridad social. Los contratos por capitación que celebren las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con las instituciones prestadoras de servicios de salud, no implican la relevancia de la responsabilidad de garantizar la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento, frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme al Decreto 2309 de 2002 y demás normas vigentes. En la contratación se señalarán expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el contratista y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros.

Se considera práctica insegura, la contratación que realice una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) o una Entidad Promotora de Salud (EPS) con una institución o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios de salud.

Será solidariamente responsable la Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) y la Entidad Promotora de Salud (EPS) de los incumplimientos en que incurra la entidad que adelantó la subcontratación, cuando haya sido autorizada para el efecto.”

El numeral 15.3 del artículo 15 del Decreto 515 de 2004 establece:

“15.3. Se encuentra prohibida cualquier forma de estipulación, acuerdo o franquicia, en virtud de se ofrezcan a través de terceros, planes de beneficios que impliquen por parte de la entidad habilitada concedente no asumir directamente la responsabilidad del riesgo en salud y del aseguramiento de población afiliada. Quien incurra en esta práctica será responsable frente a los afiliados y los proveedores, de conformidad con las normas vigentes.”

De lo expuesto, esta Superintendencia concluye que no es viable jurídicamente que las entidades administradoras de planes de beneficios EAPB contraten con consorcios y/o uniones temporales para la prestación de servicios de salud de sus afiliados, toda vez que al carecer de la debida habilitación no podrían ofertar servicios salud, lo cual conllevaría a que dichos consorcios y/o uniones temporales realicen operaciones de intermediación que se encuentran prohibidas en la normatividad vigente.

CAPÍTULO II.

EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS).

<Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.
- Nombre del Capítulo modificado por la Circular [20](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen los criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica', publicada en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

Legislación Anterior

<Ver el texto original del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)' y el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)' con las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

Texto original de la Circular 47 de 2007:

CAPÍTULO II.

EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)

Los Planes Voluntarios de Salud se encuentran regulados por la Ley [1438](#) de 2011⁽³⁾, Capítulo IV, y el Decreto 780 de 2016⁽⁴⁾, artículo [2.2.4.1](#) y siguientes.

El artículo [37](#) de la mencionada ley, sustitutivo del artículo [169](#) de la Ley 100 de 1993, dispone que los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios que serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que los establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.

En los mismos términos, señala el artículo [2.2.4.1](#) del Decreto 780 de 2016:

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden ofertarse los siguientes Planes Voluntarios en Salud⁽⁵⁾:

- i. Planes de atención complementaria en salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.
- ii. Planes de medicina prepagada y Servicios de ambulancia prepagadas, emitidos por entidades de Prepagada.
- iii. Pólizas de salud.

2.1.1 EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA, EMPRESAS DE SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022>

2.1.1.1. AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA, EMPRESAS DE SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022>

2.1.1.1.1. PROCEDIMIENTO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto siguiente:>

2.1.1.1.1.1. Radicar la solicitud de autorización de funcionamiento como Empresa de Medicina Prepaga o Empresa de Servicio de Ambulancia Prepagada, con los documentos descritos en el numeral 2.1.1.1.1.2 a través del sistema de información que la Superintendencia Nacional de Salud disponga para tal fin.

2.1.1.1.1.2. Dentro de los 10 días siguientes a la fecha de radicación, la Superintendencia Nacional de Salud verificará que la información esté completa, en caso de encontrarla incompleta, se requerirá al peticionario para que la complete dentro del término máximo de un (1) mes, lapso durante el cual se suspenderá el término para decidir, de acuerdo con el artículo [17](#) de la Ley 1437 de 2011⁽⁶⁾, sustituido por el artículo [17](#) de la Ley 1755 de 2015⁽⁷⁾ o la norma que la sustituya o modifique.

Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento en el término establecido, caso en el cual se decretará el desistimiento tácito y se ordenará el archivo de la solicitud, salvo que antes de vencer dicho plazo solicite prórroga hasta por un término igual.

A partir del día siguiente en que el solicitante aporte los documentos faltantes, se reanudará el término para resolver la solicitud.

2.1.1.1.1.3. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la documentación completa, la Superintendencia Nacional de Salud autorizará al vigilado la publicación de un aviso en un diario de circulación nacional, sobre la intención de obtener la autorización de funcionamiento para la entidad dependiente o programa correspondiente, en el cual se exprese a lo menos, el nombre de las personas que se asociaron, el nombre de la institución, dependencia o programa, el monto de su capital y el lugar en donde haya de funcionar, todo ello de acuerdo con la información suministrada en la solicitud.

Tal aviso deberá ser publicado por cuenta de los interesados en dos ocasiones, con un intervalo no menor de siete (7) días, con el propósito de que los terceros puedan presentar oposición en relación con dicha intención a más tardar dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de la última publicación. De haber oposición se dará traslado inmediato al solicitante.

2.1.1.1.1.4. Dentro de los 15 días hábiles siguientes a la publicación del aviso, la entidad solicitante deberá presentar a esta Superintendencia copia o constancia de las publicaciones realizadas.

2.1.1.1.1.5. Surtido el trámite a que se refieren los ítems anteriores, esta Superintendencia resolverá solicitud dentro de los cuatro (4) meses siguientes, contados a partir del momento en que el peticionario haya suministrado completa la información requerida.

El Superintendente Nacional de Salud resolverá mediante acto motivado la solicitud presentada para autorización de funcionamiento de la Empresa de Medicina Prepaga o la Empresa de Servicio de Ambulancia Prepagada, incluido el plan voluntario de salud inicialmente presentado. En caso de incumplimiento de los requisitos, se negará la autorización solicitada.

Hasta tanto la Empresa de Medicina Prepagada o Empresa de Servicio de Ambulancia Prepagada no obtenga el certificado de funcionamiento expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, no podrá inscribirse ante la Cámara de Comercio respectiva, la sociedad que incluya en su objeto social cualquier modalidad de servicio de salud prepago.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.1.2. REQUISITOS PARA LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Las personas jurídicas que pretendan desempeñarse como Empresa de Medicina Prepagada o Empresa de Servicio de Ambulancia Prepagada deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud solicitud formal para la autorización de funcionamiento a través del sistema de radicación y correspondencia establecido, mediante carta suscrita por el representante legal o persona debidamente autorizada para el efecto allegando como mínimo la siguiente información:

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.1.2.1. COMPONENTE JURÍDICO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El n° texto es el siguiente:>

- Copia de los estatutos sociales, según la naturaleza jurídica de la entidad.
- Autorización de la Superintendencia de Subsidio Familiar, o de la Superintendencia de la Economía Solidaria, cuando la entidad solicitante sea una Caja de Compensación Familiar o entidad del sector solidario.
- Certificado de existencia y representación legal de la entidad solicitante o documento equivalente de acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad.
- Acta de Conformación de la Junta Directiva u órgano social que haga sus veces.
- Hojas de vida de las personas que se han asociado y de las que actuarán como administradores (Representante Legal y/o Gerente) y Revisor Fiscal, de acuerdo con el formato “Hoja De Vida Socios Accionistas”.
- Plataforma estratégica de la empresa.
- Acta del máximo órgano social donde se apruebe la constitución de la Empresa de Medicina Prepagada o la Empresa de Servicio de Ambulancia Prepagada.
- Declaraciones juramentadas de inhabilidades e incompatibilidades en el marco del artículo [2.2.4.1](#) Decreto 780 de 2016.
- Documento con la estructura orgánica y funcional.
- Mapa de procesos.
- Documento con el Código de Conducta y Buen Gobierno
- Política general de revelación de información y transparencia.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular [51-5](#) de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.1.2.2. COMPONENTE FINANCIERO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El texto es el siguiente:>

- Estados financieros de constitución de la entidad, firmados por revisor fiscal, contador y representante legal.

- Proyecciones del Estado de Situación Financiera (construido a partir del Estado Financiero de constitución), del Estado de Resultados y del Estado de Flujos de Efectivo de manera trimestral por primer año y anual para los siguientes cuatro (4) años, siguiendo la estructura del archivo FA001 - Información Financiera y del FA002 - Posición de Liquidez, en formato Excel debidamente formulados.
- Proyección que demuestre el cumplimiento de las condiciones financieras para los siguientes cuatro años en formato Excel, en el marco de lo establecido en los artículos [2.2.4.1.9](#) y [2.2.4.1.1.8](#) del Decreto 2649 de 2016.
- Estados financieros y notas a los estados financieros de los dos (2) cierres contables de los socios accionistas que integrarán la nueva entidad suscritos por el representante legal, revisor fiscal y/o contador público.
- Certificación suscrita por el representante legal y revisor fiscal respecto del origen de los recursos propios de la entidad, detallando cómo se encuentran constituidos, aportando de manera complementaria los documentos que acrediten la procedencia de los recursos.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integral de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

- <Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.1.2.3. COMPONENTE DE GESTIÓN DE RIESGOS. <Numeral modificado por la Circular 51-5 de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

- Descripción del diseño del Sistema de Gestión de Riesgos que identifique, valore, ejecute acciones y evalúe, controle y mitigue los riesgos relacionados con el cumplimiento de las funciones del asegurador, el cual debe incluir:
 - Descripción del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
 - Procesos y procedimientos de cada uno de los subsistemas del Sistema Integral de Gestión de Riesgos en la entidad.
 - Documento que contenga la estructura orgánica para la administración del Sistema Integral de Gestión de Riesgos en la entidad con el detalle de funciones y responsabilidades de la estructura orgánica definida para cada tipo de riesgo o de la unidad integral.
 - Documento que contenga las inhabilidades, impedimentos y sanciones aplicables a los cargos que conforman la administración del Sistema de Riesgos en la entidad.
 - Documento de competencias que contenga los perfiles de las personas que pueden ejecutar la administración del Sistema de Riesgos en la entidad.

- Política de pagos.
- Política de compras.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 0047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

- <Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.1.2.4. COMPONENTE ASEGURAMIENTO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, cuyo nuevo texto es el siguiente:>

- Estudio de capacidad tecnológica y científica.
- Modelo de organización y atención administrativa (sedes a nivel nacional y regional). Modelo de atención en salud.
- Proceso de afiliación y registro. (Teniendo en cuenta novedades de afiliados y beneficiarios, seguimiento al proceso, formulario de afiliación y declaración del estado de salud, procedimiento para la realización de examen de ingreso, pruebas o actividades incluidas).
- Manual de contratación de servicios de salud debidamente habilitados de acuerdo con el Sistema de Habilitación.
- Proceso de recaudo de la tarifa y bonos, vales, cuotas moderadoras o copagos.
- Manual de autorización de servicios de salud y/o coberturas del plan.
- Proceso de referencia y contrarreferencia.
- Sistema de Gestión de Calidad.
- Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).
- Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información y Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, de acuerdo con la Resolución 256 de 2016 y las normas que la modifiquen, complementen o adicionen.
- Manual de cuentas médicas y recobros.
- Manual de atención al usuario.
- Proceso de recepción, trámite y solución de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias.
- Código de Ética y Buen Gobierno (Gobierno Organizacional según Circular Externa 0007 de 2017).

norma que lo modifique).

- Las entidades de servicio de ambulancia prepagada suministrarán a la Superintendencia Nacional información sobre el desarrollo de su objeto social, la ubicación de sus unidades y el perímetro a cu que permite verificar que la atención al usuario es además eficiente y de calidad.
- Publicación de aviso sobre la intención de obtener la autorización de funcionamiento para la entidad.
- Sistema de Auditoría Médica a implantar cuando aplique.
- Manual de Contratación.
- Modelo Administrativo (oficinas, sedes, etc.).

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.1.2.5. COMPONENTE PLATAFORMA TECNOLÓGICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

<Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

- Manual del usuario y del sistema, licencia y sus subcomponentes del sistema de Gestión Contable
- Manual del usuario y del sistema, licencia y sus subcomponentes del Sistema para el manejo de afiliados y beneficiarios.
- Manual del usuario y del sistema, licencia y sus subcomponentes del Sistema para el manejo del expediente clínico de los afiliados y familias.
- Manual del usuario y del sistema, licencia y sus subcomponentes del Sistema que contenga las características socioeconómicas de los afiliados.
- Manual del usuario y del sistema, licencia y sus subcomponentes del Sistema de registro y manejo de perfil clínico mínimo de ingreso.
- Manual del usuario y del sistema, licencia y sus subcomponentes del Sistema de registro y control de prestadores de servicios de salud.
- Manual del usuario y del sistema, licencia y sus subcomponentes del Sistema de recepción, trámite y solución de PQRSD según lo establecido en el título séptimo de la circular única.
- Manuales técnicos y proyección de la Infraestructura Tecnológica (Software- Hardware).
- Manual del usuario y del sistema, licencia y sus subcomponentes del Sistema de registro y control

proceso de auditoría médica a implantar.

- Documentación correspondiente a los sistemas de Información que contenga: Política de Seguridad Privacidad, Política de Protección de Datos Personales, Planes contingencia de la operación y conti del negocio, Inventario de sistemas de información.

- Documento con el esquema de gobierno de tecnologías de información, los estándares de integración nominal e interoperabilidad por subsistemas (mínimo debe incluir los subsistemas administrativo, c y asistencial), y los estándares de reporte para entrega de información a entidades de control y otras entidades.

Los Planes Voluntarios de Salud que la entidad solicitante radique junto con la solicitud de autorización funcionamiento como Empresa de Medicina Prepagada o Empresa de Servicio de Ambulancia Prep deberán cumplir con el numeral [2.1.3](#) y Planes voluntarios de salud, anexando los documentos descrito en el punto [2.1.3.5.1](#) Elementos de la nota técnica.

Las Empresas de Medicina Prepagada que presten servicios de ambulancia prepagada deberán ceñirse a las normas en materia de medicina prepagada que le fueren aplicable y las disposiciones especiales contenidas en esta Circular; así como, lo establecido en el Título IV de la Ley [9ª](#) de 1979 y lo relacionado con el componente de traslado para la Red Nacional de Urgencias.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título IV de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular Externa [51-5](#) de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.1.3. CAUSALES DE REVOCATORIA O SUSPENSIÓN DE LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

La Superintendencia Nacional de Salud, podrá revocar o suspender la autorización de funcionamiento de la entidad, programa o dependencia que cumpla actividades de Medicina Prepagada, en el marco de las causales definidas en el artículo [2.2.4.1.6](#) del Decreto 780 de 2016, la cual será ordenada mediante resolución administrativa motivada.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título IV de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.2. DEPÓSITO Y MODIFICACIÓN DE PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022>

2.1.1.2.1. PROCEDIMIENTO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto siguiente:>

2.1.1.2.1.1. Previo a la radicación de solicitud de un nuevo plan voluntario de salud, las entidades deberán estar autorizadas para operar como Empresa de Medicina Prepagada (EMP) o Servicio de Ambulatorio Prepagado (SAP).

2.1.1.2.1.2. Radicar la solicitud de depósito o modificación del Plan Voluntario de Salud suscrita por el representante legal o quien haga sus veces, con los documentos descritos en los numerales [2.1.3.2](#) y [2.1.3.3](#), respectivamente, a través del sistema de información que la Superintendencia Nacional de Salud dispone para tal fin.

2.1.1.2.1.3. La Superintendencia Nacional de Salud procederá a efectuar el respectivo registro del Plan en la Base Única de Planes Voluntarios de Salud (BUPVS) de la Superintendencia, dentro del plazo establecido en el artículo [38](#) de la Ley 1438 de 2011. Se reitera que, el depósito se entiende efectuado, solo cuando la entidad radica la información o documentación completa que soporta el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos en el numeral [2.1.3.2](#) o [2.1.3.3](#) según sea el caso.

2.1.1.2.1.4. La Superintendencia Nacional de Salud comunicará a la entidad solicitante que el plan depositado ha sido registrado en un plazo no superior a treinta (30) días calendario e informará el tiempo asignado, y a partir de ese momento se podrá iniciar su comercialización.

2.1.1.2.1.5. En el caso de solicitud de modificación al Plan Voluntario de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará la solicitud e informará mediante comunicación oficial que la modificación quedó incluida en la BUPVS y solo a partir de ese momento podrá iniciar la aplicación de la modificación en su comercialización.

2.1.1.2.1.6. Una vez el plan voluntario de salud sea depositado y registrado, la Superintendencia Nacional de Salud, iniciará la verificación posterior del plan en virtud del artículo [38](#) de la Ley 1438 de 2011.

2.1.1.2.1.7. La verificación del plan voluntario de salud permanecerá en el tiempo hasta cuando el plan sea cancelado por solicitud de la misma entidad o la Superintendencia Nacional de Salud ordene su suspensión o cancelación.

2.1.1.2.1.8. Si en el ejercicio de la función de verificación posterior, la Superintendencia Nacional de Salud presenta observaciones al Plan Voluntario de Salud registrado, requerirá a la vigilada responsable que presente las aclaraciones y los ajustes necesarios para lo cual se concederá un término de un (1) mes, el cual podrá ampliarse por solicitud del vigilado por el mismo término, antes del vencimiento del plazo inicial, y la entidad vigilada las resuelva.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.3. CONDICIONES FINANCIERAS. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022>

2.1.1.3.1. EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

De conformidad con lo dispuesto en el artículo [2.2.4.1.9](#) del Decreto 780 de 2016, las Empresas de Medicina Prepagada deben acreditar un capital mínimo que se calculará tomando los saldos de capital pagado y la reserva legal, y de acuerdo con el rango del número de afiliados que tenga la entidad.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.3.2. EMPRESAS DE SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme lo establecido en el artículo [2.2.4.1.1.8](#) del Decreto 780 de 2016, las Empresas de Servicio de Ambulancia Prepagada deben acreditar un patrimonio mínimo y número de ambulancias de acuerdo con el número de afiliados y beneficiarios que tenga.

Si una sociedad, pretende operar los dos programas bajo la misma persona jurídica debe, acreditar el patrimonio mínimo para la EMP y el patrimonio mínimo para la SAP de forma independiente.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.4. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022>

2.1.1.4.1. PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC). <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

De acuerdo a lo establecido en la Circular Externa 012 de 2016, las empresas de medicina prepagada y las empresas de servicio de ambulancia prepagada deben incorporar estrategias o acciones de mejora frente al PAMEC, teniendo en cuenta que el alcance de este puede ser la Acreditación, el fortalecimiento de la gestión del riesgo para procesos misionales, mejora del programa de seguridad del paciente y el mejoramiento de los resultados de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad, contribuyendo, de esta manera, con las acciones de mejora continua que se hace a través de planes de mejoramiento.

Las empresas de medicina prepagada y las empresas de servicio de ambulancia prepagada deben revisar el Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada que contenga las acciones a realizar frente a los resultados del PAMEC de la vigencia anterior, al igual que el seguimiento al Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, según lo dispuesto en el anexo técnico. En cualquier caso, la Superintendencia Nacional de Salud podrá requerir la inclusión de acciones adicionales al Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, las cuales deben ser adoptadas y monitoreadas por la entidad. El reporte a diciembre incorporará las acciones nuevas y el seguimiento a las acciones de la vigencia anterior. Para el caso del corte a junio, solo se reportará el seguimiento.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integral de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.4.2. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Las empresas de medicina prepagada y las empresas de servicio de ambulancia prepagada deben garantizar la calidad de la información y la oportunidad de reporte a las diferentes fuentes integradas a SISPR a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información.

Protección Social en lo que respecta al Sistema de Información para la Calidad como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SO

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.5. CÓDIGO DE CONDUCTA Y DE BUEN GOBIERNO. <Numeral modificado por la Circular de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Como buenas prácticas para la implementación y fortalecimiento del Gobierno Organizacional y Código de Conducta en las entidades, se recomienda tener en cuenta las medidas mencionadas en la Circular Externa 007 de 2017 modificada por la Circular Externa 2021170000005-5 de 2021 y las demás que la modifiquen o sustituyan.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6. SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022>

2.1.1.6.1. LINEAMIENTOS GENERALES DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS SUBSISTEMAS. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Las entidades deben tener la capacidad institucional para identificar, evaluar, controlar y mitigar los riesgos que puedan afectar el logro de sus objetivos y, especialmente, el cumplimiento de los objetivos del contrato y sus obligaciones contractuales.

Tanto el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos como los Subsistemas que lo componen deben contar con los siguientes elementos mínimos: i) Ciclo General de Gestión de Riesgos, ii) Políticas de Gestión de Riesgos, iii) Procesos y Procedimientos, iv) Documentación, v) Estructura Organizacional.

Infraestructura Tecnológica y vii) Divulgación de la Información y Capacitaciones.

Como se mencionó anteriormente, las entidades deben gestionar todos los riesgos a los que estén expuestas dentro de su operación, y su gestión dependerá de la discrecionalidad y organización que cada entidad quiera dar para su tratamiento. Sin embargo, deberán contemplar como mínimo, los siguientes riesgos prioritarios y sus respectivos subsistemas de administración:

I. Riesgo en Salud.

II. Riesgo Actuarial.

III. Riesgo de Crédito.

IV. Riesgo de Liquidez.

V. Riesgo de Mercado de Capitales.

VI. Riesgo Operacional.

VII. Riesgo de Fallas del Mercado de Salud.

VIII. Riesgo de Grupo.

IX. Riesgo Reputacional.

X. Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

XI. Riesgo de corrupción, opacidad y fraude

XII. Riesgo de soborno

Cabe recordar que, los lineamientos específicos para el Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo se encuentran publicados en la Circular Externa 009 de 2016 (expedida por la SNS) y las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen, y el Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude en la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 y las normas que la modifiquen, sustituyan o eliminen. Las definiciones de los demás riesgos prioritarios por esta Superintendencia se encuentran desagregado literal Lineamientos Específicos para la Gestión de los Riesgos Prioritarios, en cada uno de sus apartados.

Aquellas entidades que a la fecha ya cuenten con políticas, procedimientos y Subsistemas de prevención y control adoptados para gestionar estos riesgos prioritarios, deberán examinarlos a la luz de los parámetros y lineamientos mínimos dispuestos en la presente circular y realizar las modificaciones a que haya lugar.

Es deber de las entidades revisar periódicamente las etapas que comprenden el ciclo y los elementos que hacen parte de cada Subsistema, con el fin de realizar los ajustes que consideren necesarios para su eficiente y oportuno funcionamiento, de tal forma que se tenga en cuenta en todo momento las condiciones particulares de cada entidad y las del mercado en general.

Tal como se listaron anteriormente, para efectos de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos al interior de cada una de las entidades, como mínimo se debe tener en cuenta los elementos generales que a continuación se desarrollan para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos:

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.1.1. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS. <Numeral modificado por la Circular de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Para cada una de las categorías de riesgo a supervisar por esta Superintendencia, se incluyen las siguientes etapas en los Subsistemas de Administración de Riesgos:

2.1.1.6.1.1.1. Identificación de Riesgos: Consiste en reconocer, explorar exhaustivamente y documentar todos los riesgos internos y externos que podrían afectar tanto los objetivos de la entidad como la salud de los usuarios a su cargo, en los casos que aplica, identificando sus causas, efectos potenciales y la posible interrelación entre los diferentes tipos de riesgos, para lo cual se recomienda la utilización de normas y técnicas nacionales o internacionales.

Para esta identificación, las entidades podrán seleccionar las metodologías y técnicas que considere adecuadas, dentro de las que se encuentran estudios científicos, encuestas, entrevistas estructuradas con expertos, talleres, lluvia de ideas, técnicas de escenarios, entre otros.

2.1.1.6.1.1.2. Evaluación y Medición de Riesgos: Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. También se debe considerar el análisis de los riesgos inherentes y residuales, y su participación en el riesgo neto global. Se entenderá por valoración del riesgo, la medida cualitativa o cuantitativa, de su probabilidad de ocurrir y su posible impacto.

En la medida que avance el plan de implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, las entidades deberán contar con evaluaciones cuantitativas o cualitativas relacionadas con la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados y su impacto; independientemente del modelo que se adopte y justificado en los avances de la información disponible, estos deben estar sustentados técnicamente y documentados.

Es así como para la evaluación y medición de cada uno de los riesgos identificados, la entidad debe contar con información suficiente, completa y de calidad para generar los mejores pronósticos. Si la entidad cuenta con este recurso, esta debe establecer mecanismos para tener estimaciones consistentes para la valoración de los riesgos asumidos y deberá documentar las hipótesis y supuestos de sus modelos, así como la información que se tuvo en cuenta para su cálculo, mientras logra obtener la información requerida y necesaria.

2.1.1.6.1.1.3. Selección de Estrategias para el Tratamiento y Control de los Riesgos: Una vez identificados y evaluados los riesgos, a excepción de los riesgos en salud, deben compararse con los límites (tolerancia) establecidos por los riesgos aprobados por la instancia definida en el Gobierno Organizacional de la entidad y su política.

riesgos, siempre dentro del marco normativo como referencia. Todo riesgo que exceda los límites o desviaciones aceptadas debe ser objeto de actividades de mitigación y control a fin de regresar al nivel de riesgo tolerado, conforme la estrategia adoptada. En cuanto a los riesgos en salud, estos límites hacen referencia a los máximos permitidos por la normatividad vigente, estándares internacionales y sin perjuicio de lo anterior, de acuerdo con lo que establezca la entidad en sus políticas, siempre que estén en pro del beneficio de la población afiliada.

Se deben determinar las acciones tendientes a gestionar los riesgos a los que se ve expuesta la entidad de acuerdo con los niveles de riesgo determinados y las tolerancias al riesgo definidas.

Todas las acciones de gestión del riesgo deberán identificar formalmente responsables, plazos, forma de ejecución y reportes de avances los cuales deben corresponder a la complejidad de la operación de la entidad. Asimismo, deberán estar aprobadas por la instancia del Gobierno Organizacional que corresponde.

2.1.1.6.1.1.4. Seguimiento y Monitoreo: Una vez establecidos los posibles mecanismos o un conjunto de ellos, para la mitigación y control de los riesgos que se han identificado como relevantes para la entidad, después de realizar un análisis de causa y efecto para determinar los puntos más críticos a intervenir y la mayor prelación, esta deberá poner en práctica tales mecanismos y reflejarlos en un plan de implementación de las acciones planteadas en la fase anterior, guardando correspondencia con las características propias de cada entidad, teniendo en cuenta el grado de complejidad, el tamaño y el volumen de sus operaciones. Asimismo, con el fin de realizar el respectivo seguimiento y monitoreo permanente y continuo de la evolución de los perfiles de riesgo y la exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de cada uno de los riesgos identificados, la entidad debe desarrollar un sistema de alertas tempranas que permita la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización, con una periodicidad acorde con los eventos y los factores de riesgo identificados como potenciales, así como con la frecuencia y naturaleza de los mismos.

El diseño de dicho sistema de alertas debe incluir la definición de los límites máximos de exposición y los niveles aceptables de riesgo previamente establecidos por la entidad teniendo en cuenta los análisis realizados, la normatividad vigente y los criterios definidos en la política de gestión de riesgo de cada entidad.

Las mediciones de riesgos esperadas, los riesgos derivados y sus controles deben ser contrastados regularmente con la realidad observada, de forma tal que permita establecer si los Subsistemas de Administración de Riesgos han logrado su mitigación y la corrección oportuna y efectiva de eventuales deficiencias. De esta manera la entidad debe contar con indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos residuales y netos, y, que estos a su vez se encuentren y se mantengan dentro de los niveles de aceptación previamente establecidos por la entidad.

De llegarse a presentar desviaciones o que se superen los límites previamente establecidos, se debe establecer planes de contingencia para intervenir y tratar los diferentes riesgos, teniendo en cuenta la variabilidad de los riesgos identificados, con el propósito de ajustar las desviaciones lo más pronto posible. Todas las acciones y actividades incluidas en estos planes deben contener la definición de los estándares de seguimiento y monitoreo, además de contar con un responsable, plazos, periodicidad, reportes de avances y de evaluaciones periódicas sobre las estrategias seleccionadas que incluyan el monitoreo de los indicadores propuestos para el seguimiento de las acciones de gestión del riesgo planteadas, los cuales deben ser definidos mediante un cronograma y ser objeto de un proceso de verificación y calidad de la información. Los planes de contingencias resultantes del seguimiento a riesgos deben ser coherentes con otras medidas de contingentes o planes de mejoramiento resultantes de otras actividades de control, internas o externas, de lograr soluciones estructurales e integrales a las problemáticas identificadas.

En esta etapa cobra importancia la implementación de mecanismos de retroalimentación donde se p la comunicación dinámica y continua y la entrega de los reportes gerenciales y de monitoreo donde evalúen los resultados obtenidos, su evolución y la ejecución de los controles y estrategias impleme para mejorar el desempeño en la mitigación de los factores de riesgo en cada uno de los Subsistema Administración de Riesgo, y que van dirigidos a todos los involucrados tanto externos como intern especial a los órganos de seguimiento definidos por el Gobierno Organizacional de cada entidad. L determina la necesidad de implementar planes de mejora en donde se desarrollen estrategias de incorporación de cambios para mejorar los resultados en la gestión de riesgos de la entidad.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que admin Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Inte de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.1.2. POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) El nuevo texto es el siguiente:>

Las entidades Deben adoptar, en el marco de su Sistema de Administración de Riesgos, las directrices lineamientos generales que permitan el desarrollo de su ciclo de gestión de forma eficiente y oportu mínimo. Cada una de las etapas y elementos para cada uno de los Subsistemas de Administración d Riesgos deben contar con políticas claras y aplicables y ser adoptadas y/o aprobadas por la Junta Di el Consejo de Administración o quien haga las veces como máximo órgano de administración, el c establecerá los mecanismos y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de dichos mandat las normas que le son aplicables al proceso de gestión de cada riesgo inherente.

Las Políticas de Gestión de Riesgos serán revisadas periódicamente y como mínimo una vez al año fin de actualizarlas teniendo en cuenta las condiciones particulares de cada entidad y a las del merc general. Tanto la aprobación como las modificaciones que se efectúen a dichas políticas, deben ten constancia en acta del máximo órgano de administración, de la Junta Directiva o quien haga sus ve

Las políticas que se adopten para la administración de cada uno de los Subsistemas de Administrac Riesgos deben contemplar como mínimo, los siguientes aspectos en su diseño y operación:

- a) Establecer los elementos necesarios para garantizar la alineación de la planeación estratégica insi (objetivos y compromisos de la entidad) frente al contexto normativo en materia de la gestión de lo diversos riesgos.
- b) Instaurar una cultura de autocontrol, autorregulación, autogestión y mejoramiento continuo en to niveles de la Entidad, inspirada y liderada por el máximo órgano de gobierno, que oriente el desarr competencias en la gestión de riesgos.
- c) Comunicar a todos los niveles de la organización sobre la política de gestión de riesgos estableci

d) Fijar lineamientos de ética y conducta que orienten el actuar de los funcionarios de la entidad para el oportuno y efectivo funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Hacerse constancia por escrito de estas políticas e incorporarse en el Código de Conducta y Buen Gobierno que debe incluir disposiciones sobre la confidencialidad de la información, manejo de información privilegiada y conflictos de interés.

e) Generar la documentación interna y externa necesaria para la adecuada gestión de los riesgos. En ella se encuentran los manuales, instructivos, volantes, intranet, páginas web, entre otros.

f) Identificar los factores y actores (usuarios, clientes y/o contrapartes, socios, trabajadores, empleados, proveedores, entre otros) tanto externos como internos, que puedan afectar los objetivos de una adecuada implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos en la Entidad, y de esta manera poder trabajar de forma independiente.

g) Especificar de manera clara y precisa los criterios para cada una de las etapas del ciclo de gestión de riesgos en cada riesgo identificado.

h) Determinar la directriz institucional en materia de la exposición como mínimo frente a los riesgos prioritarios, reflejando su nivel máximo de tolerancia, acorde con las metodologías para definir las categorías de calificación establecidas por la entidad.

i) Disponer los criterios para la definición de límites frente a posibles pérdidas y a niveles máximos de exposición frente a los distintos tipos de riesgos.

j) Instaurar los procedimientos a seguir en caso de que se presenten comportamientos aislados, desviaciones, se sobrepasen los límites o se presente el incumplimiento a alguna de las políticas previamente establecidas por cada entidad bajo un análisis autónomo, al enfrentar cambios fuertes e inesperados en las condiciones de la entidad, por ejemplo.

k) Establecer las acciones necesarias y oportunas en respuesta a los cambios en el perfil de riesgo de la Entidad.

l) Establecer la periodicidad de revisión de la política, con la que se ajuste en todo momento a las condiciones particulares de la entidad y a las del sector en general.

m) Efectuar un monitoreo periódico al cumplimiento de los lineamientos de los Subsistemas de Administración de Riesgos y como mínimo al comportamiento de cada uno de los riesgos prioritarios.

n) Fijar políticas de Sistemas de Información y manejo de bases de datos. Las Entidades deberán incluir en sus políticas, los criterios de seguridad y calidad de la información de todas y cada una de sus operaciones, así como de la información remitida a la Superintendencia Nacional de Salud y demás Organismos Gubernamentales, en los diferentes formatos, además de las respuestas a los requerimientos exigidos.

o) Instaurar políticas para garantizar que se cuente con información adecuada para la cuantificación de los diferentes riesgos. En caso de no contar con la información suficiente, se debe establecer un plan de acción en donde se identifiquen los plazos y las actividades que se realizarán para contar con dicha información.

p) Garantizar que cuando se presenten cambios en las metodologías de cuantificación de los diferentes riesgos, se evalúe el impacto y se documenten dichos cambios de una manera adecuada.

q) Establecer los lineamientos del sistema de control interno y el monitoreo frente a los diferentes riesgos.

r) Definir los criterios y los tipos de reportes gerenciales y de monitoreo tanto internos como externos, como la forma y frecuencia de la presentación de los resultados de la administración de los diferentes riesgos.

s) Precisar los parámetros generales de la infraestructura tecnológica y el equipo técnico necesario para el adecuado funcionamiento de la gestión de riesgos.

t) Delimitar sus nichos de mercado. La política debe precisar las características básicas de los afiliados y proveedores de servicios, de igual forma establecer los mercados en los cuales puede actuar la Entidad.

u) Conformar voluntariamente un Comité de Gestión de Riesgos.

v) Designar voluntariamente, y de acuerdo con su estructura, un área especializada en la gestión de riesgos de la entidad. Sin perjuicio de la conformación de esta instancia, las entidades deben velar por una estructura organizacional que permita un desarrollo apropiado del Código de Conducta y buenas prácticas de Gobierno en pro de la mejora continua en la implementación y administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de sus subsistemas.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.1.3. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Las Entidades deben establecer los procesos y procedimientos que instrumenten la Política de Gestión de Riesgos que cada entidad establezca y que sean aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgos.

Los procesos y procedimientos que se adopten deben cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

a) Instrumentar las diferentes etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.

b) Garantizar el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, de modo que se puedan adoptar oportunamente los correctivos necesarios.

c) Contemplar las acciones a seguir en caso de incumplimiento de los límites fijados y los casos en los cuales se deban solicitar autorizaciones especiales.

d) Generar informes internos y externos, que permitan la toma de decisiones de manera oportuna en las instancias de la organización.

e) Garantizar que como mínimo las actividades de control del cumplimiento de los límites de los riesgos económicos y financieros prioritarios sean llevadas a cabo por un área funcional diferente al área de tesorería.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.1.4. DOCUMENTACIÓN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS. <Numeral modificado por Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Las etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos deben quedar plasmados en documentos y registros, garantizando la integridad, oportunidad, trazabilidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.

Los procesos y procedimientos mencionados en el anterior numeral se deben adoptar y plasmar mediante manuales, en los cuales deben quedar claramente definidas las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas para cada uno de los funcionarios de los diferentes órganos de dirección, administración y control involucrados en la administración de los diversos riesgos.

Esta documentación debe contener como mínimo lo siguiente:

- a) Las políticas para la administración de cada uno de los riesgos.
- b) Las metodologías y procedimientos para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos identificados. A su vez, el establecimiento de los niveles de aceptación y límites de exposición.
- c) La estructura organizacional que garantice el desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos y que, a su vez, fortalezca el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
- d) Los roles y responsabilidades de quienes participan en la gestión de los diversos riesgos identificados, especialmente los prioritarios.
- e) Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas y objetivos de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- f) Los procesos y procedimientos que deben implementar los órganos de control interno frente a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- g) Las estrategias de capacitación y divulgación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

Asimismo, la entidad debe mantener en todo momento y a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud la documentación que trata la presente circular y debe tener en cuenta como mínimo lo siguiente:

- a) Las actas del máximo órgano de administración, de la Junta Directiva o quien haga sus veces, donde conste la aprobación de las políticas de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.
- b) Los instructivos o manuales que contengan los procesos y procedimientos a través de los cuales se aplica a la práctica las políticas aprobadas para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos; los documentos deberán ser firmados por el Representante Legal y ser de fácil consulta y aplicación al interior de la organización.
- c) El Código de Conducta y Buen Gobierno de las entidades.
- d) Los informes presentados por la Junta Directiva o quien haga sus veces, el Representante Legal y el Comité de Riesgos. Entre estos debe encontrarse un reporte sobre el cumplimiento de los límites y la exposición de los diferentes riesgos, particularmente los prioritarios.
- e) Los informes presentados por los órganos de control, como el Revisor Fiscal, sobre el funcionamiento y los resultados de la implementación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- f) Las actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del informe del Comité de Riesgos y el Revisor Fiscal.
- g) Las actas del Comité de Riesgos, del Comité de Contraloría Interna, y los reportes a la Junta Directiva al Representante Legal.
- h) Las constancias de las capacitaciones impartidas a todos los empleados, socios, directivos, administradores y cualquier otra persona que tenga vinculación con la entidad sobre el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, con el fin de asegurar que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización.
- i) Los documentos y registros que evidencien el funcionamiento oportuno, efectivo y eficiente de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- j) Las metodologías, parámetros, fuentes de información y demás elementos utilizados para la medición de cada uno de los riesgos.
- k) El procedimiento a seguir en caso de incumplimiento a los límites preestablecidos en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- l) Disponer de un respaldo físico o en medio magnético de la documentación mencionada en este numeral.
- m) Establecer requisitos de seguridad, de forma tal, que se permita la consulta a información sensible únicamente por parte de funcionarios autorizados.
- n) Determinar criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de la información. Tanto las políticas como el manual de procesos y procedimientos de la entidad, las bases de datos utilizados para la gestión de los diversos riesgos y con especial énfasis en los prioritarios, y demás información, documentación y lineamientos que estén referenciados en esta Circular, deben estar a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud para ser revisados y validar que cumplen con lo establecido en la presente Circular.

Asimismo, la SNS en virtud de sus funciones de IVC, podrá requerir dicha información en cualquier momento.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.1.5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que se encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos, para el diseño y adopción de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, se deben establecer como mínimo las siguientes actividades a cargo de los órganos de dirección, administración y el revisor fiscal de las entidades dentro de sus Códigos de Conducta y Buen Gobierno:

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.1.5.1. REPRESENTANTE LEGAL. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Dentro de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, se deberán asignar como mínimo las siguientes funciones al cargo del Representante Legal:

- a) Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva.
- b) Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos y reportar los casos que aplique, y mantener informada a la Junta Directiva.

- c) Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar o exceder los límites de exposición frente a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.
- d) Hacer seguimiento y pronunciarse respecto de los informes periódicos que presente el Comité de Riesgos o el Órgano equivalente sobre el grado de exposición de riesgos asumidos por la entidad y los controles realizados, además de los informes presentados por la Revisoría Fiscal. Lo anterior debe plasmarse en un informe a la Junta Directiva o, quien haga sus veces, y hacer énfasis cuando se presenten situaciones anormales como mínimo en algún riesgo prioritario o existan graves incumplimientos a las políticas, procesos y procedimientos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- e) Realizar monitoreo y revisión de las funciones del área de control interno.
- f) Velar porque se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tenga relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- g) Vigilar cuidadosamente las relaciones de todas las personas que hacen parte de la entidad tanto internamente como externamente, para identificar y controlar de manera eficiente los posibles conflictos de interés que puedan presentarse.
- h) Informar de manera oportuna a la Superintendencia Nacional de Salud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente o prevea que pueda presentarse como mínimo en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se propone poner en marcha por parte de la entidad para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

- <Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.1.5.2. ÁREA DE GESTIÓN DE RIESGOS. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, el nuevo texto es el siguiente:>

De manera voluntaria y sin perjuicio del cumplimiento de otras disposiciones, las entidades podrán contar con un área de apoyo, orientadora y de evaluación, que estará a cargo de la administración y gestión de los diferentes riesgos a los cuales las entidades se encuentran expuestas (incluyendo los riesgos prioritarios) a través de la identificación, medición, control y monitoreo de cada uno de ellos de tal manera que se realice la evaluación continua del ciclo para detectar las desviaciones y generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento y demás información que requiera el Comité de Riesgos, en los casos que lo amerite, mediante el trabajo conjunto con todas las áreas. En caso de que la entidad recurra a un outsourcing o tercerización de todo o parte de lo anteriormente descrito, debe contar con mecanismos y procedimientos que le permitan garantizar que los objetivos de la función de gestión de riesgos se estén cumpliendo.

cabalidad.

En caso de que exista, esta Área de Gestión de Riesgos debe ser independiente y sin sesgos de las áreas funcionales de la entidad relacionadas con la salud, las autorizaciones, las áreas encargadas de las negociaciones como son compras, tesorería, entre otros. Queda a discreción de cada entidad, contar con una área de gestión de riesgos de acuerdo con su estructura, tamaño, naturaleza, y demás características particulares.

En caso de no contar con esta área, se pueden otorgar funciones de gestión de riesgos en cada uno de los procesos (especialmente los más significativos y sensibles para el funcionamiento) a funcionarios de diferentes áreas de manera transversal dentro de la misma entidad. Sin embargo, el responsable de la gestión de riesgos deberá pertenecer al segundo nivel jerárquico (depender directamente de la Gerencia y/o Dirección de la entidad) con poder de decisión que le permita cumplir de manera adecuada con sus funciones, atendiendo a la naturaleza y estructura propia de cada entidad o grupo empresarial oficialmente reconocido a la que pertenezca.

El área de gestión de riesgos o quien haga sus veces, debería tener como mínimo las siguientes funciones:

- a) Apoyar en el diseño de las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto.
- b) Sugerir al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, los ajustes o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- c) Proponer al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, el manual de procesos y procedimientos a través de los cuales se llevarán a la práctica las políticas aprobadas para la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos. Asimismo, velar por su actualización, divulgación y apropiación en todos los niveles de la organización y su operatividad.
- d) Velar por el adecuado diseño e implementación de los controles a los diferentes riesgos para mitigar su impacto, en todos los niveles de la organización y su operatividad.
- e) Realizar seguimiento o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y controles establecidos.
- f) Apoyar a las áreas en la identificación y evaluación de los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, las observaciones y recomendaciones que considere pertinentes.
- g) Monitorear el nivel de capital mínimo y de patrimonio técnico de la entidad, cuando así lo establezca la normatividad vigente.
- h) Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
- i) Participar en el diseño y desarrollo como mínimo de los programas de capacitación sobre los riesgos prioritarios y velar por su cumplimiento. Incluir por lo menos los riesgos de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- j) Analizar los informes presentados por la Auditoría Interna o quien haga sus veces, y los informes presentados por el Revisor Fiscal para que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas.

respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

k) Monitorear e informar al Comité de Riesgos, en los casos que aplique, el avance en los planes de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.1.5.3. ÓRGANOS DE CONTROL. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El texto es el siguiente:>

El diseño, desarrollo y ejecución de políticas para la gestión de riesgos deben contemplar procesos de auditoría y control tanto internos como externos, mediante los cuales se audite el cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos.

Los órganos de control deben abarcar todas las áreas de la organización, aplicando para cada una de ellas los objetivos, principios, elementos y actividades de control, información, comunicación y otros fundamentos del sistema. No obstante, por su particular importancia se considera pertinente entrar a analizar algunos aspectos relacionados con las áreas de salud, financiera y tecnología.

Las entidades deben establecer instancias responsables de efectuar una revisión y evaluación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, compuesto por cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, así como por otros riesgos identificados por cada entidad, las cuales deben informar oportunamente a los órganos competentes, de las inconsistencias y falencias que detecte respecto a la implementación de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos o la violación a los límites establecidos.

Los órganos de control serán, por lo menos, Revisoría Fiscal y la Auditoría Interna, cuando aplique deberán identificar las operaciones realizadas con entidades o personas vinculadas a la entidad, y por medio de revisiones independientes para validar la efectividad del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad y de los Subsistemas por los cuales está conformado, además de las responsabilidades y obligaciones que se encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias o en reglamentos.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.1.6. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) El nuevo texto es el siguiente:>

Las entidades deben disponer y utilizar la infraestructura tecnológica y los sistemas necesarios para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, las cuales deben generar informes confiables sobre dicha labor y contar con un soporte tecnológico acorde a sus actividades, operaciones, riesgos asociados y tamaño. Cuando no se cuente con dicha infraestructura debe establecer un plan de acción para cubrir esta falencia en el menor tiempo posible.

Además, deben contar con procesos que permitan realizar un control adecuado del cumplimiento de las políticas y límites establecidos, además de contar con un plan de conservación, custodia y seguridad de la información tanto documental como electrónica.

Los parámetros utilizados en las aplicaciones informáticas para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos que componen el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos deben estar basados en supuestos fundamentados y ser revisados periódicamente.

Asimismo, las entidades deben centralizar la información relacionada con la gestión de riesgos, por lo que deben contar con un sistema adecuado de consolidación eficaz de los distintos riesgos para la toma de decisiones efectivas, el cual deberá ser validado por lo menos una vez al año.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.1.7. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CAPACITACIONES. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Por un lado, la entidad debe garantizar que el personal vinculado tenga conocimiento de los productos y líneas de negocio que tenga la Entidad, además de los procedimientos administrativos y operativos asociados a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Para ello la entidad debe diseñar y programar y coordinar planes de divulgación y capacitación como mínimo una vez al año a todos los funcionarios de la entidad y con mayor énfasis a las áreas involucradas en la gestión de estos riesgos, las políticas, procedimientos, herramientas y controles adoptados por parte de la entidad para dar

cumplimiento al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

La divulgación y capacitación sobre cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos del parte de los procesos de inducción de los nuevos empleados. Se debe dejar constancia de las capacitaciones realizadas por medio de la presentación de una prueba de los temas expuestos a los participantes, para incentivar la adherencia y el entendimiento, y, en donde se indique como mínimo la fecha, los temas tratados y el nombre de los asistentes.

Por otro lado, la entidad debe diseñar un sistema efectivo, veraz, eficiente y oportuno de manejo de información capaz de generar reportes, tanto internos como externos, que garanticen el funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, teniendo en cuenta los procesos y procedimientos establecidos para cada uno.

Este sistema de información debe ser funcional y permitir la dirección y control de la operación en adecuada. Además, estos sistemas deben garantizar que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad), cumplimiento, para lo cual se deben establecer controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.1.7.1. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN INTERNA. <Numeral modificado por la [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Como resultado del monitoreo y control de cada uno de los riesgos identificados y especialmente los prioritarios, las entidades deben elaborar reportes semestrales como mínimo, que permitan establecer el perfil de riesgo.

Asimismo, debe elaborar informes de gestión, al cierre de cada ejercicio contable, sobre el cumplimiento de las políticas, los límites establecidos y su grado de cumplimiento, el nivel de exposición a los diferentes riesgos a los que se ven expuestas las entidades que incluya los prioritarios y la cuantificación de los riesgos de la posible materialización de estos sobre la salud de la población afiliada, las utilidades, el patrimonio y el perfil de riesgo de la entidad.

Estos informes deben dirigirse por lo menos al Representante Legal y a la Junta Directiva o quien lo reemplace y los líderes de los procesos involucrados, los cuales deben quedar plasmados en acta donde se socialicen. Adicionalmente, estos deben ser presentados de manera comprensible y deben mostrar las exposiciones por tipo de riesgo y de la manera más desagregada, detallada y clara posible.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.1.7.2. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN EXTERNA. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Los administradores de la entidad deben incluir en su informe de gestión, dentro de las notas a los estados financieros al cierre de cada ejercicio contable, un apartado sobre la gestión adelantada en materia de administración como mínimo de los subsistemas de gestión de riesgos descritos en esta circular. En este sentido, las notas deberán contener un resumen de su situación en materia de la administración de riesgos con información tanto cualitativa como cuantitativa.

Por un lado, la información cualitativa es indispensable para elaborar y proveer una mejor comprensión de los estados financieros de las entidades, por tanto, es necesario que las entidades informen sobre su estrategia de negocio, objetivos de negocio, estrategias y filosofía en la gestión de riesgos y los controles implementados para mitigarlos. Además, la información revelada debe considerar los cambios potenciales en los niveles de riesgo, cambios materiales en las estrategias y límites de exposición para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

Por otro lado, las entidades deben revelar al público en general, la información cuantitativa sobre la exposición integral de los riesgos (como mínimo de los subsistemas de riesgos definidos en esta circular), como resultado de sus políticas y metodologías internas aplicadas para su control, de acuerdo con lo que los administradores de la entidad consideren pertinente revelar, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiado, confidencial o reservado, respecto de la cual se deben adoptar todas las medidas que consideren necesarias para su protección, incluyendo lo relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.

Las características de la información divulgada estarán relacionadas con el volumen, la complejidad y el perfil de riesgo de las operaciones que maneje cada entidad. Asimismo, las entidades deberán mantener la disposición del público en general, a través de medios que garanticen su acceso, la información generada debe ser suficiente para que haya un adecuado y cabal entendimiento respecto de la estructura que la entidad tenga diseñada e implementada, para la identificación, medición y control integral de cada uno de los subsistemas definidos en esta circular, de acuerdo con los mecanismos de rendición de cuentas que la entidad haya establecido en sus políticas.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2. LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS DE LOS SUBSISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Adicional a lo establecido en el capítulo de lineamientos generales, el presente numeral contiene los lineamientos específicos, que deben tener como mínimo los Subsistemas de Administración de Riesgos para cada uno de los riesgos prioritarios (salud, actuarial, crédito, liquidez, mercado de capitales, operaciones, fallas de mercado, riesgo de grupo y finalmente para la gestión del riesgo reputacional), sin perjuicio de los demás riesgos identificados por la entidad. Estos lineamientos aplican de acuerdo con el plan voluntario que ofrezcan las entidades.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.1. GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Se entiende por Riesgo en Salud, la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y prevenible para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. En este caso, el evento se entiende como la ocurrencia de la enfermedad, su evolución desfavorable o su complicación y las causas que son los diferentes factores asociados a los eventos⁽⁹⁾.

De esta manera, el presente numeral, incluye el marco institucional y el ciclo de gestión de riesgo y, asimismo, lo dispuesto en el presente numeral se entiende sin perjuicio de los requisitos establecidos. Las entidades deben acreditar las entidades por normas superiores de las autoridades competentes que regulen la materia.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.1.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO EN SALUD. <Numeral modificado por la Circular de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

La identificación de riesgos en salud puede realizarse mediante la metodología de preferencia de la entidad y debe comprender, por lo menos, los siguientes análisis en el marco de los planes voluntarios auto

Las Empresas de Medicina Prepagada (EMP) deben tener en cuenta:

- a) Caracterización de la población afiliada según el curso de vida, los grupos de riesgo, que incluya identificación del territorio y la estructura demográfica, un análisis de la morbilidad y mortalidad, y determinantes sociales de la salud, así como los demás análisis que la entidad considere necesarios.
- b) Caracterización de los factores de riesgo de la población afiliada sana.
- c) Caracterización del riesgo propio derivado de la gestión preventiva, a partir de las acciones sobre factores de riesgo generales y específicos identificados en la caracterización de la población.
- d) Caracterización del riesgo propio derivado de la gestión de recuperación de la salud, a partir de la información general sobre el acceso y oportunidad a los servicios de salud, así como el acceso específico por parte de la población o condiciones de interés identificadas.
- e) Caracterización de la red de prestadores de servicios contratada, teniendo en cuenta la caracterización de la población y las categorías de riesgo identificadas; debe incluir un análisis en términos de habilitación, suficiencia, contratación, resultados en salud y la gestión del riesgo clínico transferido por la red de servicios (seguridad del paciente).

Y los Servicios de ambulancia Prepagada los siguientes:

- a) Caracterización de la población afiliada según el curso de vida, la estructura demográfica e identificación del territorio. Debe incluir la identificación de los grupos de riesgo (identificación de los factores de riesgo de interés público captados), un análisis de la morbilidad y mortalidad, y de la siniestralidad atendida, así como los demás análisis que la entidad considere necesarios.
- b) Caracterización de los eventos adversos prevenibles ocurridos en la prestación de los servicios, así como la identificación de los procesos asistenciales de mayor riesgo. Se deben tener en cuenta aquellos descritos en la literatura y en los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

Adicionalmente, las entidades deberán realizar valoraciones complementarias que permitan establecer los factores de riesgo y causalidades específicas a su población. La identificación del riesgo en salud se

realizar utilizando la información disponible en las diferentes fuentes oficiales de información, incluida la información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), de las entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social, la información propia de la entidad y las demás pertinentes para el análisis.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integral de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.1.2. MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DEL RIESGO EN SALUD. <Numeral modificado por Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Posterior a la identificación de los riesgos en salud se debe realizar la medición y evaluación de estos, lo cual, las entidades deberán establecer una metodología para determinar el nivel de riesgo, que debe contemplar:

- a) Establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados, la severidad y el impacto sobre la salud de la población.
- b) Incluir una matriz de priorización de riesgos en salud acorde con los criterios de valoración definidos por la entidad y armonizados con los lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y con las prioridades territoriales y poblacionales.
- c) Definir los límites de tolerancia para cada riesgo o factor de riesgo identificado de forma tal que establezcan metas de control o mitigación para el sistema de gestión; pero priorizando los recursos para aquellos riesgos de mayor importancia según el ejercicio anterior
- d) Priorizar aquellos riesgos de mayor importancia, sin que eso implique ignorar, dejar de vigilar y de evitar, otros riesgos que se consideran de menor importancia y que pueden estar presentes en la entidad.

Se recomienda que la metodología implementada por la entidad contemple el análisis de brechas por indicadores de salud y el análisis de la caracterización de la población afiliada, teniendo como como mínimo las metas distritales, departamentales y/o nacionales. Para los casos en los que no existan normas normativas o metas públicas nacionales, las entidades podrán realizar análisis de distribución, u otros tipos de análisis que se alineen con el direccionamiento estratégico de la entidad, para determinar así sus brechas institucionales.

Asimismo, la metodología deberá incluir mecanismos de procesamiento, manejo y análisis de información, así como herramientas específicas para establecer el riesgo inherente poblacional e individual y estimar el riesgo neto una vez aplicados los tratamientos o controles.

Aquellas entidades que no tengan una medición de riesgo inherente inicial en el momento de la expedición

de la presente Circular deberán iniciar con dicha medición. Por otro lado, aquellas que cuentan con medición inicial, deberán desarrollar la estimación del riesgo neto después de aplicados los controles y medidas de mitigación correspondientes al riesgo inherente.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.1.3. TRATAMIENTO Y CONTROL DEL RIESGO EN SALUD. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Los métodos de tratamiento y control, con los que la entidad deberá contar, deben estar soportados por una metodología que le permita de forma sistemática y holística, establecer acciones coordinadas, integrales y costo efectivas encaminadas al tratamiento y control de los riesgos en salud de sus afiliados, incluyendo estrategias para el mantenimiento de la población sana, de acuerdo con el territorio.

Se consideran como elementos mínimos para la selección e implementación del tratamiento y control los siguientes:

- a) La adopción de los diferentes lineamientos y estándares nacionales e internacionales para la atención en salud de sus afiliados de acuerdo con el curso de vida y los grupos de riesgos en salud.
- b) El desarrollo de planes o programas individuales y colectivos de salud orientados a intervenir los riesgos identificados con el fin de abordarlos y mitigarlos, incluyendo el diseño de estrategias para fomentar el autocuidado de los afiliados, teniendo en cuenta el entorno y la cultura.
- c) El diseño de planes o programas de intervención sobre enfermedades crónicas priorizadas por la entidad con el propósito de disminuir su prevalencia y mitigar los efectos negativos por la evolución y las complicaciones derivadas.
- d) El desarrollo de un plan individual para el tratamiento del riesgo del afiliado priorizado, orientado a intervenir factores de riesgo y/o gestionar su enfermedad de acuerdo con su complejidad clínica.
- e) La definición de los resultados e impactos esperados por las diferentes intervenciones de los planes o programas individuales y colectivos establecidos por la entidad según los riesgos priorizados.
- f) La planificación, organización y gestión de la red de servicios requerida para atender las necesidades de la población afiliada.
- g) La utilización de modelos de contratación y mecanismos de pago orientados a la obtención de recursos para la atención en salud y pago por desempeño e incentivos, los cuales deben ir articulados con el Modelo de Atención en Salud planteado por la entidad.

- h) La articulación de los diferentes procesos y procedimientos institucionales con el fin de facilitar a los servicios de salud a los afiliados.
- i) La implementación de actividades para la gestión de la oferta y la demanda de servicios de salud población afiliada.
- j) La implementación de jornadas de capacitación a su red de prestadores de servicios de salud, hac énfasis en el procedimiento de evaluación y adherencia de guías y protocolos de práctica clínica, no técnicas, lineamientos y orientaciones.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.1.4. SEGUIMIENTO Y REVISIÓN. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. texto es el siguiente:>

Para el seguimiento rutinario de las actividades que se están implementando para cada uno de los riesgos, las entidades de acuerdo con el plan / producto que estén comercializando deben desarrollar como mínimo:

- a) La evaluación sistemática y periódica de los resultados e impactos esperados por las diferentes intervenciones de los planes o programas individuales y colectivos establecidos por la entidad según los riesgos priorizados.
- b) La evaluación sistemática y periódica de indicadores de salud y del desempeño del componente de seguridad del paciente de la población afiliada con el fin de monitorear el cumplimiento de las metas, los riesgos en salud identificados acorde con los niveles de aceptación de los riesgos netos establecidos por la entidad.
- c) El seguimiento y evaluación de la articulación de los procesos y procedimientos institucionales que facilitan el acceso a los servicios de salud.
- d) Un plan de seguimiento a los riesgos en salud que incluya indicadores de gestión que permitan identificar si los riesgos netos se encuentran en los niveles de aceptación establecidos por la institución.
- e) El establecimiento de las condiciones de medición del desempeño del componente de seguridad del paciente que incluya para cada uno de los riesgos identificados:
 - Meta del nivel de riesgo o de frecuencia del evento
 - Fecha en la que se debe alcanzar la meta

- Responsable de la meta
- Plan de intervención (estrategias)
- Indicadores de proceso (cumplimiento de las estrategias o planes de acción).
- Indicadores de eficiencia y efectividad.
- Periodicidad de seguimiento
- Responsable del seguimiento

b) Un plan de comunicación dirigido al cliente interno y externo sobre la evolución de los resultados obtenidos del sistema de gestión de riesgo en salud y su ejecución.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.2. GESTIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Se entiende por riesgo actuarial la posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a la ocurrencia de diferentes sucesos futuros e inciertos. Las Entidades de Medicina Prepagada y Servicios de Ambulancia Prepagada deben identificar todos los posibles riesgos actuariales que puedan generar pérdidas, algunos ejemplos de ellos son:

- Riesgos de incremento inesperado en los índices de morbilidad y en los costos de atención: Corresponde a la posibilidad de pérdida que se genera como consecuencia de variaciones considerables en las condiciones de morbilidad de la población afiliada, así como pérdidas derivadas de incrementos inesperados en los costos de atención.
- Riesgo de Longevidad: Posibilidad de pérdida como consecuencia de que un plan pueda tener pérdidas futuras por el envejecimiento de sus afiliados.
- Riesgos de cambios tecnológicos: Corresponde a la posibilidad de pérdida debido a la incorporación de nuevas tecnologías, que requieran incrementos en la financiación del plan voluntario de salud.
- Riesgos de insuficiencia de reservas técnicas: Posibilidad de pérdida como consecuencia de una subestimación en el cálculo de las reservas técnicas y otras obligaciones contractuales (servicios ambulatorios facturados, prima no devengada, insuficiencia en la prima).
- Riesgo de tarifación: Posibilidad de pérdida como consecuencia de que las tarifas o precios de los planes sean inferiores a los costos de atención.

voluntarios de salud resulten insuficientes para cubrir las obligaciones futuras que de ellos se derivan.

Las políticas de gestión de riesgo actuarial deben considerar la forma en que se relacionan con las políticas de gestión del capital de la entidad, esto no implica el uso de un modelo de capital económico, pero sí demanda que, dada la naturaleza y el tamaño del negocio, los requerimientos de capital asociados a riesgos inesperados, estén contemplados en los modelos de tarificación y de reservas (opcional, aunque no existe la normatividad de constituir reservas, las entidades deberían optar por constituir las reservas con el fin de cubrir el riesgo de la población) en el marco de lo establecido en el modelo de atención diseñado por la entidad.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.2.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL. <Numeral modificado por la Circular 51-5 de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad definir e identificar el riesgo actuarial teniendo en cuenta, como mínimo, las siguientes consideraciones relevantes:

- a) Proyectar la evolución de los ingresos de acuerdo con la caracterización y conocimiento de su población afiliada teniendo en cuenta aspectos geográficos, etarios y demográficos.
- b) Caracterizar la situación de morbilidad, de acuerdo con la normatividad, lineamientos, políticas y programas en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y las prioridades territoriales y poblacionales.
- c) Identificar los costos de atención y de los servicios a prestar de la población afiliada, asociados a los planes voluntarios ofrecidos por la entidad.
- d) Identificar gastos administrativos y operativos propios de cada plan.
- e) Identificar posibles incorporaciones tecnológicas, medicamentos, entre otros.
- f) Evaluar el comportamiento de la variabilidad del gasto que tenga la entidad.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.2.2. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DEL RIESGO ACTUARIAL. <Numeral modificado Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad:

- a) Anticipar incrementos inesperados en los índices de morbilidad y por ende en los costos de que afecten la capacidad de financiamiento de las entidades.
- b) Realizar proyecciones que incluyan los posibles impactos y la ocurrencia, entre otros, de los factores de riesgo asociados a la concentración, incrementos en los costos de nueva tecnología y el cambio del sociodemográfico de la población, que pueden tener efectos sobre la frecuencia y características de demanda de servicios de salud.
- c) Evaluar la razonabilidad de las reservas técnicas a partir de la construcción de modelos actuariales permitan verificar la suficiencia de estas. (Aunque las entidades no están obligadas a constituir reservas técnicas, como buena práctica se podrían implementar con su respectivo respaldo).
- d) Construcción de modelos de cuantificación que contemplen de manera adecuada, las pérdidas esperadas, a las que se encuentra expuesta la entidad.
- e) Evaluar los posibles impactos de la desviación de la siniestralidad por plan.

Los modelos que se adopten para calcular estas pérdidas deben contar con los siguientes parámetros:

- a) La probabilidad de ocurrencia del siniestro (materialización del riesgo) en la unidad de tiempo (frecuencia).
- b) Los asociados con cada distribución que mejor defina la cuantía de la pérdida (severidad).
- c) El nivel de exposición del riesgo en la unidad de tiempo.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.2.3. TRATAMIENTO Y CONTROL DEL RIESGO ACTUARIAL. <Numeral modificado

Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Subsistema de Administración del Riesgo Actuarial debe permitir a la entidad tomar medidas ad para controlar el riesgo actuarial, entre ellas:

- a) Establecer y actualizar periódicamente las políticas y los procesos actuariales, teniendo en cuenta cambios que se presenten en el sector.
- b) Hacer una traza de las medidas tomadas por la administración, en respuesta a los problemas identificados y a las recomendaciones efectuadas.
- c) Realizar pruebas de estrés (Stress-Testing) y ejercicios de autocomprobación (Back- Testing)(11) modelos actuariales, utilizados para establecer los niveles adecuados de reservas técnicas, en caso de contar con ellas (como buena práctica), y de esta manera realizar los ajustes correspondientes.
- d) La entidad deberá ir ajustando anualmente los porcentajes de utilidad y gastos derivados de la prestación del servicio acorde con el histórico propio de cada plan y su pool de riesgo.
- e) Adoptar medidas para mitigar las potenciales pérdidas asociadas a un aumento inesperado de los costos de la atención en salud. Además de esta evaluación periódica, se debe realizar un análisis anual detallado donde se consolide toda la información de los anteriores puntos referenciados.
- f) Realizar controles de calidad a los sistemas de información de la entidad.
- g) Cuando la entidad utiliza los reaseguros como mecanismo de gestión del riesgo actuarial, debe tener una política formalmente establecida respecto al tipo de contrato del reaseguro a realizar, los montos o límites de cesión de riesgos hacia los reaseguradores y los requisitos que se exigirán a los reaseguradores para operar con la entidad, tales como la calificación de riesgo y la experiencia en las coberturas de riesgos ofrecidas.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.3. GESTIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados, como, por ejemplo, monto, plazo y demás condiciones.

Teniendo en cuenta la anterior definición, las entidades deben evaluar permanentemente el riesgo de crédito

que sus activos pierdan valor, como consecuencia que un deudor o contraparte incumpla sus obligaciones. Es así como dentro de esta evaluación debe incorporar oportunamente los cambios significativos de condiciones de cumplimiento de sus deudores. Para esto, la entidad deberá desarrollar políticas, procedimientos y mecanismos idóneos que le permitan llevar a cabo en forma oportuna el ciclo de gestión de este riesgo particular.

Las entidades deberán incorporar dentro de sus procesos y procedimientos internos, los siguientes lineamientos y aspectos específicos como mínimo:

- a) Una evaluación de riesgo por contraparte (incluyendo los instrumentos financieros, tratándose de inversiones) y límites de exposición por contraparte asociadas a la evaluación de riesgos realizada. La entidad podrá realizar una evaluación agrupando activos sobre la base de características y perfiles similares, pero deberá realizar esta evaluación en forma individual si el activo es significativo.
- b) Un modelo de cálculo de deterioros/provisiones por riesgo de crédito que sea adecuado para reflejar las potenciales pérdidas a las que está expuesta la entidad por el incumplimiento de las contrapartes y el ajuste a la normatividad vigente.
- c) La definición de procedimientos específicos de seguimiento y cobranza de las deudas y el establecimiento de mecanismos apropiados de negociación y recuperación de deudas que se encuentran en incumplimiento.
- d) La verificación de los literales anteriores se debe realizar al menos semestralmente, para evaluar el funcionamiento y monitorear efectivamente la exposición a este riesgo.
- e) Las bases de datos utilizadas en el proceso de diseño de los modelos para la administración del riesgo de crédito deben tener una historia mínima de cinco (5) años. En caso de no cumplirse con el tiempo recomendado, la entidad deberá preparar un plan de ajuste en el cual se expongan los procedimientos, fechas en las cuales se logrará cumplir con esta recomendación. Durante el periodo de ajuste, a partir de la infraestructura tecnológica y de los sistemas necesarios para garantizar la adecuada administración del Riesgo de Crédito se deben generar informes confiables sobre dicha labor por lo menos una vez al año.
- f) Cuando las EMP y SAP lleven menos de (5) años de constitución deberán velar por la recopilación de la información necesaria para dar cumplimiento a los lineamientos dispuestos en la presente circular.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular Externa [047](#) de 2007 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.3.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO. <Numeral modificado por la Circular Externa [047](#) de 2007. El nuevo texto es el siguiente:>

Para la identificación de este riesgo, los aspectos mínimos a considerar por parte de la entidad parte

definir los tipos de activos expuestos a este riesgo, como mínimo las cuentas por cobrar y los instrumentos financieros. Estos últimos incluyen:

- a) Cuentas de Bancos y Fondos de Inversión Colectivas (FIC, antes Carteras Colectivas) tales como corrientes; cuentas de ahorros; cuentas maestras de recaudo; FIC abiertos, del mercado monetario; FIC colectivas cerradas; y otros tipos de encargos fiduciarios o fondos de inversión, fideicomisos, fondos de inversión colectiva inmobiliarios y/o fondos de capital privado, entre otros, siendo locales o extranjeros.
- b) Instrumentos inscritos en el Mercado de Valores de Colombia, tales como títulos de deuda pública emitidos o garantizados por la Nación o por el Banco de la República; títulos de renta fija emitidos aceptados, garantizados o avalados por entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, FOGAFIN y FOGACOOP.
- c) Todas las inversiones en títulos o valores sean de renta fija o renta variable emitidos por entidades nacionales o extranjeras.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

- <Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.3.2. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO.

El Subsistema de Administración de Riesgo de Crédito debe evaluar las pérdidas estimadas como resultado del incumplimiento de sus contrapartes. Dentro del Subsistema, la entidad puede diseñar modelos para diferentes tipos de activos expuestos a este riesgo, dentro de los cuales deberá como mínimo contemplar la estimación de los siguientes elementos:

- a) La probabilidad de incumplimiento de los deudores dentro de un periodo de tiempo de 12 meses.
- b) Al interior de cada tipo de activo se deben generar categorías de calidad del deudor/contraparte que permitan orientar una posterior asignación de factores de riesgo diferenciales según dicha categorización.
- c) La estimación de la pérdida esperada en que incurriría la entidad dado el incumplimiento. En este elemento se debe considerar tanto el valor expuesto del activo (saldo de la obligación o valor neto del activo) en el momento del incumplimiento, como la tasa de recuperación del valor del activo una vez materializado el incumplimiento, la cual debe contemplar las recuperaciones efectivas que se han realizado sobre estos incumplimientos en los últimos 3 años y la existencia e idoneidad de las garantías, si las hubiese.

Para estimar la probabilidad que el deudor/contraparte no cumpla con sus obligaciones en los términos acordados, se recomienda que la entidad tenga en cuenta como mínimo los siguientes aspectos:

i. En el caso de los deudores/cuentas por cobrar:

a) Análisis históricos de las cuentas por cobrar de cada deudor según plazos y cumplimiento de pago.

b) La calidad del deudor y el plazo de la cartera: a mayor concentración de las deudas de mayor plazo, mayor el riesgo asociado al deudor.

c) Adicional al análisis individual por deudor, se recomienda realizar un análisis segmentado por la actividad (en tanto la entidad desarrolle varias actividades dentro del sector como aseguramiento obligatorio, prestación de servicios de salud) y el concepto generador de la obligación, en el caso de cuentas por cobrar.

d) Estimar las posibles pérdidas que resulten de incumplimientos de pago frente a prestaciones reales u obligaciones generadas, las cuales involucran entre otros elementos, la evaluación de deterioros o posteriores valoraciones de acuerdo con las políticas contables que sobre los instrumentos financieros escogido la entidad, específicamente en las cuentas por cobrar.

ii. En el caso de los instrumentos financieros, se recomienda que la entidad:

a) Clasifique la seguridad del activo con fundamento en la calificación de crédito emitida por agencias calificadoras de riesgo tanto para el activo de renta fija como para el emisor, ya que estas calificaciones reflejan las probabilidades de incumplimiento de los activos en cada categoría de calificación.

b) Asigne factores de riesgo en función de las probabilidades de incumplimiento para cada categoría de seguridad del activo. De no disponer de estudios propios que evalúen estas probabilidades de incumplimiento para los diferentes emisores y tipos de instrumentos financieros, se puede tomar como referencia los ponderadores que se mencionan en el Decreto 2954 de 2010 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público o sus modificatorias, por el cual se modificó el Decreto 2555 de 2010 y se estableció el régimen de patrimonio adecuado para las entidades aseguradoras.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.3.3. TRATAMIENTO Y CONTROL DEL RIESGO DE CRÉDITO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Las entidades deberán contemplar dentro de este Subsistema de Administración y Gestión de Riesgos los mecanismos de tratamiento y control del riesgo de crédito, los cuales deben ser aplicados de forma sistemática. Su frecuencia y criterios de calificación deberán definirse de acuerdo con las políticas de gestión de riesgos que esté dispuesto a asumir cada entidad.

Se consideran buenas prácticas de gestión para el tratamiento y control del riesgo de crédito las siguientes acciones, las cuales por su naturaleza deberán ser refrendadas en los aspectos específicos de la política de gestión del riesgo de crédito de la entidad.

a) Límites de exposición crediticia y de pérdida tolerada

Las políticas de gestión del riesgo deben establecer lineamientos para la fijación de niveles y límite de exposición (iniciales y potenciales) de los créditos totales, individuales y por portafolios de inversión, como de los límites de concentración por deudor, sector o grupo económico. Asimismo, establecer porcentajes máximos de tenencia de activos de la categoría más riesgosa y mínimos de los activos de la categoría de máxima seguridad.

b) Deterioro de los activos

Las políticas de gestión del riesgo deben establecer un sistema de cubrimiento del riesgo de crédito a través de provisiones o deterioro de los activos generales e individuales que permitan absorber las pérdidas esperadas derivadas de la exposición crediticia de la entidad y estimadas mediante las metodologías de análisis desarrolladas para la gestión de riesgo de crédito. En todo caso, el sistema de deterioro debe estar alineado con el cumplimiento de las normas que se encuentren vigentes sobre la materia y debe establecerse como política contable calculado en función de la pérdida esperada.

c) Capital expuesto al Riesgo

El capital expuesto al riesgo de crédito corresponde a la estimación del nivel de patrimonio comprometido por las pérdidas no esperadas de la entidad debido a incumplimientos de las obligaciones por parte de los deudores. En este sentido, se recomienda como medida prudencial (autocontrol) que las entidades realicen un proceso de estimación de este capital con metodologías internas y acorde con las políticas de gestión de riesgo de crédito aprobadas.

Se hace énfasis en que el capital expuesto al riesgo es una forma de medir los riesgos asumidos y es necesario considerar las posibles pérdidas con el fin de gestionarlas y establecer las acciones necesarias para mitigarlos, más allá de la constitución de reservas o requerimientos de capital adicional.

d) Recuperación de cartera

Las entidades deben establecer políticas y procedimientos que les permitan tomar medidas oportunas para enfrentar incumplimientos con el objeto de minimizar las pérdidas. El diseño debe partir como base de la base histórica de recuperaciones y las variables críticas que determinen la minimización de las pérdidas o castigos a la cartera. La información sobre los resultados de estas políticas debe ser almacenada como insumo para el afinamiento de los modelos desarrollados para el seguimiento y estimación de pérdidas, así como para alimentar las proyecciones de flujos de caja que permiten gestionar a su vez el riesgo de liquidez.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.4. GESTIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente) como en el mediano y largo plazo (riesgo latente).

Como consecuencia de las actividades y operaciones diarias, las entidades se ven expuestas a este riesgo de liquidez. La gestión de liquidez de la entidad está correlacionada con:

- a) Una adecuada recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito),
- b) Una adecuada modelación y monitoreo a las volatilidades del mercado financiero (gestión de riesgo de mercado de capitales) y, una adecuada modelación y gestión de la razón combinada entre los servicios prestados y los ingresos por afiliaciones (gestión del riesgo actuarial) dado que los flujos esperados de ingresos se ajustarán a las proyecciones de la entidad para cubrir con sus obligaciones.

La materialización del riesgo de liquidez genera necesidades de recursos líquidos⁽¹²⁾ por parte de las entidades, las cuales pueden verse impedidas a realizar los pagos a los prestadores de servicios de salud y a demás proveedores, lo que podría conllevar, entre otras consecuencias, a deficiencias en la prestación del servicio de salud, tales como: no asignación de citas, retraso en los servicios, entre otros. Lo expuesto puede conllevar a un riesgo sistémico⁽¹³⁾ y afectar la percepción de los usuarios al servicio de salud y la viabilidad financiera de las entidades del sector.

Con el objetivo de evitar que las situaciones antes descritas se materialicen, la Superintendencia Nacional de Salud considera necesario que las entidades desarrollen e implementen un Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez, que les permita identificar, medir, controlar y monitorear eficazmente este riesgo. Este Subsistema de Administración les debe permitir tomar decisiones oportunas para mitigar este riesgo.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título I de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.4.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ. <Numeral modificado por la Circular [5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a las entidades definir e identificar el riesgo de liquidez al que están expuestas las entidades en función de los flujos de ingresos y egreso efectivo y equivalentes de efectivo, de acuerdo con las operaciones autorizadas.

Para realizar la identificación y cuantificación del riesgo de liquidez la entidad debe disponer de la información para efectos de realizar las proyecciones de todos los flujos netos de activos y pasivos ingresos y egresos, y debe contar como mínimo con lo siguiente para poder analizar los posibles de

Activos:

a) Identificar los activos considerados como líquidos (aquellos que proveen a la Entidad de liquidez inmediata). Se recomienda incluir dentro de estos como mínimo, el disponible que esté consignado en bancos y/o inversiones en Fondos de Inversión Colectiva (FIC) en las siguientes modalidades: cuentas corrientes, cuentas de ahorros (cuenta maestra de recaudo), FIC abiertos, del mercado monetario y cualquier otro tipo de encargo fiduciario o fondo de inversión, fideicomisos, fondos de inversión colectiva de inmobiliarios y fondos de capital privado que no tengan restricciones para el retiro inmediato de recursos (sin pacto de permanencia). Asimismo, se debe identificar todas las inversiones en títulos o valores de renta fija o renta variable emitidos por entidades nacionales o extranjeras, públicas o privadas, que considere de fácil realización (activos que forman parte del portafolio de inversiones de la entidad y que no tengan ninguna restricción de movilidad ni que estén sujetos a algún tipo de gravamen, medida preventiva de cualquier naturaleza, que impida su libre cesión o transferencia).

b) Identificar los recursos y plazos de recuperación de cartera (cuentas por cobrar). Tener en cuenta el comportamiento histórico de cartera vencida para aplicar factores de descuento o de castigo, en los que considere necesario para obtener una aproximación mucho más cercana a la realidad.

c) Identificar los ingresos causados y recibidos por afiliaciones, ingresos por cuotas moderadoras y

d) Proyectar cualquier movimiento de entradas futuras de efectivo por cualquier concepto, entre los que puede estar el portafolio de inversiones: vencimiento de títulos de renta fija o de operaciones, cobro de cupones, rendimientos de un CDT, dividendos en efectivo, entre otros flujos que se esperan recibir.

Pasivos:

a) Identificar y caracterizar las cuentas por pagar bajo cualquier concepto.

b) Identificar el valor causado y pagado de los costos y gastos de la operación de la Entidad.

c) Proyectar cualquier movimiento de salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto, entre los que pueden presentarse por la emisión de instrumentos financieros, el pago de cupones de emisiones de deuda por renta fija, el pago de dividendos por acciones emitidas, entre otros.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.4.2. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ. <Numeral modificado Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a las entidades cuantificar el mínimo diario de efectivo o equivalentes de efectivo requerido, en moneda nacional y/o extranjera, acuerdo con la normatividad vigente, que le permita cumplir de manera oportuna con sus obligaciones de pago.

Es decir que las entidades deben estar en capacidad de medir y proyectar los flujos de caja de sus activos y pasivos, en diferentes horizontes de tiempo, tanto en un escenario en condiciones normales como en un escenario de crisis bajo hipótesis razonables (stress Testing), en el que los flujos de caja se alejan significativamente de lo esperado, por efecto de cambios imprevistos en el entorno de los mercados, de la entidad o de ambos, y de esta manera, poder calcular sus necesidades de liquidez.

Para la medición del riesgo de liquidez se requiere que la entidad aplique una “prueba de liquidez” periódicamente con el fin de identificar potenciales necesidades de liquidez o recursos líquidos para cubrir sus flujos de pago y las causas de potenciales situaciones de iliquidez. Uno de los principales objetivos de esta prueba es que las entidades mejoren sus estimaciones conforme lo aplican frecuentemente y puedan prevenir potenciales situaciones adversas. Si bien algunos ingresos y/o egresos son más predecibles que otros, se busca que las estimaciones vayan mejorando a medida que estas se realizan y que con fundamento en las proyecciones de egresos se identifiquen los activos necesarios o recursos adicionales para poder cubrir estas estimaciones, de acuerdo con unos niveles de tolerancia de riesgo definidos.

Para estructurar la prueba de liquidez debe usar la información de los flujos de efectivo tanto de ingresos como de egresos, de acuerdo con los diferentes tipos de obligaciones y acreencias proyectándolos en un horizonte de tiempo de por lo menos tres (3) meses. Los periodos de proyección se pueden construir en forma diaria, semanal, mensual e incluso trimestral.

La proyección de ingresos y egresos estará basada en la mejor información disponible con la que cuenta la entidad, y de acuerdo con supuestos y estimaciones propias, los cuales en todo caso deben ser explícitos y justificados técnicamente por la entidad. Para efectos de la determinación del riesgo inherente de liquidez, la entidad deberá establecer el superávit o déficit de liquidez, que corresponderá a la diferencia entre el total de ingresos y egresos de efectivo proyectados. Este monto se utilizará para el cálculo del índice de liquidez.

Debido a que el riesgo será mayor en aquellas entidades cuyas proyecciones sean más volátiles o que incorporen una mayor incertidumbre, y que a su vez cuenten con menores recursos líquidos para cubrir sus necesidades, las técnicas de modelación deben abordar como mínimo los siguientes elementos críticos:

- a) Identificación y caracterización de los conceptos de ingresos y egresos más volátiles.
- b) Identificación y caracterización de los recursos líquidos para cubrir las necesidades de liquidez, teniendo en cuenta factores de descuento cuando se considere necesario.
- c) Es así como las entidades deberán identificar descálces en distintos horizontes de tiempo y realizar

análisis de la liquidez, que les permitan crear señales de alerta temprana y establecer límites encaminados a evitar la materialización de riesgos asociados como el Riesgo de Crédito, Mercado y Actuarial.

Independientemente de que las entidades cuenten o no con modelos propios de proyección de flujos de caja, deberán reportar de manera mensual el Archivo Tipo FT018, información necesaria para la medición y seguimiento de la posición de liquidez de cada entidad. Para las entidades que no cuentan con modelos propios, en el siguiente numeral encontrarán la descripción y el desarrollo de una herramienta sencilla para proyectar los flujos de liquidez, la cual utiliza la información de las proyecciones de ingresos y egresos efectivo que maneja la entidad y que encontrarán cargada en la página web de la Superintendencia de Entidades Financieras y Seguros de un archivo de Excel anexo “Modelo básico flujos de caja EMPSAP.xlsx”. Esta herramienta ayuda de forma básica a identificar las necesidades de caja en el futuro y calcular el riesgo inherente de liquidez considerando el total de activos líquidos con los que dispone la Entidad para cubrir los flujos negativos (los casos que se presenten) identificados en el ejercicio de proyección para el periodo determinado.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.4.3. TRATAMIENTO Y CONTROL DEL RIESGO DE LIQUIDEZ. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a las entidades tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo de liquidez al que se ven expuestas en las actividades propias de la entidad.

Estos controles, deberán guardar relación de acuerdo con el volumen y la complejidad de la operación desarrollada y deberán estar aprobados y ser de conocimiento verificable por la Junta Directiva de la entidad o quien haga sus veces.

Adicionalmente, debe permitir a las entidades realizar seguimiento continuo de su exposición al riesgo de liquidez mediante las alertas tempranas, los límites de exposición y los indicadores de liquidez que la entidad haya elaborado con el fin de monitorear y realizar los controles adecuadamente y a tiempo para evitar que el riesgo de liquidez pueda llegar a materializarse e impactar negativamente en los objetivos de la entidad. En caso de que se materialice el riesgo, la entidad deberá tomar las medidas correctivas para mitigar dicho impacto.

Dicho seguimiento debe permitir la elaboración de reportes gerenciales y de monitoreo del riesgo de liquidez que evalúe los resultados de las estrategias de la entidad e incluyan el resumen de las posiciones que contribuyen significativamente a dicho riesgo.

A su vez, se deben establecer límites para mantener un nivel mínimo de activos líquidos, que estén

con el volumen de operaciones y tamaño de la entidad y sus necesidades de liquidez bajo condiciones normales del negocio y márgenes adicionales de liquidez para enfrentar situaciones de estrés.

Asimismo, las entidades deberán incluir mediciones de escenarios extremos (stress Testing) y de base Testing, como medios para verificar la precisión de las proyecciones obtenidas a través de las pruebas de liquidez y hacerlos parte de este para hacer ajustes posteriores.

Para mejorar la capacidad técnico-administrativa, el flujo de recursos y la calidad y disponibilidad de la información necesaria para diseñar el flujo de efectivo se requiere como mínimo:

- a) Sistema de información que permita la identificación y gestión del cobro de los ingresos y egresos de la entidad acorde con los diferentes rubros.
- b) Registro oportuno, de preferencia en tiempo real, de los costos de la entidad.
- c) Implementación de procesos orientados a garantizar el pago oportuno de las obligaciones a los distintos acreedores de la entidad.
- d) Sistema que permita la radicación oportuna de las facturas, de preferencia en línea, por parte de los proveedores de cada entidad.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.5. GESTIÓN DEL RIESGO DE MERCADO DE CAPITAL. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Riesgo de Mercado de Capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas del incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida de valor de sus activos, por causa de las variaciones en los parámetros del mercado tales como las tasas de interés, la tasa de cambio o cualquier otro parámetro de referencia que afecte los precios del mercado financiero y por ende, cualquier elemento de los estados financieros de la entidad.

La adopción del Subsistema de Administración de Riesgo de Mercado de Capitales debe cumplir como mínimo con lo siguiente:

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.5.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Subsistema debe permitir a las entidades definir e identificar la exposición al riesgo de mercado de capitales al que se encuentran expuestas de acuerdo, con las siguientes acciones como mínimo:

i. Definir los factores de riesgo que generan exposición a este riesgo. Como mínimo las entidades deben considerar las tasas de interés, el precio de las acciones, el precio de bienes inmuebles y la tasa de cambio.

ii. Identificar los activos expuestos a la volatilidad de estas variables, como mínimo:

a) Respecto a los activos expuestos a la tasa de interés (instrumentos de renta fija principalmente) considerar al menos los siguientes: bonos ordinarios, bonos subordinados, bonos opcionalmente convertibles en acciones, bonos obligatoriamente convertibles en acciones, Certificados de Depósito a Término (CDT), Títulos de Deuda Pública (TES), bonos de capitalización, y demás inversiones que estén expuestas a este factor de riesgo, ya sea que estén inscritos o no en la Bolsa de Valores de Colombia (BVC).

b) Al considerar los activos expuestos al precio de las acciones (instrumentos de renta variable) por lo menos tener en cuenta acciones ordinarias, acciones preferenciales y demás inversiones que estén expuestas a este factor de riesgo, ya sea que estén inscritos o no en la BVC.

c) Entre los activos no monetarios que estarían expuestos a la variabilidad en el precio de los bienes inmuebles, contemplar los terrenos, así como las construcciones y edificaciones de la entidad.

d) Por último, considerar los activos y pasivos denominados en moneda extranjera afectados por la volatilidad de la tasa de cambio.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.5.2. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DEL RIESGO DE MERCADO DE CAPITALS. < modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Subsistema de Administración del Riesgo de Mercado de Capitales debe permitir a la entidad medir y cuantificar las posibles pérdidas esperadas derivadas de la exposición a este riesgo en particular. Por cada etapa del ciclo, las entidades deben tener en cuenta como mínimo lo siguiente:

a) Detallar la correspondiente valoración de los activos y pasivos (el precio o valor de mercado) exponiendo los factores de riesgos identificados por la entidad y mencionados en el numeral anterior como mínimo aplicando de manera adecuada las mediciones, reconocimiento, presentación y revelación en aplicación del respectivo marco técnico normativo de información financiera y contable.

b) Escoger y aplicar una metodología para valorar la exposición de cada factor de riesgo ante el riesgo de mercado de capitales, analizando de manera independiente las variaciones en la tasa de interés, tasa de cambio, precio de las acciones y precio de bienes inmuebles, como mínimo.

La entidad debe escoger la metodología que considere más apropiada para la medición, en función de la información disponible, personal encargado de la estimación y las políticas establecidas por la entidad para la gestión de este riesgo. Para ello, se recomienda analizar la información histórica de las variables que generan exposición al riesgo de mercado de capitales para un periodo de observación efectivo de por lo menos un (1) año.

Entre los posibles métodos de cálculo se encuentran: métodos paramétricos o no paramétricos tales como el Valor en Riesgo (VaR), simulaciones de Montecarlo, simulaciones históricas, entre otros.

c) Calcular el capital expuesto que guarde correspondencia con los niveles de riesgo asumidos por la entidad de acuerdo con las posibles pérdidas calculadas para cada uno de los factores de riesgo del mercado de capitales (tasa de interés, tasa de cambio, precio de las acciones y precio de bienes inmuebles, como mínimo).

d) Agregar los resultados del capital expuesto de los diferentes factores de riesgo del mercado de capitales aplicando la correlación entre los mismos. De no disponer de información propia que le permita calcular esta correlación, podrá utilizar los coeficientes de correlación propuestos por la literatura internacional y disposiciones de Basilea, lo normado por la Superintendencia Financiera de Colombia, entre otras.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título I de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.5.3. TRATAMIENTO Y CONTROL DEL RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES. <modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Subsistema de Administración del Riesgo de Mercado de Capitales debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo de mercado de capitales al que se ve expuesta en el desarrollo de sus operaciones. Esta etapa debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

a) Contar con un modelo de seguimiento de riesgo de mercado de capitales donde se identifiquen los criterios utilizados para calcular los niveles de exposición al riesgo, los factores de riesgo, la periodicidad de la evaluación y las fuentes de información. Debe haber correspondencia entre el modelo y las características particulares de cada entidad, teniendo en cuenta el grado de complejidad y el volumen de las operaciones expuestas a este riesgo.

Dicho modelo debe estar en la capacidad de realizar mediciones que incorporen escenarios extremos (Stress Testing) en los diferentes factores de riesgo. Asimismo, cuando se presenten cambios estructurales o variables que generan exposición a este riesgo, el modelo debe considerar estos movimientos en los niveles de riesgo. Para tal efecto, las entidades pueden usar como referencia el que se contempla en el Sistema de Administración de Riesgo de Mercado (SARM) de la Superintendencia Financiera de Colombia.

b) Permitir el control de los niveles de exposición a los diferentes factores de riesgo de mercado de capitales y especificar los límites máximos de exposición permitidos por la Entidad y los planes de contingencia para los casos en los que se superen dichos límites.

c) Realizar pruebas de desempeño (back Testing) del modelo interno para determinar la consistencia, precisión y confiabilidad del requerimiento de capital estimado para cubrir las pérdidas inesperadas.

Estos controles, deben corresponder a la complejidad de la operación y las características particulares de cada Entidad y deben estar aprobados por la Junta Directiva o quien haga sus veces.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Interno de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.6. GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Riesgo Operacional corresponde a la posibilidad de que una entidad presente desviaciones de sus objetivos misionales como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, legales y biomédicos, en la infraestructura, ya sea por la interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

Es importante resaltar que la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos de las entidades, y que pueden materializarse como resultado de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las características propias de cada entidad.

Es así como los Riesgos Operacionales en la entidad pueden generar pérdidas de tres tipos:

- i. Pérdidas en los resultados de salud de su población, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.
- ii. Pérdidas en los resultados operativos esperados, incluyendo la satisfacción de la población, que son tratados en el resultado de la gestión de los riesgos operacionales.
- iii. Pérdidas financieras en la entidad, que corresponden a la contabilización de los eventos de riesgos operacionales que se materializaron, tratados en la evaluación de los riesgos financieros.

La implementación y seguimiento a estos riesgos van estrechamente ligados a las políticas, principios y valores institucionales establecidos en el Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de Buen Gobierno), de ahí la importancia de su implementación y mejoramiento continuo. Una adecuada gestión de riesgos y prácticas de Gobierno Corporativo, son indispensables para mitigar el nivel de riesgo inherente que están expuestas las entidades. Como resultado de la mitigación de los riesgos a través de la adecuada gestión y gobiernos corporativos, se obtiene el riesgo neto de la entidad, para cada categoría de riesgos.

La adopción del Subsistema de Administración de Riesgo Operacional debe cumplir como mínimo lo siguiente:

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.6.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Subsistema debe permitir a las entidades definir e identificar la exposición al riesgo operacional, la cual, en esta etapa se elabora un perfil de los procesos de las actividades de la entidad con las siguientes acciones:

a) Levantamiento y documentación de la totalidad de los procesos de la entidad. Como mínimo, entre los definidos por la entidad, se deben tener en cuenta los siguientes procesos relevantes para el cumplimiento de las funciones de la Entidad, así estos sean tercerizados:

- Afiliaciones.
- Auditoría.
- Facturación.
- Gestión del talento humano.
- Sistemas de Información.
- Gestión de Red de Prestadores de Servicios de Salud, de insumos y de medicamentos.
- Gestión Financiera.
- Gestión administrativa y legal.
- Atención al Usuario.

b) Identificación de los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los puntos.

c) Identificación de procesos jurídicos en los que se encuentre la entidad.

d) Identificar pérdidas en los resultados de salud de su población, los cuales, por su relevancia son tratados como riesgos en salud.

e) Determinar potenciales pérdidas financieras en la entidad causadas por los eventos de riesgo operacional identificados.

La etapa de identificación debe realizarse previamente a la implementación de nuevos procesos o a modificación de cualquier proceso, así como en los casos de fusión, adquisición, cesión de activos, y contratos, entre otros.

Para la identificación, cada entidad debe tener su propio y único registro de eventos de riesgo operacional incluyendo las entidades con casa matriz en el exterior, con la información relacionada con los eventos de riesgo operacional presentados a nivel local.

A continuación, se presenta la información relevante mínima que debe tener un registro de eventos de riesgo operacional:

1. Referencia: Código interno que relacione el evento en forma secuencial.
2. Área o Dependencia: Área de la entidad en la cual se detecta el evento.
3. Proceso: Identificación del proceso donde se produjo el evento de riesgo o se vio afectado.
4. Fecha de descubrimiento: Fecha en que se detecta el evento (Día, mes, año, hora).
5. Fecha de inicio: Fecha en la que el evento tiene su inicio (Día, mes, año, hora).
6. Fecha de finalización: Fecha en que finaliza el evento (Día, mes, año, hora).

7. Descripción del evento: Descripción detallada del evento (Canal de servicio o atención al cliente aplica), Zona geográfica).

8. Producto-Servicio afectado: Identificación del producto o servicio al que el evento afecta.

9. Clase de evento: Especifique la clase de evento, según la clasificación adoptada (Fraude interno, externo, relaciones laborales, clientes, daños a activos físicos, fallas tecnológicas, ejecución y administración de procesos, entre otros).

10. Tipo de pérdida: Identificación de la pérdida que origina el evento:

- Genera pérdida y afecta el estado de resultados de la entidad
- Genera pérdida y no afecta el estado de resultados de la entidad
- No genera pérdidas.

11. Divisa: Moneda en la que se materializa el evento (COP, USD, entre otras).

12. Cuantía: Monto de dinero a la que asciende la pérdida. Este valor debe ser presentado en moneo es decir en pesos colombianos (COP). Si el evento se presenta en otra moneda diferente a la legal, s para el cambio la TRM del día en que se contabilizó la pérdida por el evento.

13. Cuantía total recuperada: Monto de dinero recuperado por acción directa de la entidad. Incluye recuperadas por seguros.

14. Cuantía recuperada por seguros: Corresponde al monto de dinero recuperado por el cubrimiento de un seguro.

15. Cuentas del Plan de Cuentas afectadas: Identifica las cuentas del “Plan de Cuentas” afectadas.

16. Fecha de contabilización: Fecha en que se registra contablemente la pérdida por el evento (Día, año, hora).

17. Datos del registro: Aquí se detalla quien diligenció el formato, la dependencia y fecha del mismo como nombre, firma y cargo de quien lo reporte.

Además de los campos descritos en este numeral, se pueden incorporar dentro del registro de evento riesgo operacional otros adicionales que las entidades consideren relevantes para su gestión del riesgo operacional.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.6.2. MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL. <Numeral modifica la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

En esta etapa, el Subsistema de Administración de Riesgo Operacional debe permitir a la entidad medir la probabilidad de ocurrencia de un evento de riesgo operacional y su impacto en caso de materializarlo. En caso de no contar con datos históricos se deberá realizar una aproximación cualitativa, y elaborar un ajuste que posibilite la medición cuantitativa del riesgo posteriormente. Para esta etapa del ciclo, la entidades deben tener como mínimo lo siguiente:

- a) Diseñar e implementar la metodología de medición acorde con los eventos de riesgo operacional identificados procurando una medición de la probabilidad de ocurrencia y del impacto, para así determinar el perfil de riesgo de la entidad.
- b) Tener en cuenta dentro de la evaluación, los planes de contingencia y el Plan de Continuidad del Negocio, todos los recursos (físicos, humanos, técnicos y financieros) necesarios para que cada entidad enfrente la exposición al riesgo operacional bajo cualquier eventualidad, de acuerdo con su tamaño de operaciones.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.6.3. TRATAMIENTO Y CONTROL DEL RIESGO OPERACIONAL. <Numeral modifica la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Subsistema de Administración del Riesgo Operacional debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo operacional inherente al que se ve expuesta en el desarrollo de sus operaciones con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia y/o impacto en caso de que se materialicen.

Esta etapa debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

- a) Diseñar e implementar controles para cada proceso de manera que se pueda mitigar el riesgo inherente mediante su probabilidad, impacto o ambos; e incluir los controles diseñados dentro de las políticas y procedimientos de la entidad.

b) En cuanto a los riesgos que afecten la operación en condiciones normales de la entidad, ésta debe implementar un Plan de Continuidad del Negocio aprobado por la Junta Directiva.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.6.3.1. PLAN DE CONTINUIDAD DEL NEGOCIO. <Numeral modificado por la Circular de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Las entidades deben definir, implementar, probar y mantener un proceso para administrar y asegurar la continuidad del negocio en situaciones de emergencia o desastre, incluyendo elementos como la prevención y la atención de emergencias, administración de la crisis, planes de contingencia y capacidad de retomar la operación normal. Estas medidas deben contar con los siguientes elementos:

- a) Identificación de eventos que pueden afectar la operación.
- b) Actividades para realizar cuando se presentan las fallas.
- c) Alternativas de operación.
- d) Proceso de retorno a la actividad normal.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.6.3.2. ACREDITACIÓN CON SOPORTES DE TODAS LAS OPERACIONES, NEGOCIOS Y CONTRATOS. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Las entidades deben establecer reglas específicas que prohíban la realización de actividades, negocios y contratos sin que exista el respectivo soporte interno y/o externo, debidamente fechado y autorizado.

quienes intervengan en ellos o los elaboren. Todo documento que acredite transacciones, negocios contratos de la entidad, además de constituir el soporte de la negociación y del registro contable, con el respaldo probatorio para cualquier investigación que puedan adelantar las autoridades competentes.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.7. GESTIÓN DEL RIESGO DE FALLAS DE MERCADO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El riesgo de fallas de mercado se deriva de una situación en la cual los mercados no operan de manera eficiente, lo que genera diferentes riesgos asociados a fallos en la competencia (monopolios, oligopolios, cárteles, entre otros), prácticas de competencia desleal, asimetría de la información en la relación entre agentes, e integraciones verticales u horizontales cuando se presenta oportunismo de la situación de integración.

La materialización del riesgo de fallas de mercado deriva en sobrecostos en las operaciones entre los agentes del mercado por afectaciones o control sobre los precios, limitada capacidad al momento de seguimiento a los acuerdos contractuales y gestionar su riesgo en salud, debido a la baja disponibilidad de información sobre los servicios prestados y de la calidad de estos.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.7.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE FALLAS DE MERCADO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Para la identificación de este riesgo, la entidad debe determinar las relaciones existentes con sus diferentes proveedores tales como: prestadores, farmacéuticas, distribuidores de medicamentos, proveedores de

dispositivos médicos, agencias de talento humano, entre otros, con el fin de identificar las fallas de presentes allí.

En seguida se debe realizar una selección de los servicios o productos indicativos. Para esta selección recomienda tener en consideración tecnologías comparables entre los diferentes mercados de referencia y la participación de estos servicios o productos en la frecuencia de uso y gasto o costo total de la entidad.

Teniendo en cuenta los mercados de referencia de servicios o productos indicativos y la oferta disponible para estos, la entidad debe identificar la presencia de fallas de mercado, entre otras, tales como:

- a) Fallos de la competencia, presencia de monopolios y oligopolios, así como problemas de comportamiento de los agentes que impliquen, por ejemplo, colusiones orientadas a generar acuerdos de precios.
- b) Asimetrías de información (información incompleta o imperfecta) que impidan hacer seguimiento al cumplimiento contractual con los proveedores o impidan hacer gestión del riesgo individual de la población afiliada.
- c) Existencia de integraciones verticales y horizontales, y grupos empresariales.
- d) Externalidades, generadas por personas o entidades que provocan impactos negativos afectando eficiencia del mercado.
- e) Mercados incompletos. [\(14\)](#)

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.7.2. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DEL RIESGO DE FALLAS DE MERCADO. <Nota: modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

La entidad debe establecer mecanismos para la medición y evaluación del riesgo de fallas de mercado que le permita comparar resultados en mercados con fallas y sin fallas sobre puntos estratégicos donde se pueden observar los impactos en pérdidas de bienestar para la entidad. Algunos de estos puntos están son:

- a) Los sobrecostos en la operación de la entidad derivados de las afectaciones en los precios transados con sus proveedores.
- b) Las limitaciones en la capacidad de la entidad de hacer el seguimiento a los acuerdos contractuales y gestionar sus riesgos derivados de asimetrías de información.
- c) Las restricciones en la gestión de riesgos y sobrecostos asociados al déficit de la oferta de servicios.

salud respecto de la demanda de los mismos.

d) La reducción en la calidad de los servicios suministrados a los afiliados que pudieran llegar a generar menores resultados de salud, asociados a la asimetría en la información disponible al momento de realizar seguimiento.

Para esto, la entidad debe contar, entre otros, con una base de datos completa y oportuna de composición de la oferta y precios de los servicios, medicamentos y otros insumos que contrata con terceros, así como con el análisis de la demanda. Asimismo, debe contar con información que le permita calcular indicadores de gestión que le faciliten la comparación de mercados y evaluación del efecto de las fallas de mercado.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.7.3. TRATAMIENTO Y CONTROL DEL RIESGO DE FALLAS DE MERCADO. <Número modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Teniendo en cuenta la probabilidad e impacto de las diferentes fallas de mercado sobre las pérdidas de la entidad, se recomiendan las siguientes medidas:

a) Documentar procesos o procedimientos en la entidad para identificar actos o acuerdos contrarios a la competencia o que constituyan abuso de la posición dominante en el mercado. Asimismo, se deben implementar políticas para informar sobre estas actividades a las autoridades competentes (por ejemplo, Superintendencia de Industria y Comercio- ver Decreto [2153](#) de 1992).

b) Fortalecer la calidad y la oportunidad de la información de sus proveedores; así como velar por la actualización de información constante y de calidad sobre las prestaciones y desenlaces de salud de la población.

c) Fortalecer los sistemas de auditorías sobre la contratación, facturación, entre otros.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.8. GESTIÓN DEL RIESGO DE GRUPO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Riesgo de Grupo corresponde a la posibilidad de pérdida que surge como resultado de participación en capital o actividades u operaciones con entidades que forman parte del mismo grupo empresarial. E deriva de la exposición a fuentes de riesgo adicionales a las propias del negocio de la entidad, dentro de las cuales se encuentran, por ejemplo: i) riesgo de contagio financiero, ii) detrimentos patrimoniales por flujos o concentración de pasivos, iii) posibles conflictos de intereses, que generen condiciones desfavorables en las transacciones de la entidad. La exposición a las fuentes de riesgo puede ser directa mediante exposición financiera u operativa, o indirecta, mediante daño a la reputación.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.8.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE GRUPO. <Numeral modificado por la Circular de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Para la identificación de este riesgo la entidad debe determinar si esta hace parte de un grupo empresarial y identificar todos los miembros de su grupo definido en los términos legales de los artículos [260](#) y [261](#) del código de comercio, la Ley [222](#) de 1995 y sus modificatorias. Asimismo, debe tener en cuenta lo establecido en el marco de las normas Internacionales de Información Financiera.

Adicionalmente, la entidad debe identificar las transacciones de índole financiera y administrativa que involucran de forma directa o indirecta con los miembros de su grupo empresarial o partes vinculadas con el fin de poder evaluar el impacto y probabilidad de ocurrencia de los mismos.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.8.2. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DEL RIESGO DE GRUPO. <Numeral modificado por Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

La entidad debe establecer mecanismos para la medición y evaluación del riesgo de grupo teniendo cuenta que, por el hecho de pertenecer a un grupo puede estar expuesta, entre otros, a:

- Riesgo de contagio, donde resultados negativos en el ámbito financiero, calidad del servicio, entre de los miembros del grupo empresarial y/o de las partes vinculadas impliquen algún estrés al interior de la entidad. Para tal fin, se debe tomar en consideración el seguimiento a las tendencias financieras del grupo y de los estados financieros separados que apliquen.
- Concentración del riesgo, donde un mismo tipo de riesgo se puede materializar en la entidad y otro miembro del grupo y/o parte vinculada al mismo tiempo. Esto teniendo en cuenta el nivel de concentración de transacciones y la participación de unos miembros en los otros.
- Posibles conflictos de intereses, especialmente en los procedimientos de compras y pagos de la entidad.

Para la medición del impacto debe tenerse en cuenta los efectos sobre la fijación de precios, el flujo de Información, la calidad en la atención en salud, la gestión contractual, entre otros.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.8.3. TRATAMIENTO Y CONTROL DEL RIESGO DE GRUPO. <Numeral modificado por Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Teniendo en cuenta la probabilidad e impacto de las diferentes transacciones de la entidad con los miembros del grupo empresarial al cual pertenece sobre las pérdidas de la entidad, se recomiendan las siguientes medidas:

- a) Incluir políticas en la entidad asociadas a la gestión y auditorías de transacciones con los miembros del grupo empresarial al cual pertenece o sus partes vinculadas.
- b) Implementar mecanismos de resolución de conflictos de interés activados en virtud de la gestión del riesgo de grupo y realizar seguimiento.

c) Hacer la inscripción del grupo empresarial, al cual pertenece, en el registro mercantil de acuerdo establecido en el artículo [30](#) de la Ley 222 de 1995.

d) Participar de forma activa revelando al Máximo Órgano Social del grupo empresarial al cual pertenece, identificación, evaluación e impactos estimados por el riesgo de grupo, a efectos de que tanto el Máximo Órgano Social como el Comité de Riesgos, tengan presente la referencia de la regulación de las relaciones institucionales entre las empresas del grupo, como las prácticas con relación a proveedores aborden, de manera informada y documentada las necesidades de mitigación del riesgo de grupo de la entidad.

Adicional a las políticas individuales, se debe verificar que la entidad controlante asegure la existencia de políticas internas del grupo empresarial y mecanismos de control y gestión de riesgos adecuados con la estructura, negocios y perfil de riesgos del grupo empresarial.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.9. GESTIÓN DEL RIESGO REPUTACIONAL. <Numeral modificado por la Circular [51](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

El Riesgo Reputacional corresponde a la posibilidad de toda acción propia o de terceros, evento o suceso que pueda afectar negativamente el buen nombre y prestigio de una entidad, tales como el impacto de la publicidad negativa sobre las prácticas comerciales, conducta o situación financiera de la entidad. La publicidad negativa, ya sea verdadera o no, puede mermar la confianza pública en la entidad, dar lugar a litigios costosos, o dar lugar a una disminución de su base de usuarios, clientes, negocios o los ingresos. Estos pueden ser desagregados, en situacional o previsto, de acuerdo con la capacidad de prevención y mitigación⁽¹⁵⁾:

- Riesgo reputacional situacional: Riesgo reputacional inmediato derivado de una acción imposible de anticipar.
- Riesgo reputacional previsto: Riesgo reputacional derivado de eventos a los cuales la organización puede anticiparse con una gestión adecuada de los riesgos en salud, financieros, y operativos, así como mediante estrategias de comunicación.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.9.1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO REPUTACIONAL. <Numeral modificado por la Circular 51-5 de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Para la identificación de este riesgo, la entidad debe construir un inventario de eventos que tengan impactos y efectos sobre la reputación de la Entidad. Para ello, se debe realizar la selección de los procesos, secciones y acciones que sean considerados estratégicos en formar reputación que sean cuantificables y que permitan comparabilidad frente al sector.

Para tal inventario, se pueden considerar los siguientes eventos: aquellos eventos que afectan las ventas y los ingresos observados o potenciales (derivados de menores contratos, afiliaciones, deserciones), así como otros eventos que generen costos asociados (por multas, compensaciones, demandas, entre otros), así como otros eventos que identifique la entidad en sus procesos. Para la identificación de estos procesos, la entidad puede aplicar instrumentos que permitan conocer y entender los principales factores que afectan la percepción de los actores vinculados a la entidad.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular 51-5 de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.9.2. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DEL RIESGO REPUTACIONAL. <Numeral modificado por la Circular 51-5 de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

En esta etapa, la entidad debe establecer mecanismos para la medición y evaluación del riesgo reputacional en el sector, para lo cual se recomienda la adopción de herramientas que permitan valorar la posición de la entidad y comparar su evolución con respecto a variables relacionadas tales como desempeño visible, percepción de usuario, entre otros, con el fin de determinar la probabilidad y severidad de los eventos que afectan la reputación. Las mediciones pueden variar de acuerdo con la herramienta usada y pueden incluir análisis descriptivos, ordenamientos, puntajes, entre otros.

Las fuentes de información para la medición del riesgo reputacional pueden ser los diferentes sistemas de recolección de Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias (PQRSD), las diversas encuestas sectoriales, encuestas propias y la información de medios, entre otros.

Las siguientes son mediciones posibles, pero no exhaustivas, para la medición del riesgo reputacional:

a) Encuestas de satisfacción: Por medio de encuestas a usuarios, se puede medir la lealtad de los mi con la entidad y la satisfacción frente a su experiencia con el servicio. Se puede referir a herramientas por ejemplo, Net Promoter Score (NPS), Customer Effort Score (CES) y Customer Advocacy.

b) Recolección de contenido en medios: Se utilizan reportes de redes sociales, prensa, noticias, tele radio, a través de la búsqueda de palabras clave y la detección de los sentimientos positivos y negativos hacia las entidades o marcas, la fuerza de la marca o la influencia de esta.

La apropiada medición del riesgo reputacional debe tener en cuenta que:

a) La reputación es solo parcialmente construida con base en experiencias directas con la empresa; reputación se construye por la intervención de terceras partes, tales como medios, expertos del sector usuarios, entre otros.

b) Las entidades no tienen absoluto control de los mensajes recibidos por las partes mencionadas anteriormente.

c) Los usuarios normalmente no perciben la complejidad en el proceso de toma de decisiones de las entidades.

d) La entidad normalmente cuenta con baja credibilidad cuando se enfrenta a una crisis que afecta su reputación, especialmente con relación a terceras partes reconocidas públicamente.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.1.6.2.9.3. TRATAMIENTO Y CONTROL DEL RIESGO REPUTACIONAL. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Teniendo en cuenta la naturaleza de este riesgo, se recomiendan las siguientes medidas:

a) Incorporar en el Código de Conducta y Buen Gobierno políticas encaminadas a la medición, evaluación y seguimiento continuo de la reputación de la entidad y la toma de acciones con el fin de mejorar los factores que tienen relación directa o indirecta con la reputación.

b) Tomar acciones y decisiones en los procesos que permitan mejorar la percepción sobre la entidad por parte de los actores relacionados, como usuarios o proveedores, de acuerdo con las brechas que existan entre el resultado de la medición de reputación y el desempeño de la entidad.

c) Implementación de un protocolo de manejo de comunicaciones públicas y que se encuentre incluido y articulado con el Plan de Comunicaciones Institucional.

d) Adopción de metodologías de valoración continua de su posición reputacional en el mercado, ya través de rankings o de rastreo de medios o por encuestas propias. Adicionalmente, debido a que lo de carácter reputacional están naturalmente asociados a la materialización de otros riesgos (salud, operación, financieros, entre otros), una adecuada gestión de estos debería mitigar también el riesgo reputacional asociado.

Asimismo, se debe tener en cuenta que las creencias, percepción y expectativas de las personas son cambiantes. La entidad debe implementar un sistema de alertas tempranas para identificar eventos de reputación negativa, que puede incluir acciones, tales como el monitoreo informal de medios, grupo de reacción rápida contra eventos de carácter reputacional, herramientas informáticas para rastrear potenciales tendencias en redes sociales y medios, entre otros. Asimismo, debe realizar un seguimiento permanente de los resultados y ordenamientos públicos.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.2. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD QUE OFRECEN PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022>

2.1.2.1. AUTORIZACIÓN Y MODIFICACIÓN DE PLANES COMPLEMENTARIOS DE SALUD. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022>

2.1.2.1.1. PROCEDIMIENTO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

2.1.2.1.1.1. Previo a la radicación del plan complementario de salud, la entidad debe estar autorizada para operar como Entidad Promotora de Salud - EPS.

2.1.2.1.1.2. Radicar la solicitud de autorización o modificación del plan complementario de salud, con los documentos descritos en los numerales [2.1.3.2](#) y [2.1.3.3](#), respectivamente, de este documento, a través del sistema de información que la Superintendencia Nacional de Salud disponga para tal fin.

2.1.2.1.1.3. Dentro de los 10 días siguientes a la fecha de radicación, la Superintendencia Nacional de Salud verificará la completitud de la información, en caso de encontrarla incompleta, se requerirá al peticionario para que la complete dentro del término máximo de un (1) mes, lapso durante el cual se suspenderá el término para decidir. Vencidos los términos anteriores, sin que el peticionario se pronuncie, se entenderá desistida la solicitud, salvo que antes del plazo establecido, el interesado solicite prórroga por un término igual, de acuerdo con el artículo 17 de la Ley 1437 de 2011⁽¹⁶⁾, sustituido por el artículo 1° de la Ley 1712 de 2015⁽¹⁷⁾, o la norma que la sustituya o modifique.

2.1.2.1.1.4. La Superintendencia Nacional de Salud, emite autorización previa mediante acto administrativo motivado, la cual resolverá la solicitud dentro de los cuatro (4) meses siguientes, siempre que la Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo haya suministrado la información completa. De conformidad con el numeral 2 del artículo [2.5.2.1.1.13](#) del Decreto 780 de 2016, los planes de salud y modelos de contrato de planes complementarios deberán ser aprobados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud, y se deberá demostrar la viabilidad financiera del plan.

El Superintendente Nacional de Salud, o su delegado, mediante acto motivado aprobará o negará la inscripción del Plan de Atención Complementaria en Salud.

2.1.2.1.1.5. La Superintendencia Nacional de Salud procederá a efectuar el respectivo registro del plan en la Base Única de Planes Voluntarios de Salud (BUPVS), de la Superintendencia.

2.1.2.1.1.6. La Superintendencia Nacional de Salud comunicará a la entidad solicitante que el plan de atención complementaria ha sido aprobado y registrado e informará el código asignado, y a partir de ese momento se podrá iniciar su comercialización.

2.1.2.1.1.6.1. La verificación del plan complementario de salud permanecerá en el tiempo hasta que el plan sea cancelado por solicitud de la misma entidad o la Superintendencia Nacional de Salud ordene la suspensión o cancelación.

2.1.2.1.1.6.2. Si en el ejercicio de la función de verificación posterior, la Superintendencia Nacional de Salud presenta observaciones al Plan Complementario de Salud aprobado, requerirá a la entidad vigilada responsable de este, las aclaraciones y los ajustes necesarios para lo cual se concederá un término de tres (3) meses, el cual podrá ampliarse por solicitud del vigilado, antes del vencimiento del plazo inicial, para que la entidad vigilada las resuelva.

Si la entidad no da respuesta en el término establecido, o si la respuesta no subsana las observaciones realizadas, o resulta incompleta, la Superintendencia Nacional de Salud podrá adelantar las acciones de inspección, vigilancia y control que correspondan.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.2.2. CONDICIONES FINANCIERAS. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El texto es el siguiente:>

Las Entidades Promotoras de Salud que ofrezcan Planes de Atención Complementaria (PAC), deben cumplir con las condiciones financieras y de solvencia establecidas en el Decreto [780](#) de 2016⁽¹⁸⁾ tal como:

a) Capital mínimo adicional al requerido para la EPS para operar el Plan de Atención Complementaria, marco del artículo [2.5.2.2.1.5](#) del Decreto 780 de 2016.

b) Patrimonio adecuado

c) Constitución de reservas y régimen de inversiones

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.3. PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022

2.1.3.1. TARIFAS DE PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. <Numeral modificado por la Circular 51-5 de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Las tarifas de los planes voluntarios deberán estar acordes a las Reglas Generales enmarcadas en el [2.2.4.1.29](#) del Decreto 780 de 2016:

2.1.3.1.1. Proyección de tarifas.

2.1.3.1.2. Control previo por inexactitudes.

2.1.3.1.3. Generalidad de la tarifa.

2.1.3.1.4. Principios.

Las empresas de medicina prepagada y de servicio de ambulancia prepagada deben mantener la pulcritud actualizada de las tarifas y coberturas de los planes depositados y registrados en la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo [2.2.4.1.34](#) del Decreto 780 de 2016.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.3.2. REQUISITOS PARA EL DEPÓSITO / AUTORIZACIÓN DE PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Sin perjuicio de la información adicional que pueda requerir la Superintendencia Nacional de Salud marco de la evaluación que adelante en cada caso, los requisitos mínimos que debe acreditar la entidad solicitante para el depósito de un nuevo plan voluntario de salud son los siguientes:

Carta de solicitud de depósito / autorización del Plan Voluntario de Salud firmada por el representante o quien haga sus veces.

- Nota técnica de acuerdo con lo establecido en el numeral [2.1.3.5](#) de la presente Circular. Anexando documentos descritos en el numeral [2.1.3.5.1](#).

- Registrar en el Formato “Seguimiento a Planes Voluntarios de Salud” - SUFT14, lo pertinente a la descripción de los servicios⁽¹⁹⁾; que cubrirá el plan depositado y que fueron enunciados en el documento PDF del punto anterior.

- Archivo Excel que contenga la comparación entre las coberturas del nuevo plan y las de los planes previamente aprobados por esta Superintendencia a la entidad, que estén siendo comercializados, contemplando además la comparación frente al Plan de Beneficios en Salud (PBS).

- Documento PDF que contenga la metodología que la entidad utilizará para la operación del Plan, paso que se desarrollará para un afiliado y/o beneficiario, iniciando desde el procedimiento de la comercialización, seguido de la afiliación, posteriormente el de la prestación de un servicio de salud con una cobertura, haciendo referencia a la parte administrativa y asistencial que ello implique, que con además, el procedimiento de una posible desafiliación de afiliado y/o beneficiario.

En caso de que el plan incluya el acceso en viaje, (es decir, que el afiliado será atendido en cualquier parte del territorio nacional, independientemente de la cobertura geográfica del plan), o en caso de que el plan contemple la cobertura nacional (que el afiliado pueda acceder al plan en cualquiera de los municipios o ciudades donde la entidad está autorizada para operar), se debe contemplar en dicho documento, como adelantaría dicho procedimiento.

- Diseño, organización y coordinación de la red de prestación de servicios con la que se garantizará la prestación de los servicios de salud o las coberturas del plan a sus afiliados, en los Archivos SA003 - Proyección Red de Proveedores de Servicios de Salud y SA004 - Proyección Servicios a Contratar, adjuntando copia completa y legible de los contratos suscritos para la atención de afiliados y beneficiarios del plan o en su defecto, las cartas de intención correspondientes.

- Formato “Proyección Oficinas y Puntos de Atención al Usuario”- GA001 en el que se indicarán las Oficinas ubicadas en los municipios donde se comercializará el Plan.

- Certificación suscrita por el representante legal y revisor fiscal que soporten el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia establecidas en Decreto [780](#) de 2016 o la norma que lo modifique.

- Proyecciones financieras a cuatro (4) años del plan objeto de la solicitud, en formato Excel, siguiendo

estructura del archivo tipo FA001 - Catalogo Información Financiera.

- En el caso de los Servicios de Ambulancia Prepagadas, solo se podrán depositar planes en los territorios donde se encuentre autorizada su operación.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.3.3. REQUISITOS PARA LA MODIFICACIÓN A LOS PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD

<Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

- Carta de solicitud de depósito del Plan Voluntario de Salud firmada por el representante legal o quien le sustituya en sus veces.

- Si se trata de una modificación al contenido (coberturas o exclusiones) del plan, debe adjuntar un documento en formato PDF con modalidad de reconocimiento óptico de Caracteres - OCR13 en el cual se expliquen claramente el motivo y las modificaciones del plan a realizar, lo cual debe guardar total concordancia con lo registrado respecto de las modificaciones al plan en el formato “Seguimiento a Planes Voluntarios de Salud” - SUFT14.

En caso de que la modificación verse sobre la minuta contractual del plan, el documento en PDF debe indicar de manera clara y precisa el motivo de la modificación, y debe estar acompañado de un archivo Excel, que contenga el paralelo de dichas modificaciones, entre la minuta anterior y la nueva. Adicionalmente, se deben adjuntar las dos minutas anteriores y la nueva con los cambios propuestos resaltados, en formato PDF con modalidad OCR.

- Las modificaciones a la minuta del contrato deben observar estrictamente las condiciones previstas en las normas vigentes de manera general, respecto del vínculo jurídico que se crea en la órbita del derecho privado, así como, las condiciones mínimas establecidas en lo particular y en esta Circular, tratándose de planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagada o planes complementarios de salud.

- Nota técnica de acuerdo con lo establecido en el numeral [2.1.3.5](#), en caso de que exista cambio en el plan voluntario de salud, por modificaciones de los ítems anteriores o por otro motivo.

- Para la ampliación de la cobertura geográfica a ciudades diferentes a las establecidas inicialmente para la autorización de funcionamiento como Empresa de Medicina Prepagada o Servicio de Ambulancia Prepagada, deben presentar un documento Excel que relacione claramente las ciudades y municipios que pretende operar junto con los siguientes requisitos:

2.1.3.3.1.1. Servicio de Ambulancia Prepagada:

- Relación de la flota de vehículos y/o ambulancias debidamente habilitadas en el Sistema Único de Habilitación.
- Nota técnica de acuerdo con lo establecido en el numeral [2.1.3.5](#), en caso de que la tarifa sea diferente para las ciudades donde pretende operar.
- Proyección a 5 años de afiliados por municipio de acuerdo con el formato SA002, un formato por
- Proyección a cinco (5) años del cumplimiento de las condiciones financieras.
- Documento que dé cuenta del número y ubicación de sus unidades y el perímetro a cubrir, dentro de nuevos territorios.

2.1.3.3.1.2. Empresa de Medicina Prepagada.

- Relación actualizada de las entidades que conforman la red de proveedores de servicios de salud, de los Archivos Tipo ST010 - Red de proveedores de servicios de salud y ST011 - Servicios contra
- Documento de descripción de la estructura organizacional, acorde con la modificación realizada, en el siguiente orden: i. Relación de sedes regionales, departamentales o municipales y la descripción de la relación funcional entre las nuevas sedes y la sede central. ii. Extensión del sistema de información requerido a las nuevas sedes. Sistema de atención a usuarios (orientación, citas, quejas, etc.) por motivo de la modificación; de acuerdo con el archivo GA002 - Modificación Oficinas de Atención al Usuario, en formato Excel. En caso de que no se haya realizado una ampliación en la estructura organizacional, este documento debe justificar dicha decisión.
- Nota técnica de acuerdo con lo establecido en el numeral [2.1.3.5](#), en caso de que la tarifa sea diferente para las ciudades donde pretende operar.
- Proyección a 5 años de afiliados por municipio de acuerdo con el formato SA002, un formato por
- Proyección a cinco (5) años del cumplimiento de las condiciones financieras.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.3.4. CANCELACIÓN Y SUSPENSIÓN DEL PLAN VOLUNTARIO DE SALUD. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Se podrá realizar cancelación o suspensión de los planes voluntarios de salud en los siguientes casos:

2.1.3.4.1. Cuando una Entidad Promotora de Salud, Entidad de Medicina Prepagada o Entidad de S

de Ambulancia Prepagada, tenga previsto suspender la comercialización o cancelar un plan, que a la cuenta con afiliados, deberá informar previamente de este hecho a la Superintendencia Nacional de Seguros de Salud con el fin de evaluar la procedencia de la solicitud. Para el efecto deberán remitir:

- Carta de solicitud.
- Estudio técnico que justifique esta decisión.
- Procedimiento que se seguirá con los usuarios que a la fecha tienen contratos vigentes. Sin embargo, para resolver el trámite, es necesario que el plan en cuestión no tenga afiliados.
- Copia del acta de la junta directiva o del órgano social que haga sus veces, en la que se tomó la decisión. En caso de que esta decisión esté en cabeza del representante legal, será suficiente que así lo demuestre.
- En caso de que el plan a suspender o cancelar no cuente con afiliados, será suficiente la solicitud emitida por parte del Gerente, Representante Legal o quien haga sus veces, soportado mediante certificación del Revisor Fiscal en este sentido.

2.1.3.4.2. Cuando como resultado de las acciones de inspección y vigilancia que adelanta esta Superintendencia frente a un Plan Voluntario de Salud registrado y según el caso, también aprobado, presenten observaciones y estas no sean subsanadas, se procederá de acuerdo con lo señalado en el [2.1.1.1.3](#) de la presente Circular.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.3.5. CONDICIONES DE LA NOTA TÉCNICA. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, cuyo nuevo texto es el siguiente:>

La nota técnica es el documento que contiene y sustenta los procedimientos técnicos y actuariales, supuestos, fórmulas, información, parámetros o cualquier otro concepto, criterio o elemento utilizado para establecer la prima pura de riesgo y prima comercial de los productos y/o planes.

Los supuestos que se utilicen para el cálculo de la prima pura de riesgo y prima comercial deben estar consignados y sustentados en la nota técnica. Cuando se utilicen variables o parámetros basados en datos estadísticos de la entidad, éstos se deben anexar en medio digital; así como las bases de datos y la metodologías que se usaron para determinarlas.

Cuando no se cuente con información histórica propia y se utilicen otras fuentes o se elaboren proyecciones, deben incluirse y sustentarse los supuestos que permiten elaborar estas proyecciones. Cuando se utilicen supuestos que hayan sido establecidos por ley, se deberá indicar la normatividad que establece su uso.

Este documento deberá incluir cualquier concepto, procedimiento técnico que a juicio del actuario o la nota técnica sea necesario para la adecuada implementación del producto. Adicionalmente, debe la metodología y formulación utilizada para el cálculo de las primas pura de riesgo y comercial para uno de los segmentos definidos en el plan/producto.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.3.5.1. ELEMENTOS. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

2.1.3.5.1.1. Documento en PDF que contenga la nota técnica, el cual debe presentarse con la terminología actuarial reconocida internacionalmente. Cualquier notación o terminología adicional que requiera en las metodologías seguidas para la determinación de la tarifa y/o para el cálculo de las revalorizaciones técnicas (PAC), debe ser expuesta explícitamente.

2.1.3.5.1.2. Bases de datos que hayan sido utilizadas en el cálculo de la tarifa del plan y/o producto.

2.1.3.5.1.3. Documento en Excel, donde se muestren los estudios técnicos, actuariales y estadísticos sustenten los resultados de la nota técnica, los cuales deben ser el producto de la utilización de bases de datos que cumplan exigencias de homogeneidad y representatividad.

2.1.3.5.1.4. Documento en PDF que contenga la minuta del contrato del respectivo producto y/o plan.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.3.5.2. REQUISITOS MÍNIMOS EN EL CONTENIDO DE LA NOTA TÉCNICA. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Las entidades de medicina prepagada y de servicios de ambulancia prepagada y las empresas promotoras de salud que estén autorizadas para comercializar Planes Complementarios (PAC), deben presentar la técnica para cada plan y/ o producto, con la metodología para el cálculo de la tarifa. Adicionalmente, el Plan Complementario (PAC), deberá incluir el cálculo de reservas técnicas en cumplimiento del artículo [2.5.2.2.1.9](#) del Decreto 1073 de 2016.

Los requisitos mínimos que deben contener las notas técnicas son:

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular Externa 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.3.5.2.1. IDENTIFICACIÓN DE LA NOTA TÉCNICA. <Numeral modificado por la Circular Externa 51-5 de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

En la primera hoja del documento se debe registrar:

- Nombre de la Nota técnica.
- Nombre y código de la entidad.
- Código del plan para el cual se está definiendo la tarifa y/o reservas técnicas.
- Nombre del producto y/o plan: corresponde al nombre del producto y/o plan para el cual se está definiendo la tarifa y/o reservas técnicas.
- Fecha de elaboración y/o actualización de la nota técnica (Día/Mes/Año).
- Nombre, profesión y cargo de la persona que elaboró la nota técnica.
- En la parte inferior de cada página del documento debe incluirse la siguiente información, tal como se describe a continuación:

CAMPO	1	2	3	4	5
DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código de la Entidad	Tipo de nota técnica	Página	Código de producto y/o plan
FORMATO	10 caracteres DD/MM/AAAA	8 caracteres	3 caracteres	3 dígitos	20 caracteres

- Campo 1: Para los casos en los que se requiere de autorización, esta fecha debe corresponder al acto administrativo mediante el cual se imparte la respectiva aprobación. En los casos que no se requiere autorización, corresponderá a la fecha desde que se utiliza la tarifa y/o reservas definidas en la nota

- Campo 2: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud
- Campo 3: Debe indicarse:
 - N_P: Si la nota técnica corresponde a un nuevo producto
 - A_P: Si la nota técnica corresponde a la actualización de un producto existente.
 - R_T: Si la nota técnica corresponde a Reservas Técnicas
- Campo 4: debe registrar el número de la página y el total de páginas del documento, (# página/tot. páginas)
- Campo 5: Corresponde al código del producto y/o plan para el cual se está definiendo la tarifa

2.1.3.5.2.2. Objetivo General: Se debe incluir el objetivo de la nota técnica. Para las notas técnicas correspondan a una actualización de producto debe indicarse la razón de la actualización. Si la actualización implica cambios en la cobertura, se debe indicar de manera clara cuáles son los cambios introducidos dejando constancia expresa e inequívoca de que no se efectúan modificaciones distintas a las expresamente anunciadas.

2.1.3.5.2.3. Modalidad del contrato: Se debe indicar si el contrato es Individual, familiar, colectivo que maneje la compañía, el cual se debe especificar.

2.1.3.5.2.4. Temporalidad: Se debe incluir el periodo de tiempo para el cual se está calculando la tarifa

2.1.3.5.2.5. Enumeración detallada de todas las coberturas y servicios incluidos: Se debe incluir descripción de las coberturas ofrecidas y el diferencial que tienen frente al Plan de Beneficios con cargo a la UP. Adicionalmente, debe remitir el listado de procedimientos, servicios, tecnologías, medicamentos, insumos asociados a cada una de las coberturas ofrecidas.

Para las notas técnicas de los Planes Complementarios se debe incluir de manera expresa, para los servicios incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, si la totalidad del costo es asumido por el plan complementario o si va a tener costo compartido; caso en el cual, se debe definir cómo se va a realizar la distribución.

2.1.3.5.2.6. Moneda: Se debe indicar la moneda o índice en que se denomina la prima de riesgo, la tarifa comercial y las reservas técnicas (para los casos en que aplique).

2.1.3.5.2.7. Descripción de la población: Se debe incluir la descripción de la población asegurada y población que espera asegurar. La descripción debe incluir variables tales como edad, género, municipio, localidad, ingreso base de cotización, tipo de afiliación, antigüedad y cualquier otra segmentación considerada en cuenta en el desarrollo de la nota técnica.

2.1.3.5.2.8. Definición de riesgo: Debe incluir la definición de riesgo adoptada por la entidad

2.1.3.5.2.9. Definición de riesgo asegurado: Se debe incluir la definición de riesgo asegurado adoptada por la entidad.

2.1.3.5.2.10. Definición de siniestro: Se debe incluir la definición de siniestro, la cual debe guardar correspondencia con la definición de riesgo asegurado.

2.1.3.5.2.11. Definición de expuesto: Se debe incluir la definición de expuesto, la cual debe guardar

correspondencia con las definiciones de riesgo asegurado y siniestro. Así mismo debe incluirse la forma en la que se determinaran los expuestos en el periodo de análisis.

2.1.3.5.2.12. Medidas de control: Se deben incluir los criterios definidos por la entidad para la suscripción de los planes y/o productos; así como las medidas adoptadas para el control del riesgo, tales como límites para la edad de ingreso, períodos de carencia, o cualquier otra medida de control.

2.1.3.5.2.13. Límites: Si dentro del plan y/o producto se definen límites en la cobertura, estos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica especificando como se aplican y como inciden en el cálculo de la tarifa.

2.1.3.5.2.14. Recargos y/o descuentos basados en el riesgo: Si dentro del plan y/o producto se otorgan recargos y/o descuentos basados en el estado de riesgo del usuario, éstos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica.

2.1.3.5.2.15. Gastos: Se deben incluir los factores por los cuales se aplicarán. Estos deben estar discriminados en gastos esperados por la entidad, gastos de adquisición, gastos de administración y gastos de venta. Si estos factores varían, se debe indicar de manera precisa los rangos en los cuales se encuentran y de qué depende su variación.

2.1.3.5.2.16. Margen por riesgo y/o utilidad esperada por la entidad: Si la entidad incluye margen por riesgo y/o utilidad, estos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica. Si estos factores varían, se debe indicar de manera precisa los rangos en los cuales se encuentran y de qué depende su variación.

2.1.3.5.2.17. Forma de pago: Debe indicarse si la prima se paga de forma anticipada o vencida.

2.1.3.5.2.18. Fraccionamiento de primas: Se debe indicar claramente si el plan y/o producto contempla pago fraccionado de la prima (pago mensual, trimestral, semestral, ...); de ser así, esto debe ser incluido y sustentado en la nota técnica; así como los recargos que se aplicaran por realizar el pago fraccionado.

2.1.3.5.2.19. Descuentos: Si dentro del plan y/o producto se otorgan descuentos (descuento por pago anticipado, descuentos por planes familiares, ...), estos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica.

2.1.3.5.2.20. Devoluciones: Debe indicarse si habrá devolución de valores por el retiro anticipado de la cobertura. Así mismo, debe incluirse la metodología que se seguirá para la determinación de los valores a devolver.

2.1.3.5.2.21. Copagos y/o cargos asumidos por el usuario: Deben incluirse los copagos y/o cargos que asume el usuario; así mismo debe incluirse la forma en la que estos cargos se ven reflejados en el cálculo de la tarifa.

El detalle de los copagos y/o cargos asumidos por el usuario debe ser incluido para cada uno de los procedimientos, servicios, tecnologías, medicamentos, insumos; asociados a cada una de las coberturas ofrecidas, en la hoja “Detalle de Servicios” que debe ser incluida en el archivo de Excel como Resúmen de la Nota técnica.

2.1.3.5.2.22. Prima pura de riesgo - Proceso de pérdida: Dado que la prima pura de riesgo debe corresponder a la temporalidad del producto / plan y a las definiciones de riesgo, riesgo asegurado, y expuesto, es necesario incluir de manera clara la descripción y formulación del proceso de pérdida. Como resultado de lo anterior, se debe incluir lo siguiente:

- Definición clara de las variables asociadas al proceso de pérdida y el periodo de tiempo asociado.

- Supuestos utilizados para la aplicación del proceso de pérdida.
- Formulación matemática que seguirá para la estimación de cada una de las variables.
- Asociación de base de datos y campos utilizados en el cálculo de cada una de las variables definidas.
- Las entidades deben utilizar la información propia del plan para el cálculo de la prima, como mínimo información de 3 años de comercialización del producto / plan. En el caso de que sea un producto / nuevo utilizar la información o proyecciones con la que se entregó para depósito en la nota técnica, en cuenta que debe empezar a utilizar la información recopilada paulatinamente del plan comercial.
- Mostrar claramente cómo la frecuencia y la severidad se utilizan en el proceso de la pérdida, la cual debe ser coherente a los supuestos utilizados.

- Resultados de la estimación

2.1.3.5.2.23. Prima Comercial: Dado que la prima pura comercial depende de la prima pura de riesgo, gastos, comisiones, utilidad, entre otros, y debe corresponder a un periodo de tiempo es necesario incluir:

- Definir y justificar de manera clara y técnica las variables asociadas al cálculo de la prima comercial.
- Supuestos utilizados en la aplicación de la formulación de la prima comercial.
- Formulación matemática que seguirá para la estimación de la prima comercial y de cada una de las variables asociadas.
- Asociación de base de datos y campos utilizados en el cálculo de cada una de las variables definidas.
- Verificación matemática - estadística del cumplimiento de la ecuación de equilibrio.
- Resultados de la estimación.
- Formulación matemática que sigue para la determinación de la prima comercial para cada una de las modalidades de contratación y de las segmentaciones del plan.

- Formulación matemática que sigue para la determinación de la prima comercial para cada periodo de pago (mensual, trimestral, semestral.). Debe ser coherente con lo reportado en los anexos técnicos.

2.1.3.5.2.24. Descripción de las bases de datos utilizadas en la metodología de cálculo de la tarifa: En el anexo de la nota técnica - documento metodológico se debe incluir, para cada una de las bases de datos, la información de la utilización que tiene en la formulación propuesta y la descripción de cada uno de los campos incluidos.

La información histórica, propia de la entidad, de utilidades, primas cobradas y expuestas, que se ha utilizado en el desarrollo de la nota técnica debe ser remitida, como mínimo.

2.1.3.5.2.25. Resultados: Se debe incluir los resultados de la prima pura de riesgo y de la prima comercial para cada una de las modalidades de contratación, de los segmentos del plan / producto y de la periodicidad de pago.

Se debe incluir la aplicación detallada de la formulación expuesta en el documento para el cálculo de la tarifa; así como cualquier otro desarrollo incluido en la nota técnica.

En este libro de Excel se debe incluir las siguientes hojas:

2.1.3.5.2.25.1. “Bases de Datos” En esta hoja debe incluirse, para cada una de las bases de datos utilizadas en la nota técnica y que son remitidas, el detalle de los campos de la base de datos y la descripción de cada campo. El reporte debe realizarse bajo la siguiente estructura:

Nombre Base de Datos

Campo	Descripción Campo	Total, Filas	Registros Vacíos	Total
Nombre del Campo	Descripción Del Campo	Total, de filas remitidas	Total, de registros vacíos reportados	Para los campos numéricos debe registrar la suma total

2.1.3.5.2.25.2. “Tarifas” Resumen que contenga para cada plan/producto, tipo de contratación, segmentación y periodicidad de pago el valor de la prima pura de riesgo y tarifa. A modo de ejemplo la presentación debe realizarse con la siguiente estructura:

Plan	Tipo Contrato	Segmento de riesgo	Prima pura de riesgo Anual	Tarifa		
				Semestral	Trimestral	Mensual
	Familiar	Segmento 1				
		Segmento n				
	Individual	Segmento 1				
		Segmento n				
	Colectivo	Segmento 1				
		Segmento n				
	Otro	Segmento 1				
		Segmento n				

2.1.3.5.2.25.3. “Aplicación” La aplicación detallada de la formulación expuesta en el documento P. el cálculo de la prima y/o de las reservas técnicas, según sea el caso; así como cualquier otro desarrollo incluido en la nota técnica.

2.1.3.5.2.25.4. “Detalle de Servicios” en esta hoja se debe incluir el detalle de coberturas y listado de procedimientos, servicios, tecnologías, medicamentos, insumos; asociados a cada una de las coberturas ofrecidas, los cargos asumidos por el usuario y la distribución del costo entre los servicios prestados, cargo a la UPC y el PAC. Esta hoja debe contener por lo menos la siguiente información:

Cobertura	Cod Servicio	Nombre	Plan de Beneficios	Adicional al Plan de Beneficios con	Cargo Usuario	Periodo Carencia
		Servicio	con cargo a la UPC	cargo a la UPC		

2.1.3.5.2.25.5. “Reservas” (Aplica para las notas técnicas de PAC). Resumen que contenga el valor de la reserva asociada al corte. Para las Entidades de Medicina Prepagada y Servicio de Ambulancia Prepagada y opcional. La presentación debe realizarse bajo la siguiente estructura:

Reservas Técnicas con corte a: DD/MM/AAAA			Con cargo al Plan de Beneficios con cargo a la UPC		Con cargo al Plan de Atención Complementaria	
			Valor	Cuenta Pasivo	Valor	Cuenta Pasivo
Servicios	Obligaciones Pendientes y Conocidas	Servicios avisados				
		Paquetes - capitas no facturadas				
		Facturas no liquidadas				
		Obligaciones liquidadas pendientes de pago				
	Obligaciones pendientes aún no conocidas	IBNR				

2.1.3.5.2.26. Nombre y Firma del Actuario o Responsable: Se debe incluir el nombre y la firma del o de la persona responsable que elaboró la nota técnica.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.3.6. CONTRATOS DE PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD. <Numeral modificado por la [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:>

Los contratos de los Planes Voluntarios de Salud deben atender las características de forma y contenidos requisitos mínimos que a continuación se detallan.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.3.6.1. CARACTERÍSTICAS DE FORMA. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022 nuevo texto es el siguiente:>

Los contratos de los Planes Voluntarios de Salud deben tener las siguientes características de forma:

2.1.3.6.1.1. Tener una redacción clara.

2.1.3.6.1.2. Ser redactados en idioma castellano.

2.1.3.6.1.3. De fácil comprensión para el usuario.

2.1.3.6.1.4. Los caracteres tipográficos deben ser fácilmente legibles.

2.1.3.6.1.5. Su contenido debe ajustarse a lo dispuesto en disposiciones legales que regulen este tipo de contratos so pena de ineficacia de la estipulación respectiva. Para la determinación de las causas de nulidad absoluta y relativa, se observarán las disposiciones vigentes sobre la materia aplicables a la contratación entre particulares.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular 51-5 de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.3.6.2. CONTENIDO DEL CONTRATO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El texto es el siguiente:>

Los contratos que se suscriban por las entidades que administran planes voluntarios de salud deberán contener los siguientes requisitos mínimos:

2.1.3.6.2.1. Encabezado. Debe incluir número y año del acto administrativo mediante el cual la entidad es autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud como Entidad Promotora de Salud, Empresa Medicina Prepagada o Servicio de Ambulancia Prepagada, así como el nombre del Plan que se comercializará mediante esa minuta, en todas las hojas del contrato.

2.1.3.6.2.2. Identificación del contratante y beneficiarios: Nombres y apellidos del contratante e identificación de los usuarios como figuran en la solicitud de afiliación y los respectivos documentos de identidad.

2.1.3.6.2.3. Fecha de inicio de vigencia del contrato: Corresponde a la fecha en la que el contrato comienza a tener efectos entre las partes, por lo tanto, es a partir de ese momento en que se derivan para las partes las obligaciones, entre las que se contemplan entre otras, para el contratante, la de pagar el valor del contrato en la forma y periodicidad estipuladas para el contratista, la de prestar los servicios de acuerdo con la modalidad convenida.

2.1.3.6.2.4. Vigencia del contrato: El contrato debe contener mención expresa sobre su vigencia que no podrá ser inferior a un (1) año.

2.1.3.6.2.5. El precio acordado: Debe especificarse el valor del contrato según tarifas vigentes previstas.

establecidas para el plan de acuerdo con las características consideradas en los estudios actuariales grupos etarios, género, número de usuarios, modalidad de contratación (individual, familiar, colectivo). El valor que pagará el usuario debe quedar señalado en forma expresa en el contrato o sus anexos.

2.1.3.6.2.6. Forma y periodo de pago: Deberá quedar claramente establecida la forma y la periodicidad a la cual el usuario pagará la tarifa vigente del plan, señalándose si el pago se hará en efectivo, con tarjeta de crédito, etc. También deberá quedar expresamente señalado el periodo de cada pago con el valor total o tarifa del contrato, es decir, si corresponde a instalamentos mensuales, bimestrales, trimestrales u otro periodo diferente, o si por el contrario se paga la anualidad en su totalidad.

2.1.3.6.2.7. Modalidad de contratación del plan: Individual, familiar o colectivo.

2.1.3.6.2.8. Objeto del contrato.

2.1.3.6.2.9. Obligaciones de la entidad.

2.1.3.6.2.10. Derechos y deberes del afiliado y sus beneficiarios.

2.1.3.6.2.11. Definiciones del contenido de la minuta.

2.1.3.6.2.12. Coberturas ofrecidas en el plan.

2.1.3.6.2.13. Descuentos: Deberá incluirse una cláusula en la que expresamente se señalen los descuentos aplicados a las tarifas vigentes del contrato, los cuales deben indicarse tanto en porcentaje como en monto, con la clara identificación de su concepto (afiliación al PBS con cargo a la UPC, forma de pago, descuentos comerciales, etc.). Igualmente, indicará que los descuentos se mantendrán al usuario mientras este se encuentre vinculado a la entidad siempre que no se modifiquen las condiciones que dieron origen al descuento.

2.1.3.6.2.14. Examen médico: En los eventos que la entidad tenga previstos exámenes médicos de ingreso⁽²⁰⁾, deberá señalarse expresamente en el contrato el valor de este y la condición de que puede realizarse, previo consentimiento del contratante.

2.1.3.6.2.15. Fecha de solicitud: Corresponde al momento en que el potencial usuario presenta ante la entidad el formato diligenciado de solicitud por medio del cual manifiesta su intención de contratar Voluntario de Salud - PVS.

2.1.3.6.2.16. Fecha de aceptación por parte de la entidad contratista: Corresponde al momento en el que la entidad directamente o a través del promotor le informa al usuario que ha sido aceptada su solicitud, indicando con anticipación la fecha, hora y lugar para la firma del contrato.

2.1.3.6.2.17. Fecha de contratación: Es la fecha en que las partes firman o suscriben el contrato.

2.1.3.6.2.18. Fecha de inicio del contrato: A partir de esta fecha inicia la ejecución del contrato, por lo que es a partir de ese momento en que se derivan para las partes las obligaciones.

2.1.3.6.2.19. Régimen de exclusiones y preexistencias: Se deberá definir claramente en el contrato los caracteres destacados.

2.1.3.6.2.19.1. Las exclusiones deben estar expresamente previstas en el contrato precisándose las patologías, procedimientos, exámenes de diagnóstico específicos que se excluyan y el tiempo durante el cual no serán cubiertos y que por ser el resultado de estudios de carácter técnico, científico y análisis de costos y/o criterios de comercialización se consideran como tales solamente las exclusiones relacionadas

el contrato.

2.1.3.6.2.19.2. Las exclusiones referenciadas no podrán hacer alusión a las enfermedades, malformaciones derivadas de preexistencias, las cuales deben estar relacionadas en un anexo al contrato. no se consagren expresamente en el contrato no podrán oponerse al usuario.

2.1.3.6.2.19.3. Respecto de las preexistencias, [\(21\)](#) la demostración de la existencia de factores de riesgo como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas, no podrá ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se califique una preexistencia.

2.1.3.6.2.19.4. Las entidades habilitadas para ofrecer PVS no podrán incluir como preexistencia al momento de renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial.

2.1.3.6.2.20. Terminación unilateral del contrato: Para garantizar la información clara, precisa y libre frente al adherente respecto de las causales de terminación del contrato o la no renovación de este, y en caso de incumplimiento a las obligaciones derivadas del contrato, la entidad debe señalarlas expresamente y presentar el procedimiento detallado que adelantará para su aplicación.

Lo anterior siempre que ello, no conlleve al ejercicio de una posición dominante o al abuso del derecho, siempre que su configuración encuentre sustento en el principio de la buena fe contractual. En caso contrario, le corresponde al Juez del contrato, de acuerdo con lo alegado y probado, determinar si existen los supuestos fácticos y jurídicos que justifiquen la terminación.

Adicionalmente, debe ser expresa, la forma como se hará la devolución de los valores por el factor de proporción de tiempo en el cual no habrá cubrimiento de la siniestralidad o posible utilización de los servicios, es decir, los valores que se entienden no causados. Para la determinación de los valores que serán devueltos por concepto de administración, debe considerarse la proporción que representan los gastos administrativos de la entidad respecto de los ingresos operacionales por concepto de la venta de planes, al cierre del ejercicio contable inmediatamente anterior a la fecha de terminación del contrato.

Igualmente, debe quedar explícito que, la cancelación de la autorización del plan por parte de esta Superintendencia será causal de terminación del contrato.

2.1.3.6.2.21. Modificación al contrato: Deberá incluirse cláusula que señale que, mientras el contrato encuentre vigente, cualquier modificación al mismo, solo podrá hacerse de común acuerdo, por escrito, entre las partes y previa aprobación de esta, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

2.1.3.6.2.22. Afiliación al régimen contributivo: Es preciso informar al usuario en cláusula dedicada a este aspecto su obligación de estar afiliado al régimen contributivo.

2.1.3.6.2.23. Identificación de los usuarios: Para efectos de evitar errores debe señalarse con precisión los nombres y apellidos completos de los usuarios del plan incluido el contratante, de acuerdo con el registro en su documento de identidad, incluido el número correspondiente a ese documento.

2.1.3.6.2.24. Modalidad de contratación del plan: Está relacionado con la agrupación de afiliado y beneficiarios por lo cual esta puede realizarse en forma individual, familiar o Colectiva, indicando las características y limitantes de este.

2.1.3.6.2.25. Renovación de contratos: En el contrato debe incluirse cláusula que indique que, la renovación del contrato es obligatoria por la entidad a menos que medie incumplimiento por parte de los usuarios. En caso de proceder su terminación unilateral de acuerdo con el procedimiento detallado para tal fin, incluido

contrato. Cláusula compromisoria: Los contratos deben contener una cláusula en la que se dé a conocer al usuario de los servicios que cualquier controversia en cuanto a preexistencias, será resuelta bajo los postulados de la normatividad vigente.

2.1.3.6.2.26. Responsabilidad civil y administrativa: Debe ajustarse a los términos del artículo [2.2.4](#) del Decreto 780 de 2016, o la norma que lo sustituya o modifique.

2.1.3.6.2.27. Negación del servicio: En la minuta del contrato debe explicarse en forma clara y con los motivos por los cuales puede negarse el servicio. En el mismo sentido, se indicará que en caso de no prestación de servicios se diligenciará y entregará al usuario el Formato de Negación de Servicios y/o Medicamentos establecido por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Única [047](#) de 2007, o la norma que lo modifique o sustituya.

2.1.3.6.2.28. Trámite de PQRS: Se incluirá cláusula que indique el procedimiento que se dará a las solicitudes, peticiones, quejas y reclamos, contemplando adicionalmente, las sugerencias o las denuncias que presenten los usuarios.

2.1.3.6.2.29. Inclusión de usuarios: Es preciso indicar el procedimiento y los términos en que se incluirán usuarios del contrato inicial.

2.1.3.6.2.30. Periodos de carencia: Períodos mínimos de cotización o de carencia, si hay lugar a ello, especificando para qué coberturas y los tiempos establecidos.

2.1.3.6.2.31. Programa de copagos o de pagos moderadores: Es indispensable que se incluya en el contenido de la minuta, la estipulación respecto de los copagos y/o cargos que debe asumir el usuario de acuerdo con la definición establecida en esta Circular.

2.1.3.6.2.32. Requerimientos para constituir en mora: Indicar el procedimiento que adelantará la entidad cuando el contratante incurra en mora y la consecuencia que ello conlleva, lo anterior, sin desconocer la obligación que le asiste también a la entidad en caso de no realizar dicho procedimiento.

2.1.3.6.2.33. Firma de los contratantes y copia para las partes. En él se dejará constancia que el usuario suscribió el contrato y recibió copia de este.

2.1.3.6.2.34. Anexos Obligatorios: Serán anexos obligatorios:

2.1.3.6.2.34.1. Pagos moderadores, debe incluir sin lugar a equívocos o interpretaciones, la información sobre el monto, la periodicidad del pago y la cantidad de los pagos moderadores (cuotas moderadoras, bonos, vales, tiquetes, etc.), indicando la cantidad para cada uno de los servicios contemplados. Incluyendo el procedimiento administrativo que se debe seguir.

2.1.3.6.2.34.2. Directorio médico, o red de prestadores de servicios de salud con los que se garantizan los servicios a sus afiliados. Puede la entidad si así lo prefiere, dar a conocer a sus afiliados, la red de prestadores de servicios de salud a través de su página web, informar en el anexo correspondiente al directorio médico, cuál es el procedimiento para acceder al mismo, la URL, o dirección web en la que se publicará dicha información, con el paso a paso preciso de navegación en la página para ubicar el directorio, haciendo alusión, además, a que la información es dinámica y por lo tanto, debe ser consultada frecuentemente.

2.1.3.6.2.34.3. En el mismo sentido, es compromiso de la entidad su actualización permanente, que genere claridad al usuario, sea clara, completa, precisa y veraz.

- 2.1.3.6.2.34.4. Información sobre la línea de atención al usuario 24 horas, los 7 días de la semana.
- 2.1.3.6.2.34.5. Exclusiones y Preexistencias: En este anexo se relacionarán todas las enfermedades, malformaciones o afecciones identificadas, en observancia de lo definido para estas en la presente (
- 2.1.3.6.2.34.6. Procedimiento administrativo para la utilización y acceso a los servicios del plan.
- 2.1.3.6.2.34.7. Procedimiento administrativo para autorizaciones.
- 2.1.3.6.2.34.8. Procedimiento administrativo para reembolsos, si aplica.
- 2.1.3.6.2.34.9. Procedimiento administrativo para la atención en urgencias.
- 2.1.3.6.2.34.10. Procedimiento administrativo para la práctica del examen médico de ingreso, si apl
- 2.1.3.6.2.34.11. Procedimiento y entrega del carné al afiliado o beneficiario.
- 2.1.3.6.2.34.12. Puntos y horarios de atención.
- 2.1.3.6.2.34.13. Relación de documentos que integran y conforman el contrato.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa 047 de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

- <Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

2.1.4. GLOSARIO. <Numeral modificado por la Circular [51-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente

- 2.1.4.1. Actuario: De acuerdo con lo previsto en las normas aplicables a las entidades aseguradoras del sector financiero y en concordancia con la doctrina internacional, se entiende como Actuario a aquella persona natural que cuenta con conocimientos técnicos de estadística, matemáticas, jurídicos y financieros concernientes a los seguros. Para el caso de lo requerido por esta Superintendencia conocimientos relacionados con el sector salud.
- 2.1.4.2. Aprobación de los Planes Voluntarios de Salud: Se da cuando la Superintendencia Nacional de Salud realiza el registro del plan en la Base Única de Planes Voluntarios de Salud (BUPVS).
- 2.1.4.3. Asegurado: Es la persona que puede resultar afectada por el riesgo que cubre la póliza.
- 2.1.4.4. Contrato: Contrato de seguros entre la Entidades que manejan Planes voluntarios de salud y el contratante, en donde se indican los beneficios, el valor asegurado, las exclusiones y demás condiciones pactadas.
- 2.1.4.5. Depósito de los Planes Voluntarios de Salud: Es la radicación de la solicitud, con los requisitos mínimos establecidos por la normatividad vigente, realizada por una EMP o SAP, previamente autorizada.

por la Superintendencia Nacional de Salud.

2.1.4.6. Documento Metodológico: Contiene todas las características generales, supuestos, y metodologías para el cálculo de las tarifas, reservas técnicas y demás particularidades que se requieran para el aseguramiento en salud. Este documento debe contener todas las variables de tipo actuarial que sea necesarias y suficientes para determinar el equilibrio financiero que debe existir entre los recursos y gastos.

El documento metodológico debe describir de manera clara la información, supuestos y metodologías utilizadas en el cálculo de las tarifas y las reservas técnicas, de tal forma que un actuario pueda evaluar la validez de las metodologías y supuestos utilizados.

2.1.4.7. Homogeneidad: Los elementos de la muestra objeto de estudio deben tener características homogéneas de tipo cualitativo y cuantitativo. Además, deben escogerse cumpliendo supuestos de aleatoriedad e independencia.

2.1.4.8. Plan Complementario (PC): Contrato de servicios de salud adicional al POS que comercializan las Empresas Promotoras de Salud para mejorar el acceso y los servicios del POS.

2.1.4.9. Plan Voluntario de Salud: Corresponden a planes de salud que se comercializan con beneficios adicionales a los beneficios del POS, y financiados con recursos particulares de cada persona que lo adquiere.

2.1.4.10. Plan de Beneficios con Cargo a la UPC (PB): Son los beneficios a los cuales tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

2.1.4.11. Producto: Contrato de seguros entre la Compañía de Seguros y el cliente (asegurado), en el cual se indican los beneficios, el valor asegurado, las exclusiones y demás condiciones pactadas.

2.1.4.12. Registro Planes Voluntarios de Salud: Es la acción que, una vez depositado el PVS, realiza la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la asignación de un código y el ingreso de la información del plan en la Base Única de Planes Voluntarios de Salud (BUPVS).

2.1.4.13. Representatividad: El tamaño de la muestra debe corresponder a un número objetivo de elementos de la población que garantice un nivel de significación razonable y cubra un período adecuado, de modo que el cálculo de los estimadores presente un bajo nivel de error.

2.1.4.14. Reservas Técnicas: Las reservas técnicas tienen por objetivo general, reflejar las obligaciones que las aseguradoras asumen con sus asegurados, al tener que cubrir pagos eventuales por conceptos de siniestros.

2.1.4.15. Tomador: Es la persona que suscribe un contrato de un plan voluntario de salud y se obliga al pago de la prima, salvo que en el contrato se disponga lo contrario.

2.1.4.16. Usuario: Es la persona natural que recibe los beneficios que ofrecen las Entidades que administran los Planes Voluntarios de Salud.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022.

Legislación Anterior

<Ver el texto del Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)', actualmente Capítulo II 'EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD (PVS)', original y las modificaciones introducidas hasta la Circular de 2022 en el siguiente [Enlace](#)>

CAPITULO III.

REGÍMENES DE EXCEPCIÓN Y ESPECIALES.

De conformidad con lo preceptuado en el artículo [279](#) de la Ley 100 de 1993 son considerados regímenes de excepción:

1. El Sistema de Salud aplicable a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990.
2. El Sistema de Salud de los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.
3. El Sistema de Salud de los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol) y pensionados de la misma.

Por su parte se consideran Sistemas Especiales aquellos que son organizados y administrados por las Universidades Estatales u oficiales de conformidad con lo determinado en la Ley [647](#) de 2001 y las que la adicionan, modifican o reglamentan.

De acuerdo con las nuevas facultades conferidas por la Ley [1122](#) de 2007, la Superintendencia realiza funciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) a las entidades exceptuadas de la Ley [100](#) de 1993 del Sistema de Salud de las Universidades Públicas.

En consecuencia, la función de inspección, vigilancia y control con destino a las entidades o dependencias encargadas de los regímenes de excepción o especiales se hará exigiendo la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud; la protección de los derechos de los usuarios; la atención en salud sin ningún condicionamiento o presión; la eficiencia en el recaudo y administración, custodia y aplicación de los recursos con destino al aseguramiento y la prestación de servicios de salud, la promoción de la participación de los afiliados como forma de participación ciudadana; la definición de mecanismos de rendición de cuentas por lo menos una vez al año y la protección de los servicios de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los sistemas exceptuados de acuerdo con las características propias de su organización, serán sujetos de Inspección, Vigilancia y control en los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales de información, de conformidad con los conceptos establecidos en la Ley [1122](#) de 2007.

En ejercicio de las facultades mencionadas y en concordancia con los ejes del Sistema de Inspección,

Vigilancia y Control, el alcance en cada uno de ellos será:

1. **Financiamiento:** Se vigilará la eficiencia, eficacia y efectividad en el recaudo, flujo, administración y aplicación de los recursos de salud.
2. **Aseguramiento:** Se vigilará el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación a la población objeto a un plan de beneficios del régimen.
3. **Prestación de servicios de Atención en Salud Pública:** Se vigilará que la prestación de servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
4. **Atención al Usuario y Participación Social:** Se vigilará que se garantice el cumplimiento de los derechos de los usuarios y la participación social de acuerdo con los mecanismos propios de cada sistema.
5. **Eje de Acciones y Medidas Especiales:** Se realizará intervención forzosa administrativa para todas las entidades vigiladas que cumplen funciones de administradores de recursos de la seguridad social en el sistema especial o exceptuado.
6. **Información:** Se vigilará que las entidades especiales o exceptuadas garanticen la producción de información con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia y finalmente vigilar que la afiliación corresponda a los sujetos con derechos plenos a pertenecer a los mencionados regímenes, a la doble afiliación y el libre tránsito entre sistemas.

Los regímenes de excepción y los sistemas especiales deberán enviar la información de afiliados y financiera de conformidad con los anexos técnicos de la presente circular.

<Inciso adicionado por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Con el objeto de garantizar el debido proceso a los afiliados al momento de la imposición de una multa o sanción por incumplimiento, el retardo a una cita médica la EAPB debe garantizar el debido proceso consagrado en el artículo [29](#) de la Constitución Política, de acuerdo con la normatividad vigente. Las EAPB no están autorizadas para imponer como sanción el bloqueo en la prestación de los servicios de salud de los usuarios.

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado como último inciso al Título II por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

CAPITULO CUARTO.

SISTEMA DE INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA.

<Capítulo eliminado por la Circular [12](#) de 2016>

Notas de Vigencia

- Capítulo eliminado por la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Pro de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Informa para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

- Numeral 4 modificado por la Circular 58 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.549 de noviembre de 2009.

- Según lo dispuesto por la Circular [58](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.549 de 30 de noviembre de 2009, el texto bajo el Título de 'ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS' originalmente incluido al final del Capítulo IV del Título II se traslada como un subtítulo final de uno de los siguientes capítulos:

TITULO XI.

ANEXOS TECNICOS.

CAPITULO Entidades Promotoras de Salud del régimen Contributivo y Entidades adaptadas al S

CAPITULO Entidades Adaptadas al sistema

CAPITULO Entidades Promotoras de salud del Régimen Subsidiado

CAPITULO Empresas de medicina prepagada

CAPITULO Servicio de ambulancia prepagada

CAPITULO Regímenes de excepción y especiales.

- Capítulo IV adicionado al Título II por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No 47.518 de 30 de octubre de 2009. El editor destaca que la Circular 56 de 2009, a la fecha de publi de la Circular 57 de 2009 no había sido publicada en el Diario Oficial.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 56 de 2009:

CAPÍTULO CUARTO.

<Capítulo adicionado con el texto de la Circular [56](#) de 2009, según lo dispuesto por la Circular [57](#) de 2009. El texto adicionado es el siguiente:>

1. ANTECEDENTES. <Capítulo adicionado con el texto de la Circular [56](#) de 2009, según lo disp por la Circular [57](#) de 2009. El texto adicionado es el siguiente:>

De conformidad con los requisitos de autorización de las Entidades Promotoras de Salud, el num artículo [180](#) de la Ley 100 de 1993, señala que las entidades deben evaluar sistemáticamente la ca de los servicios que ofrece a sus usuarios.

Adicionalmente, el numeral 6, artículo [178](#) de la Ley 100 de 1993, determina entre otras como fu de las Entidades Promotoras de Salud “Establecer procedimientos para controlar la atención integ eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Ser

de Salud”.

Teniendo en cuenta que en el marco legal del Decreto [1011](#) de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y determina en el artículo [38](#) que las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador, y además deben contemplar las características establecidas en el artículo [3](#) de este Decreto, que señala:

‘Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o documentación de procesos los cuales so/o constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 2 Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico’.

En concordancia con lo anterior, la Resolución [1446](#) de 2006 del Ministerio de la Protección Social define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, Es importante mencionar lo dispuesto en el artículo [2](#), que establece para el nivel de monitoría del sistema lo siguiente:

‘Los indicadores trazadores definidos para este nivel y las fichas técnicas de los mismos están contenidos en el Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución, los cuales son de obligatoria implementación y reporte por parte de las instituciones a que hace referencia el artículo 38 del Decreto 1011 de 2006 y servirán para la monitoria de la calidad de la atención en salud en todo el territorio Nacional y el desempeño de los diferentes actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud...”

Por otra parte, el Decreto 4747 de 2007 por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones

entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de la población a su cargo, en su artículo [5](#) establece que:

'Son requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

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

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

b) Por parte de /as entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:

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

En este sentido y teniendo en cuenta la aplicación de las competencias asignadas a esta Superintendencia por las normas vigentes, en especial las conferidas en el Decreto [1018](#) de 2007, tiene por objetivo la Superintendencia fijar las políticas de inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en concordancia con los siguientes numerales del artículo [6](#) del Decreto 1018 de 2007, que señalan las siguientes funciones:

'3. Definir políticas y estrategias de inspección, vigilancia y control para proteger los derechos de los ciudadanos en materia de salud”.

“5. Definir y armonizar con los sistemas de información disponibles en el Gobierno Nacional el sistema de información para el ejercicio de la inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social y establecer los mecanismos para la recolección, tratamiento, análisis y utilización del mismo.

Por lo anteriormente expuesto y en tal virtud, se requiere dar el estricto cumplimiento al numeral artículo [17](#) del Decreto 1018 de 2007, de establecer un sistema de indicadores de alerta temprana permita la evaluación del aseguramiento y la calidad de la atención.

El Sistema de Indicadores de Alerta Temprana, tiene como mecanismo o estrategia en recopilar, y analizar las variables de oportunidad y calidad en la atención y prestación de los servicios en su fin de identificar de forma inmediata las falencias o problemas que resulten; y en consecuencia fomentar la aplicación de correcciones y soluciones oportunas. De igual manera, tiene como propósito optimizar los resultados de atención en salud desarrollando acciones de mejora en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SO

Adicionalmente, orientará a los usuarios en el conocimiento de las características, los niveles de oportunidad y demás aspectos que concierne los Prestadores de Servicios de Salud y EAPB, relacionados con la atención y prestación del servicio en salud, en el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema en Salud.

2. REQUERIMIENTO. <Capítulo adicionado con el texto de la Circular [56](#) de 2009, según lo dispuesto por la Circular [57](#) de 2009. El texto adicionado es el siguiente:>

Las Entidades Administradoras de Planes y Beneficios, deberán reportar trimestralmente a través de la página WEB de esta Superintendencia los indicadores de Alerta Temprana por prestador y municipio, que a continuación se describen:

<Consultar tabla directamente en la Circular [56](#) de 2009>

Los siguientes indicadores serán reportados por EAPB:

<Consultar tabla directamente en la Circular [56](#) de 2009>

En el evento que se presenten indicadores que no cumplan con el estándar definido en esta Circular, el EAPB deberá presentar simultáneamente a esta Superintendencia el Plan de Mejoramiento por prestador y municipio, a fin de garantizar la oportunidad y calidad del servicio en salud con acciones precisas para el cumplimiento de las metas. Así:

Ejemplo: Indicador 'Tiempo de espera en consulta médica general'.

<Consultar tabla directamente en la Circular [56](#) de 2009>

<NOTA: Consultar la Circular [9](#) de 2012, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular 2007 modificada por las Circulares [481](#), [492](#), [503](#), [514](#), [525](#) de 2008, [576](#), [587](#) de 2009, [598](#), [611](#) y [62](#) de 2010 para actualizar los indicadores de alerta temprana DEL TÍTULO II ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS CAPÍTULO IV INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA Y EL TÍTULO IV CAPÍTULO I NUMERAL 1.3. CAPÍTULOS II Y III CALIDAD, se establece su periodicidad', publicada en el Diario Oficial No. 48.502 de 25 de julio de 2012. Crea los archivos 542, 543, 544, 545, 546, 547 y 548.>

3. FORMA Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN. <Capítulo adicionado con el texto de la Circular [56](#) de 2009, según lo dispuesto por la Circular [57](#) de 2009. El texto adicionado es el siguiente:>

La información de indicadores de Alerta Temprana deberá ser presentada en archivos planos y reportada por vía electrónica a través de la página de Internet www.supersalud.gov.co en el enlace dispuesto para este fin y firmados digitalmente, por parte del representante legal.

4. <Numeral modificado por la Circular 58 de 2009. Consultar el texto modificado directamente en la Circular 58 de 2009. El texto original es el siguiente:> La información de los archivos de indicadores de alerta temprana, deben reportarse por periodos trimestrales, la primera presentación corresponde a los dos primeros trimestres de 2009 y se presentarán a más tardar el 1 de diciembre del año 2009, y la segunda presentación corresponde a los dos últimos trimestres de 2009 y se presentarán a más tardar el 1 de febrero de 2010. Posteriormente, los indicadores de Alerta Temprana se presentarán de forma trimestralmente, así:

PERIODO FECHAS LÍMITE DE REPORTE

I TRIMESTRE, A 31 DE MARZO 1 DE MAYO

II TRIMESTRE, A 30 DE JUNIO 1 DE AGOSTO

III TRIMESTRE, A 30 DE SEPTIEMBRE 1 DE NOVIEMBRE

IV TRIMESTRE, A 31 DE DICIEMBRE 1 DE FEBRERO

5. OTROS ASPECTOS. <Capítulo adicionado con el texto de la Circular [56](#) de 2009, según lo dispuesto por la Circular [57](#) de 2009. El texto adicionado es el siguiente:>

La información debe ser reportada por prestador, sede y subsedes en forma independiente para cada municipio.

El procesamiento y cargue de la información se debe realizar en su totalidad, no existen procesos parciales de cargue de información.

La Superintendencia validará los códigos de habilitación del prestador frente a la base de datos del Ministerio de la Protección Social, en el caso que un prestador no exista en dichos registros, no será posible el cargue o procesamiento de la información relacionada con ese prestador.

La atención y prestación de servicios corresponden a citas de primera vez y prioritarias, es decir, las citas relacionadas con el control de cada especialidad no hacen parte de la información requerida.

6. SANCIONES. <Capítulo adicionado con el texto de la Circular [56](#) de 2009, según lo dispuesto por la Circular [57](#) de 2009. El texto adicionado es el siguiente:>

Como parte del seguimiento y control la Superintendencia Nacional de Salud evaluará la información reportada en la Circular Única sobre los contratos de la red de prestadores que suscribe con EAPB.

La inobservancia e incumplimiento de las instrucciones consignadas en la presente Circular como el cargue o procesamiento de la información, falsedad de la misma y la no ejecución de los planes de mejoramiento acarrearán la imposición de las sanciones, tanto a título personal como institucional. Las normas determinan dentro de las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, penales o civiles que ellas conlleven.

El incumplimiento de lo dispuesto en la presente Circular se dará aplicación a lo establecido en el artículo [230](#) de la ley 100 de 1993, que señala: 'la Superintendencia Nacional de Salud, previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos [16](#), [178](#), [182](#), [183](#), [188](#), [204](#), [210](#), [225](#) y [227](#), por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del

de solidaridad y Garantía', en concordancia con el artículo [42](#) de la Resolución 1212 de la Superintendencia Nacional de Salud.

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA.

<Consultar tabla directamente en la Circular [56](#) de 2009>

ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS

<Ver Notas de Vigencia sobre su traslado el traslado>

CAPÍTULO QUINTO.

ESCISIÓN, FUSIÓN Y ASOCIACIÓN.

<Capítulo adicionado por la Circular [65](#) de 2010, sustituido "(...) solo en lo relacionado con fusión y escisión de EPS en las cuales se pretenda ceder la habilitación o autorización para operar, los afiliados y los contratos de prestación de servicios asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios" por la Circular [5](#) de 2017. El nuevo texto es el siguiente:>

<Consultar [Capítulo V-SIC](#) en aquello que lo sustituye>

Notas de Vigencia

- Circular 65 de 2010 sustituida '(...) solo en lo relacionado con fusión y escisión de EPS en las cuales se pretenda ceder la habilitación o autorización para operar, los afiliados y los contratos de prestación de servicios asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios' por la Circular [5](#) de 2017, 'Modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión, fusión y creación de EPS en las que se pretenda ceder la habilitación o autorización para operar, los afiliados y los contratos de prestación de servicios asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios', publicada en el Diario Oficial No. 50.245 de 26 de mayo de 2017.

La Circular 8 de 2016, cuyo capítulo se había adicionado como [Capítulo V-SIC](#) se sustituye en su integridad.

- Capítulo modificado por el numeral [II](#) de la Circular 8 de 2016, 'modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión y fusión', publicada en el Diario Oficial No. 49.849 de 19 de abril de 2016.

Sin embargo establece el numeral [III](#) : 'sustituye la Circular Externa 065 de 23 de diciembre de 2007 expedida por esta Superintendencia, en lo que respecta a fusión y escisión de EPS, quedando vigente para los demás tipos de EAPB.'

Teniendo en cuenta lo anterior, procede el editor a adicionar la presente Circular 47 de 2007 con Capítulo [V-SIC](#).

- Capítulo adicionado por la Circular [65](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.933 de 24 de diciembre de 2010, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [47](#) de 2007 modificando las Circulares [48](#), [49](#), [50](#), [51](#), [52](#) de 2008; [57](#), [58](#) de 2009; [059](#), [060](#), [061](#) y [062](#) de 2010'.

<Ver Notas del Editor> De conformidad con lo previsto en el artículo [6o](#) del Decreto 1018 de 2007

Superintendencia Nacional de Salud tendrá la función de:

Notas del Editor

La referencia al Num. 25 artículo [6](#) del Decreto 1018 de 2007, a raíz de su derogatoria, debe entenderse al Num. 26 artículo [6](#) del Decreto 2462 de 2013, 'por medio del cual se modifica la estructura de Superintendencia Nacional de Salud', publicado en el Diario Oficial No. 48.967 de 7 de noviembre de 2013.

<Texto transcrito no vigente> “25. Realizar, de acuerdo con la normatividad vigente, los procedimientos de fusión, adquisición, liquidación, cesión de activos, pasivos y contratos, toma de posesión para administración, liquidar y otros mecanismos aplicables a las entidades promotoras y prestadoras que permitan garantizar la adecuada prestación del servicio de salud”.

<Ver Notas del Editor> Así mismo, conforme con el numeral 10 del artículo [8](#)o del Decreto 1018 de 2007, es función del Superintendente Nacional de Salud:

Notas del Editor

La referencia al Num. 10 artículo [8](#) del Decreto 1018 de 2007, a raíz de su derogatoria, debe entenderse al Num. 16 artículo [7](#) del Decreto 2462 de 2013, 'por medio del cual se modifica la estructura de Superintendencia Nacional de Salud', publicado en el Diario Oficial No. 48.967 de 7 de noviembre de 2013.

<Texto transcrito no vigente> “Autorizar previamente a los sujetos vigilados, de manera general o particular, cualquier modificación a la razón social, sus estatutos, cambios de la composición de la propiedad, modificación de su naturaleza jurídica, escisiones, fusiones y cualquier otra modalidad de transformación así como la cesión de activos, pasivos y contratos”.

Por lo anterior y con el fin de que las entidades que se encuentren en cualquiera de las anotadas circunstancias, dispongan de información suficiente para agilizar los trámites que deben adelantar a la Entidad, para obtener dicha autorización, a continuación se relacionan los requisitos que deben cumplir para el efecto.

1. ESCISIÓN DE EAPB.

1.1. Concepto de Escisión La escisión de una sociedad constituye una reforma estatutaria por medio de la cual la sociedad (escidente) traspasa parte de sus activos y/o pasivos en bloque a una o varias sociedades ya constituidas o a una o varias que se constituyen llamadas beneficiarias.

La Ley 222 de 1995, en su artículo [3](#)o señaló los eventos en los cuales habrá escisión así: “Artículo 3º. MODALIDADES. Habrá escisión cuando:

1. Una sociedad sin disolverse, transfiere en bloque una o varias partes de su patrimonio a una o más sociedades existentes o las destina a la creación de una o varias sociedades.
2. Una sociedad se disuelve sin liquidarse, dividiendo su patrimonio en dos o más partes, que se transfieren a varias sociedades existentes o se destinan a la creación de nuevas sociedades.

La sociedad o sociedades destinatarias de las transferencias resultantes de la escisión, se denominarán sociedades beneficiarias.

Los socios de la sociedad escindida participarán en el capital de las sociedades beneficiarias en la n proporción que tengan en aquella, salvo que por unanimidad de las acciones, cuotas sociales o parte interés representadas en la asamblea o junta de socios de la escidente, se apruebe una participación diferente”.

Ahora bien, de lo anterior se tiene que la escisión puede ser total o parcial.

1.2. Proyecto de Escisión

Para el estudio de la escisión de la EAPB deberá presentarse un proyecto a la Superintendencia Nacional de Salud que cumpla con el lleno de los requisitos establecidos en el artículo 4o de la Ley 222 de 1995 establece las siguientes especificaciones:

1. Los motivos de la escisión y las condiciones en que se realizará.
2. El nombre de las sociedades que participen en la escisión.
3. En el caso de creación de nuevas sociedades, los estatutos de la misma.
4. La discriminación y valoración de los activos y pasivos que se integran al patrimonio de la sociedad beneficiarias.
5. El reparto entre los socios de la sociedad escidente, de las cuotas, acciones o partes de interés que corresponderán en las sociedades beneficiarias, con explicación de los métodos de evaluación utilizados.
6. La opción que se ofrecerá a los tenedores de bonos.
7. Estados financieros de las sociedades que participen en el proceso de escisión debidamente certificados acompañados de un dictamen emitido por el revisor fiscal y en su defecto por contador público independiente.
8. La fecha a partir de la cual las operaciones de las sociedades que se disuelven habrán de considerarse realizadas para efectos contables, por cuenta de la sociedad o sociedades absorbentes. Dicha estipulación sólo produce efectos entre las sociedades participantes en la escisión y entre los respectivos socios.

El anterior proyecto deberá ser discutido, previa su presentación, por la asamblea de socios de las sociedades que participen en la escisión y aprobado para su presentación.

1.3. Trámite previo a la autorización de la Escisión

Una vez presentado el proyecto de escisión a la Superintendencia Nacional de Salud conforme a los requisitos señalados en el artículo 4o de la Ley 222 de 1995, la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud – Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos de Salud, emitirá un Concepto Técnico Financiero sobre los estados financieros aportados, el patrimonio técnico y el margen de solvencia de la sociedad escidente. Para emitir este concepto se contará con un término máximo de 15 días hábiles.

Por su parte, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud – Dirección General de Aseguramiento, conceptuará acerca del cumplimiento de los requisitos establecidos en la normativa vigente para expedir el certificado de funcionamiento o de habilitación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) que resulten de la escisión y que pretendan prestar servicios aseguradoras en el régimen contributivo, subsidiado y de planes adicionales de salud, de acuerdo con las funciones que le competen a la Dirección, cualquiera sea su naturaleza jurídica.

La Oficina Asesora Jurídica emitirá concepto jurídico sobre la procedencia de la escisión. Para emitir el correspondiente concepto la Oficina Jurídica contará con 15 días hábiles, contados desde la radicación de la solicitud del concepto.

Para efectos de la autorización previa de la escisión los funcionarios encargados de los conceptos técnicos y jurídicos, tendrán en cuenta que la escisión es una reforma estatutaria de carácter patrimonial, en la que se hace una división de patrimonios de una entidad a otra nueva o ya existente; y que la escisión, en ningún caso podrá significar incrementos en los costos administrativos o nuevos pasos en el proceso de intermediación de los recursos.

La escisión parcial de una sociedad genera que la sociedad escidente sin disolverse, transfiera en total o en parte de sus activos y pasivos y parte de su patrimonio a una nueva sociedad que será la beneficiaria, resultando de dicha operación una sociedad escindida y una sociedad beneficiaria.

Igualmente, se considerará que la sociedad escidente queda escindida y conserva su personalidad jurídica y su autorización de funcionamiento como EAPB en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por lo anterior, la sociedad escidente, al hacer la escisión da origen a una nueva EAPB, que es la que recibe la autorización de funcionamiento como EAPB por parte de esta Superintendencia.

La entidad que resulte de la escisión esto es la sociedad beneficiaria, en los términos antes descritos, podrá dejar de cumplir las obligaciones que se derivan de los contratos de aseguramiento y de prestación de servicios suscritos por la sociedad escidente.

El proceso de escisión no faculta a los afiliados de la sociedad escidente, para ejercer su derecho a elección, dado que la nueva sociedad beneficiaria, se subroga en los derechos de la sociedad escidente. Desde luego, los afiliados podrán trasladarse a otra EAPB, manifestando su voluntad dentro de los términos establecidos por la normatividad vigente.

La sociedad beneficiaria podrá seguir operando subrogando en los derechos y obligaciones a la sociedad escidente, hasta tanto la Superintendencia Nacional de Salud, durante el plazo que aquí se establece, profiera el acto administrativo de habilitación.

De esta manera, la sociedad beneficiaria, deberá subrogarse en los derechos y obligaciones que tenía la sociedad escidente, como EAPB, mientras se adelanta el trámite de habilitación de la primera.

De acuerdo a lo anterior, la habilitación de la sociedad beneficiaria como EAPB, se hará una vez efectuada la escisión de acuerdo a la normatividad aplicable a cada caso, ya que para el llenado de los requisitos para la habilitación, la habilitación es un derecho personalísimo y no puede traspasarse ni heredarse.

Para obtener la habilitación para operar como EAPB en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la nueva sociedad deberá entregar la solicitud de habilitación, en un término de un mes contado a partir de la suscripción de la escritura que autoriza la escisión para hacerlo, a la Superintendencia Delegada de Salud.

El acto administrativo de habilitación de la sociedad beneficiaria como EAPB, deberá ser proferido dentro de los términos establecidos en el Título Segundo de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de la Circular Externa número [047](#) de 2007 con sus respectivas modificaciones.

En caso que la entidad beneficiaria no cumpla los requisitos de habilitación para operar como EAPB en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos y plazos previstos en la presente Circular, se revocará la autorización de escisión proferida y se procederá al traslado de los usuarios a la entidad

escidente, garantizando, en todo caso, la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio esencial de seguridad social en salud a los afiliados. Lo anterior, sin perjuicio del derecho a la libre que le asiste a los afiliados en los plazos y términos definidos por la normatividad vigente.

En ningún caso la entidad beneficiaria podrá operar sin cumplir el requisito de habilitación previsto por fuera del término aquí establecido.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá especial vigilancia y control sobre las entidades ob proceso de escisión, a fin de garantizar el aseguramiento y la efectiva prestación del servicio públic esencial de salud, a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las entidades proceso de escisión.

1.5. Acto administrativo que autoriza la Escisión

En la parte resolutive del acto administrativo que apruebe la escisión constará, en forma clara, cuál entidad escidente y cuál la beneficiaria, en los términos de la solicitud presentada.

Así mismo, se dejará en claro la obligación de las sociedades intervinientes, de formalizar el acuerdo respectivo y registrar la escritura pública correspondiente en la Cámara de Comercio, dentro del término señalado en el respectivo acto administrativo.

Efectuado el registro de la escritura pública correspondiente, las entidades intervinientes deberán remitir inmediatamente a esta Superintendencia copia de la escritura registrada.

Formalizada la escisión se dará aviso al público de tal circunstancia en un diario de amplia circulación nacional, el cual se publicará por tres (3) veces, con intervalos de cinco (5) días, tal y como lo previene el numeral 6 del artículo [71](#) del EOSF.

Igualmente, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del Acto Administrativo al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándole copia de la misma, advirtiéndole que contra ella procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de su notificación.

2. FUSIÓN DE EAPB

2.1. Conceptos de fusión Acorde con el artículo [172](#) del Código de Comercio, “habrá fusión cuando dos o más sociedades se disuelvan, sin liquidarse, para ser absorbidas por otra o para crear una nueva.

La absorbente o la nueva compañía adquirirá los derechos y obligaciones de la sociedad o sociedades disueltas al formalizarse el acuerdo de fusión”.

Doctrinalmente, se ha considerado que la Fusión constituye una operación usada para unificar inversiones y criterios comerciales de dos compañías de una misma rama o de objetivos compatibles.

Constituye una Fusión la absorción de una sociedad por otra, con desaparición de la primera, y realizada mediante el aporte de los bienes de esta a la segunda sociedad.

La Fusión puede hacerse igualmente mediante la creación de una nueva sociedad, que, por medio de los aportes, absorba a dos o más sociedades preexistentes.

La Fusión es la reunión de dos o más compañías independientes en una sola.

El jurisconsulto francés Durand expresa que la Fusión “es la reunión de dos o más sociedades preexistentes

bien sea que una u otra sea absorbida por otra o que sean confundidas para constituir una nueva sociedad subsistente y esta última hereda a título universal los derechos y obligaciones de las sociedades intervinientes.

Hay Fusión cuando dos o más sociedades preexistentes se disuelven sin liquidarse, para constituir una nueva, o cuando una ya existente absorbe a otra u otras que, sin liquidarse, quedan disueltas”.

La Directiva creada por el Consejo de Ministros de la Comunidad Económica Europea, define la Fusión como la “operación por la cual una sociedad transfiere a otra, seguida de una disolución sin liquidación, el conjunto de su patrimonio, activo y pasivo, mediante la atribución a los accionistas de la(s) sociedad(s) absorbida(s) de acciones de la sociedad absorbente”.

Tomando en cuenta la definición de Fusión dada por la Directiva creada por el Consejo de Ministros de la Comunidad Económica Europea, pueden establecerse las siguientes características:

La transferencia de todo el patrimonio activo y pasivo de las sociedades absorbidas a la sociedad absorbente o de las sociedades a fusionarse a la nueva sociedad; La disolución sin liquidación de las sociedades absorbidas a fusionarse; La atribución inmediata a los accionistas o de las sociedades absorbidas o de las sociedades fusionantes de acciones de la sociedad absorbente o de la sociedad nueva y eventualmente una indemnización o compensación en especie que no sobrepase el 10% del valor nominal de las acciones atribuidas o, en defecto de valor nominal, por su parte contable.

La Fusión constituye una maniobra usada para unificar inversiones y criterios comerciales de dos o más sociedades de una misma rama o de objetivos compatibles.

En un sentido más amplio la Fusión es la absorción de una sociedad por otra, con desaparición de la primera, y realizada mediante el aporte de los bienes de esta a la segunda sociedad. La Fusión puede igualmente mediante la creación de una nueva sociedad, que, por medio de los aportes, absorba a dos o más sociedades preexistentes.

Características de la Fusión:

- i. La desaparición de la sociedad aportante o absorbida.
- ii. La atribución de nuevos derechos sociales a los asociados de las sociedades desaparecidas.
- iii. Transmisión de la universalidad de los bienes de la sociedad absorbida a la sociedad absorbente.
- iv. Los accionistas de la sociedad absorbida devienen en socios de la absorbente.

Clasificación de las Fusiones La Fusión puede ser de dos tipos:

1. Fusión Pura o Fusión por Asociación: Dos o más compañías se unen para constituir una nueva, se disuelven, pero no se liquidan.
2. Fusión por Absorción: Una sociedad absorbe a otra u otras sociedades que también se disuelven y se liquidan.

2.2. Proyecto de fusión

La petición de autorización de fusión deberá ser elevada por los representantes legales de cada una de las sociedades participantes, personalmente o por conducto de apoderado, al cual se anexarán los siguientes documentos:

2.2.1. Copia completa y debidamente autorizada conforme a lo previsto por el artículo [189](#) del Código de Comercio, del acta que contenga, entre otras cosas:

- a) La forma en que hayan sido convocados los socios, los asistentes y los votos emitidos en cada caso.
- b) La aprobación del avalúo de aportes en especie que haya de recibir la absorbente o la nueva sociedad.
- c) La aprobación del acuerdo de fusión que debe adoptarse con la mayoría prevista en la ley o en el estatuto para las reformas estatutarias. En la convocatoria debe insertarse el punto referente a la fusión y la posibilidad que tienen los socios ausentes o disidentes de ejercer el derecho de retiro en las circunstancias previstas por la ley.

2.2.2. En el acta deberá aparecer anexo o inserto el acuerdo de fusión el cual deberá contener:

- 1. Los motivos de la fusión y las condiciones en que se realizará.
- 2. El nombre de las sociedades que participen en la fusión.
- 3. En el caso de creación de una sociedad, los estatutos de la misma.
- 4. La discriminación y valoración de activos y pasivos que se integran al patrimonio de la absorbente o nueva sociedad.
- 5. El intercambio de partes de interés, cuotas de acciones que implicará la fusión, junto con la explicación de los métodos de evaluación utilizados.
- 6. La opción que se ofrecerá a los tenedores de bonos (si los hubiere).
- 7. Estados financieros de las sociedades que participen en el proceso de fusión debidamente certificados y acompañados de las notas y de un dictamen emitido por el revisor fiscal o en su defecto por un contador público independiente.

2.2.3. Certificación de los representantes legales de las compañías en las que conste que el acuerdo de fusión estuvo a disposición de los socios en las oficinas del domicilio principal donde funcione la administración de la sociedad, por lo menos durante los quince (15) días hábiles anteriores a la reunión que se decidió llevar a cabo la fusión.

2.2.4. Un ejemplar del diario de amplia circulación nacional a través del cual los representantes legales de las sociedades intervinientes en la fusión hayan dado a conocer al público la aprobación del compromiso.

Este aviso deberá contener:

2.2.4.1. Los nombres de las compañías participantes, sus domicilios y el capital social, o el suscrito y pagado, en su caso.

2.2.4.2. El valor de los activos y pasivos de las sociedades participantes en el proceso de fusión.

2.2.4.3. La síntesis del anexo explicativo de los métodos de evaluación utilizados y de la participación de los socios de la sociedad absorbida tendrán en el capital de la sociedad absorbente o en la nueva sociedad certificada por el revisor fiscal, si lo hubiere o, en su defecto, por un contador público independiente.

2.2.5. Certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal de cada sociedad participante en la que se acredite que el representante legal dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso segundo d

artículo 5o de la Ley 222 de 1995, en lo atinente a la comunicación de la fusión a los acreedores so por telegrama o por cualquier otro medio que produzca efectos similares.

2.2.6. El balance consolidado que muestre la integración de los activos y pasivos que se reciben, co estados financieros extraordinarios de la(s) absorbida(s) y de la absorbente, previa eliminación de l cuentas comunes entre compañías, si las hubiese (cuenta deudoras-acreedoras, inversiones-capital).

2.2.7. Sendos certificados expedidos por la Cámara de Comercio de los domicilios sociales en los c conste la inscripción en el registro mercantil de los representantes legales, revisores fiscales y mien juntas directivas.

2.3. Trámite previo a la autorización de la fusión

Una vez presentado el proyecto de fusión o de asociación a la Superintendencia Nacional de Salud, Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salu Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos de Salud, er Concepto Técnico Financiero respecto a los estados financieros aportados, el patrimonio técnico y margen de solvencia de las sociedades que participen en la fusión o la asociación. Para emitir este c se contará con un término máximo de 15 días hábiles.

Por su parte, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud – Dirección General de Aseguramiento, conceptuará acerca del cumplimiento de los requisitos establecidos en la normativ vigente para expedir el certificado de funcionamiento o de habilitación de las Entidades Administra Planes de Beneficios de Salud (EAPB) que resulten de la fusión y que pretendan prestar servicios c aseguradoras en el régimen contributivo, subsidiado y de planes adicionales de salud, de acuerdo co funciones que le competen a la Dirección, cualquiera sea su naturaleza jurídica.

La Oficina Asesora Jurídica emitirá concepto jurídico sobre la procedencia de la fusión o de la asoc Para emitir el correspondiente concepto la Oficina Jurídica contará con 15 días hábiles, contados de radicación de la solicitud del concepto.

Para efectos de los conceptos técnicos y jurídico con los cuales se debe cumplir, las áreas técnicas y tendrán en cuenta que la fusión o asociación es una reforma estatutaria de carácter patrimonial, en la hace una división de patrimonios de una entidad a otra nueva o ya existente.

Así mismo deberán tener en cuenta que las EAPB podrán fusionarse o asociarse para operar en el S General de Seguridad Social en Salud. Estas asociaciones o fusiones en ningún caso podrán signific incrementos en los costos administrativos o nuevos pasos en el proceso de intermediación de los re

La asociación que realicen varias EAPB, comporta el desaparecimiento como EAPB de las entidad asocian, y al hacer la asociación, dan origen a una nueva EAPB, que es aquella que recibirá la autori de funcionamiento o habilitación como EAPB por parte de esta Superintendencia.

La fusión entre EAPB, genera la integración de las EAPB, de forma tal que unas entidades se absor otra. Las primeras desaparecen. La entidad absorbente conserva su personalidad jurídica y autorizad funcionamiento como EAPB, sin perjuicio de los requisitos que deba adoptar para operar como EA conformidad con las normas pertinentes.

De otra parte, la asociación que realicen EAPB con entidades que carezcan de habilitación como E comporta el desaparecimiento como EAPB de la entidad que se asocia, y al hacer la asociación, da una nueva EAPB, que es aquella que recibirá la autorización de funcionamiento o habilitación com

por parte de esta Superintendencia.

Por otro lado, la fusión de EAPB por entidades no habilitadas como EAPB, genera la integración de forma tal que unas entidades se absorben por otra. Las primeras desaparecen. La entidad absorbente conserva su personalidad jurídica, sin perjuicio de los requisitos que deba adoptar para operar como EAPB de conformidad con las normas pertinentes.

Las entidades que resulten de las fusiones o asociaciones, en los términos antes descritos, no podrán cumplir las obligaciones que se derivan de los contratos de aseguramiento y prestación de servicios suscritos por las EAPB liquidadas o absorbidas.

Los procesos de fusión o asociación no facultan a los afiliados de las EAPB absorbidas o liquidadas a ejercer su derecho de libre elección de EAPB, dado que la nueva EAPB o la absorbente, según sea el caso, se subroga en los derechos de las que se liquidan o absorben. Desde luego, los afiliados podrán trasladarse a otra EAPB, manifestando su voluntad dentro de los plazos establecidos para el efecto en las normas correspondientes.

De acuerdo a lo anterior, la habilitación de la nueva EAPB, o de la absorbente como EAPB, se hará efectiva la fusión o asociación de acuerdo a la normatividad aplicable a cada caso, ya que para el cumplimiento de los requisitos de habilitación, la habilitación es un derecho personalísimo y no puede traspasarse ni heredarse.

Para obtener la habilitación para operar como EAPB en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la nueva EAPB, o la absorbente, deberá entregar la solicitud de habilitación, en un término de un mes a partir de la suscripción de la escritura que autoriza la fusión o asociación, a la Superintendencia Nacional de Atención en Salud.

El acto administrativo de habilitación de la nueva EAPB, o de la absorbente como EAPB, deberá ser proferido en los términos establecidos en el Título Segundo de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de la Circular Externa número [047](#) de 2007 con sus respectivas modificaciones.

En caso que la nueva EAPB, o la absorbente como EAPB, no cumpla los requisitos de habilitación para operar como EAPB en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos y plazos previstos en la presente Circular, se revocará la autorización de fusión o asociación proferida y se procederá al traslado de los usuarios a cada una de las EAPB partes de la fusión o asociación de la cual o de las cuales eran afiliados, garantizando, en todo caso, la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados. Lo anterior, sin perjuicio del derecho de libre elección que le asiste a los afiliados en los plazos y términos definidos por la normatividad vigente.

En ningún caso la nueva EAPB, o la absorbente como EAPB podrá operar sin cumplir el requisito de habilitación previsto en la ley por fuera del término aquí establecido.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá especial vigilancia y control sobre las entidades objeto del proceso de fusión o asociación, a fin de garantizar el aseguramiento y la efectiva prestación del servicio público esencial de salud, a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las entidades en proceso de fusión o asociación.

2.4. Acto administrativo que autoriza la fusión

Autorizada, mediante acto administrativo, la fusión solicitada, los representantes legales de las sociedades existentes extenderán la escritura pública que deberá contener:

(i) el acuerdo de fusión y, (ii) los estatutos de la nueva sociedad o las reformas que se introduzcan a la sociedad absorbente.

La escritura deberá inscribirse en el registro mercantil de la Cámara de Comercio del domicilio social de cada una de las sociedades participantes.

En dicha escritura pública deberán protocolizarse el acto administrativo que autoriza la fusión.

Efectuado el registro de la escritura pública correspondiente, las entidades intervinientes deberán remitir inmediatamente a esta Superintendencia copia de la escritura registrada.

Los representantes legales de las sociedades interesadas darán a conocer al público la aprobación del acuerdo de fusión, mediante aviso publicado en un diario de amplia circulación nacional.

Igualmente, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del Acto Administrativo al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándole copia de la misma, advirtiéndole que contra ella procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de su notificación.

Notas de Vigencia

- Circular 65 de 2010 sustituida '(...) solo en lo relacionado con fusión y escisión de EPS en las que se pretenda ceder la habilitación o autorización para operar, los afiliados y los contratos de prestación de servicios asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios' por la Circular [50](#) de 2017, 'Modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión, fusión y creación de EPS en las que se pretenda ceder la habilitación o autorización para operar, los afiliados y los contratos de prestación de servicios asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios', publicada en el Diario Oficial No. 50.245 de 26 de mayo de 2017.

La Circular 8 de 2016, cuyo capítulo se había adicionado como [Capítulo V-SIC](#) se sustituye en su totalidad.

- Capítulo modificado por el numeral [II](#) de la Circular 8 de 2016, 'modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión y fusión', publicada en el Diario Oficial No. 49.849 de 19 de abril de 2016.

Sin embargo establece el numeral [III](#): 'sustituye la Circular Externa 065 de 23 de diciembre de 2007 expedida por esta Superintendencia, en lo que respecta a fusión y escisión de EPS, quedando vigente para los demás tipos de EAPB.'

Teniendo en cuenta lo anterior, procede el editor a adicionar la presente Circular 47 de 2007 con el Capítulo [V-SIC](#).

- Capítulo adicionado por la Circular [65](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.933 de 24 de diciembre de 2010, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [47](#) de 2007 modificadas por las Circulares [48](#), [49](#), [50](#), [51](#), [52](#) de 2008; [57](#), [58](#) de 2009; [059](#), [060](#), [061](#) y [062](#) de 2010'.

CAPÍTULO V-SIC.

ESCISIÓN, FUSIÓN Y CREACIÓN DE NUEVAS ENTIDADES.

Notas de Vigencia

- Circular 8 de 2016 sustituida integralmente por la Circular [5](#) de 2017, 'Modificación del Capítulo Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión, fusión y creación de Entidades que se pretenda ceder la habilitación o autorización para operar, los afiliados y los contratos de prestación de servicios asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios', publicada en el Diario Oficial No. 50.245 de 26 de mayo de 2017.

- Capítulo 'modificado' por la Circular [8](#) de 2016, 'modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión y fusión', publicada en el Diario Oficial No. 49.849 de 19 de abril de 2016.

A pesar de que expresamente el inciso 1 del [numeral II](#) de la Circular 8 de 2016 dispone la modificación del Capítulo V “Escisión, fusión y asociación” -adicionado por la Circular 65 de 2010-, en el [número III](#) dispone: 'sustituye la Circular Externa 065 de 23 de diciembre de 2010 expedida por esta Superintendencia, en lo que respecta a fusión y escisión de EPS, quedando vigente para los demás casos de EAPB.'.

Teniendo en cuenta lo anterior, procede el editor a adicionar este Capítulo [V-SIC](#).

<Capítulo sustituido por la Circular [5](#) de 2017. El nuevo texto es el siguiente:>

1. ESCISIÓN DE EPS

1.1. Concepto de Escisión

En términos generales, la escisión de una entidad constituye una reforma estatutaria por medio de la cual la entidad escidente traspaşa parte de sus activos y/o pasivos en bloque a una o varias entidades ya constituidas o se crean una o varias que se constituyen, llamadas beneficiarias.

Los siguientes son los eventos en los cuales se entiende configurada la escisión, así:

Una entidad sin disolverse, transfiere en bloque una o varias partes de su patrimonio a una o más entidades ya existentes (Escisión por absorción) o las destina a la creación de una o varias entidades nuevas (Escisión por creación).

Una entidad se disuelve sin liquidarse, dividiendo su patrimonio en dos o más partes, que se transfieren a una o varias entidades ya existentes (Escisión por absorción) o se destinan a la creación de nuevas entidades (Escisión por creación).

A partir de lo anterior, encontramos lo siguientes tipos:

Escisiones propias

Escisión parcial: Cuando la entidad sin disolverse se reserva parte de su patrimonio para sí y transfiere una parte del mismo a una o más entidades ya existentes o la destina a la creación de una empresa nueva.

Escisión total: Cuando una entidad se disuelve sin liquidarse y divide su patrimonio para transferirlo a una o más personas(s) jurídica(s) o destinarlo a la creación de un nuevo ente.

La entidad o entidades destinatarias de las transferencias resultantes de la escisión, se denominarán entidades beneficiarias.

Los socios, accionistas o miembros de la entidad escindida participarán en el capital de las entidades beneficiarias.

beneficiarias en la misma proporción que tengan en aquella, salvo que, por unanimidad de las acciones o cuotas sociales o partes de interés representadas en la asamblea o junta de socios de la escidente, se apruebe una participación diferente.

De lo anterior se concluye que la escisión puede ser total o parcial y que resulta viable para las EPS las cuales la Superintendencia Nacional de Salud ejerce inspección, vigilancia y control.

Escisiones Impropias

Se entiende por segregación o escisión impropia la operación mediante la cual una entidad, que se denomina “segregante” destina una o varias partes de su patrimonio a la constitución de una o varias entidades nuevas o aumento de capital de entidades ya existentes, que se denominarán “beneficiarias”, generalmente en forma de aportes en especie. Como contraprestación, la segregante recibe acciones, cuotas o partes de interés de las beneficiarias.

Se considerará que un aporte en especie constituye segregación cuando, como resultado del mismo, se entregue una línea de negocio, establecimiento de comercio o se produzca un cambio significativo en el desarrollo del objeto social de la entidad segregante.

Escisión Homogénea y Heterogénea: La escisión es homogénea cuando se verifica identidad de tipo entre las entidades escindida y beneficiaria, es decir, cuando todas son anónimas, de responsabilidad limitada, acciones simplificadas, etc.

La escisión es heterogénea cuando no se presenta identidad de tipo entre la entidad escindida y beneficiaria(s).

1.2. Consideraciones previas a la escisión

La escisión es una reforma estatutaria de carácter patrimonial, en la cual se hace una división de parte del patrimonio de una entidad a otra nueva o ya existente, por tanto, la escisión, en ningún caso podrá significar incrementos en los costos administrativos o nuevos pasos en el proceso de intermediación de los recursos.

La escisión parcial de una entidad genera que la entidad escidente sin disolverse, se reserva parte del patrimonio para sí y transfiere solo una parte del mismo a una o más entidades existentes o la destina a la creación de una empresa nueva, resultando de dicha operación una entidad escindida y una entidad beneficiaria.

Una vez inscrita en el Registro Mercantil o aquel que le corresponda, la Escritura Pública y/o cualquier documento equivalente de perfeccionamiento de la escisión, operará entre las entidades intervinientes frente a terceros, la transferencia en bloque de una o varias partes de los activos y pasivos de la entidad escidente dependiendo de lo pactado en el plan de reorganización, a la(s) beneficiaria(s), sin perjuicio de lo pactado en materia contable.

Para las modificaciones del derecho de dominio sobre inmuebles y demás bienes sujetos a registro, con enumerarlos en la respectiva escritura de escisión, indicando el número de folio de matrícula inmobiliaria o el dato que identifique el registro del bien o derecho respectivo. Con la sola presentación de la escritura de escisión deberá procederse al registro correspondiente.

Así, a partir de la inscripción en el registro respectivo de la Escritura Pública que dé fe del perfeccionamiento de la escisión, la entidad o entidades beneficiarias asumirán las obligaciones que correspondan de acuerdo con lo consignado en el plan de reorganización y adquirirán los derechos y privilegios inherentes a la parte patrimonial que se les hubiera transferido.

En materia de responsabilidades se tiene que, cuando una entidad beneficiaria incumpla alguna de las obligaciones que asumió por la escisión o lo haga la escidente respecto de obligaciones anteriores a la misma, todas las entidades participantes responderán solidariamente por el cumplimiento de la respectiva obligación. En este caso, la responsabilidad se limitará a los activos netos que les hubieren correspondido al acuerdo de escisión.

En caso de disolución de la entidad escidente y sin perjuicio de lo dispuesto en materia tributaria, de los pasivos de la misma no fuere atribuido especialmente a alguna de las entidades beneficiarias responderán solidariamente por la correspondiente obligación.

Se exceptúan de las anteriores disposiciones aquellas obligaciones que, en virtud de un acuerdo celebrado con los acreedores, sean asumidas integralmente por parte de una o varias de las entidades participantes en el proceso de reorganización, como consecuencia de una cesión de derechos, sustitución de partes intervinientes, extinción de obligaciones u otras figuras afines.

Ahora bien, al surtir la escisión, se da origen a una nueva EPS que recibirá el certificado de funcionamiento o de habilitación, los afiliados, activos, pasivos y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios por parte de la entidad escidente, previa presentación del plan de reorganización institucional y aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud. No obstante, lo anterior, podrán presentarse las siguientes modalidades:

- Cuando la entidad sin disolverse, previa autorización de la Superintendencia, transfiera en bloque varias partes de su patrimonio a una o más entidades existentes o las destine a la creación de una o más entidades, indicará en el plan de reorganización institucional que presenta para aprobación ante la Superintendencia, a cuál entidad se le cederá el certificado de funcionamiento o la habilitación y, por ende, a sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios.
- Cuando la entidad se disuelva sin liquidarse y divida su patrimonio en dos o más partes, que se transfieran a varias entidades existentes o se destinen a la creación de nuevas entidades, indicará en el plan de reorganización institucional que presenta para aprobación ante la Superintendencia, a cuál entidad se le cederá el certificado de funcionamiento o la habilitación y, por ende, a sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios.

En el caso que, tanto la entidad escidente como la beneficiaria de la escisión cuenten con habilitación o funcionamiento como EPS, se conservará la habilitación que posea la beneficiaria. En este caso, la entidad escidente podrá ceder sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios, a la Entidad Promotora de Salud beneficiaria del proceso de reorganización institucional.

Para efectos del cálculo de la capacidad para realizar afiliaciones y efectuar traslados por parte de la entidad beneficiaria, así como para determinar la cobertura geográfica de su habilitación, se tendrán en cuenta las habilitaciones o autorizaciones de funcionamiento que concurren en el Plan de Reorganización.

En todo caso, la entidad que cede sus afiliados deberá realizar simultáneamente la cesión de sus activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, y la entidad beneficiaria no podrá dejar de cumplir las obligaciones que derivan de los contratos de aseguramiento y de prestación de servicios suscritos por la entidad escidente, así como el plazo para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de que trata el artículo [2702](#) de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá especial vigilancia y control sobre las EPS objeto del proceso de escisión, a fin de garantizar el aseguramiento y la efectiva prestación del servicio público esencial de salud, a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las entidades en proceso de escisión.

En lo relativo a la cesión de los acuerdos de voluntades celebrados entre la(s) EPS participante(s) en el proceso de escisión y su red de prestadores, estas deberán sujetarse a lo establecido en el artículo 8º subsiguientes del Código del Comercio^[1].

Antes de la presentación del plan de reorganización institucional a la Superintendencia Nacional de Salud, cuando las entidades participantes de la escisión se dediquen a la misma actividad económica o participen en la misma cadena de valor, y además cumplan con alguna de las dos condiciones establecidas en el artículo 9º de la Ley 1340 de 2009, deberán informar a la Superintendencia de Industria y Comercio la solicitud de aprobación previa de que trata el mencionado artículo, sobre las operaciones que se pretenden llevar a cabo para efectos de escindirse, salvo que en conjunto cuenten con menos del 20% del mercado relevante, caso en el cual deberán únicamente notificarle.

1.3. Proyecto del Plan de Reorganización Institucional de Escisión

Para el estudio del plan de reorganización institucional de escisión de las EPS, este deberá estar suscrito por los representantes legales de cada una de las entidades participantes, y presentado personalmente o por el conducto de apoderado ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el lleno de los siguientes requisitos:

1.3.1 Requisitos Generales

- El nombre y NIT de las entidades que participen en la escisión.
- Los motivos de la escisión y las condiciones en que se realizará.
- Copia del acta, acuerdo o documento equivalente en el cual se acredite la discusión y aprobación del plan de reorganización institucional por parte de la junta de socios, asamblea de accionistas, o quien haga las veces, de las entidades que participen en la escisión.
- En el caso de creación de nuevas entidades, los estatutos de la misma.
- La opción que se ofrecerá a los tenedores de bonos (cuando aplique).
- Estados financieros de las entidades que participen en el proceso de escisión debidamente certificados y acompañados de un dictamen emitido por el revisor fiscal y en su defecto por contador público independiente.
- La fecha a partir de la cual las operaciones de las entidades que se disuelven habrán de considerarse realizadas para efectos contables, por cuenta de la entidad o entidades beneficiarias. Dicha estipulación produce efectos entre las entidades participantes en la escisión y entre los respectivos socios, accionistas y miembros.
- Descripción de las acciones para el manejo y destinación de los saldos, remanentes y/o recursos de las EPS de SGSSS que, luego de finalizado el proceso, persistan en las entidades que participen en la reorganización institucional como EPS y que cedan su habilitación, activos, pasivos y contratos.
- Modelo de atención para la prestación de los servicios de salud ajustado con la caracterización de la población que recibe. Dicho modelo deberá venir acompañado de todos los procesos, procedimientos y

manuales y demás documentos que se mencionen en el modelo de atención.

- En el evento que la aprobación del plan de reorganización implique la transformación de la entidad beneficiaria de la habilitación, así deberá justificarse y documentarse en la solicitud, ya sea a título de reforma estatutaria, aprobación de una medida especial o cualquiera otra figura que se estime pertinente.

Un ejemplar del aviso publicado en un diario de amplia circulación nacional a través del cual los representantes legales de las entidades intervinientes en la escisión hayan dado a conocer al público la aprobación del compromiso. Este aviso deberá contener: i) los nombres de las compañías participantes, sus domicilios y el capital social, o el suscrito y el pagado; ii) el valor de los activos y pasivos de las entidades participantes en el proceso de escisión; iii) una síntesis del anexo explicativo de los métodos de evaluación utilizados y de la participación que los miembros de la entidad escindida tendrán en el capital de la entidad beneficiaria o en la nueva entidad.

- Para el caso de los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, copia de la autorización en su defecto, aval previo por parte de la Superintendencia de Subsidio Familiar, relacionado con el objeto del Plan de Reorganización Institucional.

- Copia del acto administrativo expedido por la Superintendencia de Industria y Comercio que autorice la concentración proyectada, cuando aplique, en cumplimiento del artículo 90 y s.s. de la Ley 1340 de 2003.

Este requisito podrá ser allegado hasta antes de que se cumpla el término de que trata la presente Circular, para que la Superintendencia Nacional de Salud resuelva la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional y, en el caso de que el solicitante no pueda entregar este documento por el trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio, informará de esa situación a esta Entidad para suspender los términos.

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 74 de la Constitución Política, el artículo 24 de la Ley 2011 y el artículo 20 de la Ley 1712 de 2014, y con el objeto de salvaguardar la reserva que pueda predicarse de los documentos o la información aportada con la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional, las entidades solicitantes deberán precisar los documentos o folios sobre los cuales exista norma legal de reserva o confidencialidad. Para ello deberán presentar dentro del Proyecto de Plan de Reorganización un documento contentivo de la información sobre la cual solicitan reserva, desarrollando una justificación, así sea sumaria, del por qué el documento ostenta tal calidad.

En este caso, la Superintendencia Nacional de Salud deberá incluir la justificación en el expediente y abrirá otro expediente de carácter reservado en el que se incluirán los documentos completos apoyados con la solicitud.

Lo anterior, sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud pueda objetar el carácter reservado de los documentos que se indiquen en la solicitud, cuando no se consideren reservados conforme a la Constitución Política o la Ley.

La información reservada que reciba la Superintendencia Nacional de Salud no podrá ser compartida con terceros sin que medie autorización expresa del titular de la misma, o alguna de las excepciones previstas en la normativa aplicable a la materia.

1.3.1.1 Anexos Requisitos Generales

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

- Número de afiliados que se van a ceder por municipio o distrito, de acuerdo con la siguiente estructura:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Tipo d
CÓDIGO DANE	Registre el código DANE de la entidad territorial al que pertenecen los afiliados cedidos (cinco dígitos)	5	Texto
Número de Afiliados Cargados en la BDUA	Indica el número de afiliados cargados en BDUA	7	Numéri
Número de afiliados pendientes de cargar en BDUA	Indica el número de afiliados no registrados en la BDUA	7	Numéri

- Relación de activos y pasivos que se van a ceder, de acuerdo con la siguiente estructura:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores per
NIT	NIT de la entidad que se disuelve sin dígito de verificación	9	Numérico
Código Contable	Registre el código contable en el cual tiene registrado el activo o pasivo	16	Numérico
Descripción	Descripción detallada del activo o pasivo. A manera de ejemplo: 1. Para terrenos o edificaciones escriba la descripción del activo incluyendo dirección de la ubicación del mismo. 2. Para Cuentas por pagar, debe incluir en la descripción el tercero (nombre y NIT) con el que tiene la deuda, concepto y No. De factura.	200	Alfanumérico
Valor	Saldo del activo o pasivo a la fecha en pesos.	20	Numérico
valor cedido	Valor que será cedido a la entidad beneficiaria.	20	Numérico

- Relación de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios que se van a ceder, de acuerdo con la siguiente estructura:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
NIT de la prestadora	Número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	16	Numérico
Dígito de verificación prestadora	Dígito de Verificación del Número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	1	Numérico

Código de Entidad prestadora	Código de habilitación para IPS (inscrito en REPS)	1	Numérico
Número de contrato	Identificación del contrato	30	Alfanumé
Fecha de inicio del contrato	Fecha de inicio del contrato	10	Fecha con formato dd/mm/aa
Fecha de terminación del contrato	Fecha final del contrato (No puede ser inferior al periodo de reporte).	10	Fecha con formato dd/mm/aa
Tipo Contrato	Tipo de contrato entre el contratante y la I.P.S 1:= Por Capitación 2:= Por Conjunto de Atención Integral o paquete 3:= Por evento 4:= Por diagnóstico 5:= Otro	1	Numérico
Otro	Especifique el tipo de contrato si marcó otro en Tipo de contrato	50	Alfanumé
Régimen	Plan al cual presta servicios de salud la IPS 1:=Régimen Contributivo 2:=Régimen Subsidiado 3:=Regímenes Contributivo y Subsidiado	1	Numérico
Número afiliados por contrato	El número Total de afiliados cubierto por el contrato	10	Numérico
Área de cobertura	Corresponde a cada municipio que cubre la prestación de servicios de salud de cada IPS contratada. Según tabla DANE	5	Caracteres numéricos
Número afiliados por municipio	El número de afiliados cubierto en cada municipio	10	Numérico
Código de servicio	Código del servicio contratado, de acuerdo con la Guía de Transición de Servicios. Resolución 2003 de 2014 o normas que la modifique, sustituyan o eliminen.	4	Numérico
Modalidad Servicio	Modalidad del Servicio Contratado de acuerdo a Resolución 2003 de 2014 o normas que la modifique, sustituyan o eliminen.	1	Numérico

	1:= Intramural ambulatorio 2:= Intramural hospitalarios 3:=Brigadas o jornadas de salud Modalidad intramural 4:=Brigadas o jornadas de salud Modalidad extramural 5:= Extramural Atención en unidad móvil acuática o terrestre 6:= Extramural Atención domiciliaria 7:=Telemedicina para prestador remitir 8:=Telemedicina para prestador remitir - Con Teleuci 9:=Telemedicina para centros de referencia		
Complejidad del servicio contratado	Identificación de la complejidad que presenta el servicio contratado. 1:= Baja 2:= Media 3:= Alta	1	Numérico
Interrupción voluntario de embarazo	La IPS Practica Interrupción voluntario de embarazo 1:= Sí 2:= No	1	Numérico
Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitido:
Eutanasia	La IPS practica la Eutanasia: 1:= Sí 2:= No	1	Numérico
Rol en la red servicios oncológicos	Rol en la red de prestación de servicios oncológicos: 1: líder Red 2: Asistencial 3: Administrativo	1	Numérico

	4: Logístico		
	0: NA		

- El reparto entre los socios, accionistas o miembros de la entidad escidente, de las cuotas, acciones o partes de interés que les corresponderán en las entidades beneficiarias, junto con la certificación por parte del representante legal de la entidad beneficiaria con explicación, cuando aplique, de los métodos de evaluación utilizados de acuerdo con la siguiente estructura:

Nota: Se debe presentar la Relación de Socios o accionistas de las participantes en el proceso de escisión, así como de la entidad resultante.

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
Tipo Entidad	Tipo de la entidad que se reporta, escriba: 1. Entidad que se disuelve 2. Entidad Resultante	1	Numérico
NIT	NIT de la entidad a reportar	9	Numérico
Identificación Socio, accionista, integrante o símil.	Número de identificación	50	Texto
Tipo de Identificación Socio o accionista	Tipo de identificación del aportante NI=NIT CC=Cédula de ciudadanía CE=Cédula de extranjería OT=Otra/Otro	2	Texto
Nombre Socio o accionista	Nombre completo del accionista o socio	50	Alfanumérico
Valor total aporte	Valor total del aporte en pesos	15	Numérico, sin espacios de miles.
No. Acciones	No total de acciones	15	Numérico, sin espacios de miles.

1.3.2 Requisitos Específicos

Con el plan de reorganización institucional, deberá acompañarse un programa de cumplimiento de condiciones financieras de que trata el Decreto [2702](#) de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones. Este programa de cumplimiento debe contener también el programa de capitalización y la formulación del cubrimiento del defecto resultante del proceso de escisión.

Adicionalmente, se debe describir la estructura de las bases de datos que hacen parte de los anexos numeral.

Este programa de cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto [2702](#) de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones, debe remitirse en archivo pdf.

1.3.2.1 Anexos Requisitos Específicos

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

- El catálogo de la información financiera de la entidad beneficiaria siguiendo la estructura del Archivo FT001 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las disposiciones que la modifiquen.

- Otros conceptos financieros, reservas técnicas e inversiones, siguiendo la estructura de los Archivos FT006 – Bancos y Carteras Colectivas, FT007 – Control de Inversiones Inscritas en el Mercado de Valores de Colombia, FT008 – Inversiones – Otros Títulos, FT011 – Condiciones Financieras, y el Archivo 167 – Reservas técnicas e inversiones de las reservas técnicas, de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las disposiciones que la modifiquen.

Nota: Adicionalmente debe enviar las políticas y revelaciones en la aplicación de Normas Internacionales de Información Financiera de la Entidad donde se describan los conceptos incluidos en el Archivo Tipo – Condiciones Financieras.

- Proyecciones del Balance General, del Estado de Resultados y del Presupuesto de la entidad beneficiaria por los años que restan para el cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones. Estas proyecciones deben estar acompañadas de todos los análisis realizados y sustentación de cada una de las cifras, debidamente formulados.

- Presentación de los valores de los defectos de Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado e Inversión Reservas técnicas de acuerdo con las condiciones fijadas en el Decreto [2702](#) de 2014 y del párrafo artículo 1º del Decreto 2089 de 2015, compilados en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones.

1.3.3 Trámite al interior de la Superintendencia Nacional de Salud

Radicada la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Escisión, la Superintendencia Nacional de Salud entrará a resolver lo pertinente mediante acto administrativo debidamente motivado.

Cuando la Superintendencia constate que la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Escisión está incompleta, requerirá al solicitante para que la complete en el término de un (1) mes. Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento, salvo que antes de vencer el plazo concedido solicite prórroga hasta por un término partir del día siguiente en que el interesado aporte los documentos faltantes, se iniciará el término para resolver la solicitud.

En el caso de tratarse del cumplimiento del requisito de aprobación previa de que trata el artículo 9 de la Ley 1340 de 2009, por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio, la suspensión señalada en el párrafo anterior, podrá prolongarse hasta por un término máximo de seis meses.

1.4. Acto administrativo que resuelve la solicitud de autorización del Plan de Reorganización Institucional de Escisión

La Superintendencia Nacional de Salud decidirá sobre la aprobación del plan de reorganización institucional, dentro del cual se encuentra i) la solicitud de aprobación de reforma estatutaria y; ii) la solicitud de aprobación de la cesión de afiliados, activos, pasivos, habilitación o autorización para operar de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, y mediante uno o varios actos administrativos resolverá lo que corresponda en los términos de la petición presentada.

También en dicho(s) acto(s) administrativo(s) se incluirá la obligación de las entidades intervinientes formalizar la aprobación del plan de reorganización institucional mediante escritura pública registrada en la Cámara de Comercio o la entidad encargada del registro respectivo, dentro del término señalado en el acto(s) administrativo(s) correspondiente(s), so pena de la imposición de las sanciones por el incumplimiento de las instrucciones y órdenes impartidas por esta Superintendencia.

Igualmente, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del(os) Acto(s) Administrativo al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándole copia y advirtiéndole que contra ella(os) procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro del término previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Así mismo se ordenará comunicar la decisión al Ministerio de Salud y Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga o a quienes hagan sus veces.

Si una vez revisado el plan de reorganización institucional, este no cumple con la totalidad de lo establecido en el artículo [87](#) del Decreto 2353 de 2015, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones, la presente Circular, se podrá condicionar la aprobación o rechazar la solicitud, dependiendo de las circunstancias particulares de cada caso, mediante acto administrativo debidamente motivado.

1.5. Perfeccionamiento y efectos de la escisión

Una vez aprobado el plan de reorganización institucional de escisión por la Superintendencia Nacional de Salud, los representantes legales de las entidades intervinientes deberán elevarlo a Escritura Pública, la cual contendrá los estatutos de la nueva entidad o las reformas que se introducen a los estatutos de las ya existentes. Igualmente, en ella deberán protocolizarse los siguientes documentos:

- El acta o actas de las entidades participantes en que conste el acuerdo de escisión.
- La aprobación del plan de reorganización institucional de escisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (acto administrativo).
- Los estados financieros certificados y dictaminados, de cada una de las entidades participantes, que sirvan de base para la escisión.

Hasta tanto se perfeccione la cesión de la habilitación a la entidad beneficiaria, la escidente deberá garantizar, en todo caso, la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público de seguridad social en salud a los afiliados.

En el Acto Administrativo de aprobación del plan, la Superintendencia autorizará la cesión de la habilitación o autorización para operar, así como de los afiliados a la entidad beneficiaria, estableciendo la fecha a partir de la cual será la encargada del aseguramiento de la población y entrará a operar como SGSSS.

Copia de la Escritura Pública en cita se registrará en la Cámara de Comercio, o la entidad encargada

registro respectivo, correspondiente al domicilio social de cada una de las entidades participantes e proceso de escisión.

Una vez inscrita en el registro pertinente la escritura a que se refiere el párrafo anterior, operará entre entidades intervinientes en la escisión y frente a terceros la transferencia de los activos, pasivos, afiliación o autorización y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de B de la escidente a la beneficiaria, sin perjuicio de lo previsto en materia contable.

Efectuado el registro de la escritura pública correspondiente, las entidades intervinientes deberán presentar a esta Superintendencia copia de la escritura pública y la constancia de su registro, a más tardar dentro de quince (15) días siguientes a dicho trámite.

Perfeccionada la escisión se dará aviso al público de tal circunstancia en un diario de amplia circulación nacional, el cual se publicará por tres (3) veces, con intervalos de cinco (5) días.

2. FUSIÓN DE EPS

2.1. Concepto de Fusión

Habrán fusión cuando una o más entidades se disuelvan, sin liquidarse, para ser absorbidas por otra o para crear una nueva.

La absorbente o la nueva compañía adquirirá los derechos y obligaciones de la entidad o entidades absorbidas al formalizarse el acuerdo de fusión.

De acuerdo con lo anterior, la Fusión constituye una operación para unificar inversiones y criterios comerciales de dos compañías de una misma rama o de objetivos compatibles.

Son características de la Fusión:

- La desaparición de la entidad aportante o absorbida.
- La atribución de nuevos derechos sociales a los asociados de las entidades desaparecidas.
- Transmisión de la universalidad de los bienes de la entidad absorbida a la entidad absorbente.
- Los accionistas, asociados o socios de la entidad absorbida devienen en socios o miembros de la absorbente.

Clasificación de las Fusiones. La Fusión puede ser de dos tipos:

1. Fusión Pura o Fusión por Asociación: Dos o más compañías se unen para constituir una nueva, se disuelven, pero no se liquidan.

2. Fusión por Absorción: Una entidad absorbe a otra u otras entidades que también se disuelven, pero no se liquidan.

Estas asociaciones o fusiones en ningún caso podrán significar incrementos en los costos administrativos ni nuevos pasos en el proceso de intermediación de los recursos.

2.2. Consideraciones previas a la fusión

Al surtir la fusión, se da origen a una nueva EPS que recibirá el certificado de funcionamiento o autorización, los afiliados, activos, pasivos y los contratos asociados a la prestación de servicios de

Plan de Beneficios por parte de la entidad disuelta o absorbida, previa aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud, No obstante, podrá presentarse las siguientes modalidades:

- En el evento que la entidad absorbente se encuentre habilitada para operar como EPS dentro del S se conservará su respectiva habilitación o certificado de funcionamiento, debiéndose informar de esta circunstancia ante esta Superintendencia en el respectivo Plan de Reorganización institucional. En la(s) EPS absorbida(s) cederá(n) sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios a la absorbente.
- En el evento que varias EPS decidan fusionarse en una sola entidad nueva o sean absorbidas por una entidad vigente, les corresponderá informar a esta Superintendencia en el respectivo Plan de Reorganización institucional, cuál o cuáles de los certificados de funcionamiento o habilitación será(n) objeto de la cesión en favor de la nueva entidad o de la absorbente y cómo se llevará a cabo el procedimiento de cesión de afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios de todas las entidades participantes del proceso de fusión.
- Para efectos del cálculo de la capacidad para realizar afiliaciones y efectuar traslados por parte de una EPS, así como para determinar la cobertura geográfica de su habilitación, se tendrán en cuenta todas las habilitaciones o autorizaciones de funcionamiento que concurren en el Plan de Reorganización.

En materia de responsabilidades, se tiene que, la entidad absorbente o la nueva compañía se hará cargo de los pasivos internos y externos de las absorbidas y adquiere sus bienes y derechos.

La tradición de los inmuebles se hará por la misma escritura de fusión o por escritura separada, registrada conforme a la ley. La entrega de los bienes muebles se hará por inventario y se cumplirán las solemnidades que la ley exija para su validez o para que surtan efectos contra terceros.

Hasta tanto se perfeccione la cesión de la habilitación a la entidad absorbente o nueva entidad, la entidad absorbida o disuelta deberá seguir garantizando la continuidad del aseguramiento y la prestación de servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados.

La entidad que cede sus afiliados deberá realizar simultáneamente la cesión de sus activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, y la entidad beneficiaria no podrá dejar de cumplir las obligaciones que se derivan de los contratos de aseguramiento y de prestación de servicios suscritos por la entidad disuelta o absorbida, como el plazo para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de que trata el Decreto [2702](#) de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá especial vigilancia y control sobre las entidades otorgantes en el proceso de fusión o asociación, a fin de garantizar el aseguramiento y la efectiva prestación del servicio público esencial de salud, a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las entidades en proceso de fusión o asociación.

En lo relativo a la cesión de los acuerdos de voluntades celebrados entre la(s) EPS participante(s) en el proceso de fusión y su red de prestadores, esta operación por tener una regulación propia no requiere ajustarse al procedimiento previsto en los artículos [887](#) y siguientes del Código de Comercio, y por lo tanto la sola fusión es título suficiente para la cesión de los mismos[2].

Antes de la presentación del plan de reorganización institucional a la Superintendencia Nacional de Salud, cuando las entidades participantes de la fusión se dediquen a la misma actividad económica o participen en la misma cadena de valor, y además cumplan con alguna de las dos condiciones establecidas en el artículo

9o de la Ley 1340 de 2009, deberán informar a la Superintendencia de Industria y Comercio para la correspondiente aprobación previa, sobre las operaciones que proyecten llevar a cabo para efectos de fusionarse, salvo que en conjunto cuenten con menos del 20% del mercado relevante, caso en el cual deberán únicamente notificarle.

2.3. Proyecto del Plan de Reorganización Institucional de Fusión

Para el estudio del plan de reorganización institucional de fusión de las EPS, este deberá suscribirse por representantes legales de cada una de las entidades participantes, y presentarse personalmente o por conducto de apoderado ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el lleno de los siguientes requisitos:

2.3.1 Requisitos Generales

- El nombre y NIT de las entidades que participen en la fusión.
- Los motivos de la proyectada fusión y las condiciones en que se realizará.
- Copia de la convocatoria a la junta de socios, asamblea de accionistas, o quien haga sus veces, en la que conste el punto referente a la fusión y la posibilidad que tienen los socios, accionistas o miembros de la junta de disidentes de ejercer el derecho de retiro en las circunstancias previstas por la ley.
- Copia del acta, acuerdo o documento equivalente en el cual se acredite la discusión y aprobación del plan de reorganización institucional y del compromiso respectivo, por parte de la junta de socios, asamblea de accionistas, o quien haga sus veces, con el quórum previsto en los estatutos por las entidades que participan en la fusión.
- En esta misma acta, acuerdo o documento equivalente, se deberá acreditar el cumplimiento de lo establecido en el numeral 87.1 del artículo 87 del Decreto 2353 de 2015, compilado en el Decreto 2353 de 2016 y sus modificaciones, esto es, que la entidad o las entidades absorbidas o disueltas que cedan sus afiliados tengan, cuando aplique y en los términos de la normativa vigente, una participación en la fusión resultante de la reorganización.
- Certificación de los representantes legales de las compañías en las que conste que el proyecto de fusión estuvo a disposición de los socios en las oficinas del domicilio principal donde funcione la administración de la entidad, por lo menos durante los quince (15) días hábiles anteriores a la reunión que se decidió llevar a cabo la fusión.
- En el caso de creación de una entidad, los estatutos de la misma.
- Copias certificadas de los balances generales de las entidades participantes, que no sean EPS.
- La opción que se ofrecerá a los tenedores de bonos (si los hubiere).
- Estados financieros consolidados de las entidades que participen en el proceso de fusión debidamente certificados y acompañados de las notas de los estados financieros y de un dictamen emitido por el contador público independiente.
- Descripción de las acciones para el manejo y destinación de los saldos, remanentes y/o recursos de las SGSSS que, luego de finalizado el proceso, persistan en las entidades que participen en la reorganización institucional como EPS y que cedan su habilitación, activos, pasivos y contratos.
- Modelo de atención para la prestación de los servicios de salud ajustado con la caracterización de la población que recibe. Dicho modelo deberá venir acompañado de todos los procesos, procedimientos

manuales y demás documentos que se mencionen en el modelo de atención.

- En el evento en que la aprobación del plan de reorganización implique la transformación de la entidad beneficiaria de la habilitación, así deberá justificarse y documentarse en la solicitud, ya sea a título de reforma estatutaria, aprobación de una medida especial o cualquiera otra figura que se estime pertinente.

- Un ejemplar del aviso publicado en un diario de amplia circulación nacional a través del cual los representantes legales de las entidades intervinientes en la fusión hayan dado a conocer al público la aprobación del compromiso. Este aviso deberá contener: i) los nombres de las compañías participantes, sus domicilios y el capital social, o el suscrito y el pagado; ii) el valor de los activos y pasivos de las entidades participantes en el proceso de fusión; iii) una síntesis del anexo explicativo de los métodos de evaluación utilizados y, cuando aplique, de la participación que los socios de la entidad absorbida tendrán en el patrimonio de la entidad absorbente o en la nueva entidad.

- Se deberá allegar los datos y cifras, tomados de los libros de contabilidad de las entidades que no solo participan sino que participan en el proceso de fusión, que hubieren servido de base para establecer las condiciones que se realizará esta reorganización.

- El avalúo de aportes en especie que haya de recibir la absorbente o la nueva entidad (Si los hubiera).

- Para el caso de los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, copia de la autorización en su defecto, aval previo por parte de la Superintendencia de Subsidio Familiar, relacionado con el objeto del Plan de Reorganización Institucional.

- Copia del acto administrativo expedido por la Superintendencia de Industria y Comercio que autorice la concentración proyectada, cuando aplique, en cumplimiento del artículo 9 y s.s. de la Ley 1340 de 2003.

Este requisito podrá ser allegado hasta antes de que se cumpla el término de que trata la presente Circular, siempre que la Superintendencia Nacional de Salud resuelva la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional y, en el caso de que el solicitante no pueda entregar este documento por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio, informará de esa situación a esta Entidad, para suspender los términos.

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 74 de la Constitución Política, el artículo 24 de la Ley 1712 de 2014 y el artículo 2o de la Ley 1712 de 2014, y con el objeto de salvaguardar la reserva que pueda predicarse de los documentos o la información aportada con la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional, las empresas solicitantes deberán precisar los documentos o folios sobre los cuales exista norma legal de reserva o confidencialidad. Para ello deberán presentar dentro del Proyecto de Plan de Reorganización un documento contentivo de la información sobre la cual solicitan reserva, desarrollando una justificación, así sea sumaria, de por qué el documento ostenta tal calidad.

En este caso, la Superintendencia Nacional de Salud deberá incluir la justificación en el expediente y abrirá otro expediente de carácter reservado en el que se incluirán los documentos completos aportados con la solicitud.

Lo anterior, sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud pueda objetar el carácter reservado de los documentos que se indiquen en la solicitud, cuando no se consideren reservados conforme a la Constitución Política o la ley.

La información reservada que reciba la Superintendencia Nacional de Salud no podrá ser compartida sin que medie autorización expresa del titular de la misma, o alguna de las excepciones previstas en la

normativa aplicable a la materia.

2.2.1.1 Anexos Requisitos Generales

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

- Número de afiliados que se van a ceder por municipio o distrito:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Tipo
CÓDIGO DANE	Registre el código DANE de la entidad territorial al que pertenecen los afiliados cedidos (cinco dígitos)	5	Texto
Número de Afiliados Cargados en la BDUA	Indica el número de afiliados cargados en BDUA	7	Número
Número de afiliados pendientes de cargar en BDUA	Indica el número de afiliados no registrados en la BDUA	7	Número

- Relación de activos y pasivos de las entidades que serán absorbidas, y de la absorbente o resultante de acuerdo con la siguiente estructura:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
NIT	NIT de la Entidad a reportar sin dígito de verificación	9	Numérico
Código Contable	Registre el código contable en el cual tiene registrado el activo o pasivo	16	Numérico
Descripción	Descripción detallada del activo o pasivo. A manera de ejemplo: 1. Para terrenos o edificaciones escriba la descripción del activo incluyendo dirección de la ubicación del mismo. 2. Para Cuentas por pagar, debe incluir en la descripción el tercero (nombre y NIT) con el que tiene la deuda, concepto y número de factura.	200	Alfanumérico
Valor	Saldo del activo o pasivo a la fecha en pesos.	20	Numérico
Valor cedido	Valor que será cedido a la entidad beneficiaria	20	Numérico.

- Relación de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios que se van a ceder, de acuerdo con la siguiente estructura:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos

NIT de la prestadora	Número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	16	Numérico
Dígito de verificación prestadora	Dígito de Verificación del Número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	1	Numérico
Código de Entidad prestadora	Código de habilitación para IPS (inscrito en REPS)	1	Numérico
Número de contrato	Identificación del contrato	30	Alfanumé
Fecha de inicio del contrato	Fecha de inicio del contrato	10	Fecha con formato dd/mm/aa
Fecha de terminación del contrato	Fecha final del contrato (No puede ser inferior al periodo de reporte)	10	Fecha con formato dd/mm/aa
Tipo Contrato	Tipo de contrato entre el contratante y la IPS 1:= Por Capitación 2:= Por Conjunto de Atención Integral o paquete 3:= Por evento 4:= Por diagnóstico 5:= Otro	1	Numérico
Otro	Especifique el tipo de contrato si marcó otro en Tipo de contrato	50	Alfanumé
Régimen	Plan al cual presta servicios de salud la IPS 1:=Régimen Contributivo 2:=Régimen Subsidiado 3:=Regímenes Contributivo y Subsidiado	1	Numérico
Número afiliados por contrato	El número Total de afiliados cubierto por el contrato	10	Numérico
Área de cobertura	Corresponde a cada municipio que cubre la prestación de servicios de salud de cada IPS contratada. Según tabla DANE	5	Caracteres numéricos
Número afiliados por municipio	El número de afiliados cubierto en cada municipio	10	Numérico

Código de servicio	Código del servicio contratado, de acuerdo con la Guía de Transición de Servicios. Resolución 2003 de 2014 o normas que la modifique, sustituyan o eliminen.	4	Numérico
Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
Modalidad Servicio	Modalidad del Servicio Contratado de acuerdo a Resolución 2003 de 2014 o normas que la modifique, sustituyan o eliminen. 1:= Intramural ambulatorio 2:= Intramural hospitalarios 3:=Brigadas o jornadas de salud Modalidad intramural 4:=Brigadas o jornadas de salud Modalidad extramural 5:= Extramural Atención en unidad móvil acuática o terrestre 6:= Extramural Atención domiciliaria 7:=Telemedicina para prestador remitir 8:=Telemedicina para prestador remitir - Con Teleuci 9:=Telemedicina para centros de referencia	1	Numérico
Complejidad del servicio contratado	Identificación de la complejidad que presenta el servicio contratado. 1:= Baja 2:= Media 3:= Alta	1	Numérico
Interrupción voluntario de embarazo	La IPS practica Interrupción voluntario de embarazo 1:= sí 2 := No	1	Numérico
Eutanasia	La IPS practica la Eutanasia: 1:= sí	1	Numérico

	2:= No		
Rol en la red servicios oncológicos	Rol en la red de prestación de servicios oncológicos 1: líder Red 2: Asistencial 3: Administrativo 4: Logístico 0: NA	1	Numérico

- El intercambio de partes de interés, cuotas de acciones que implicará la fusión, de acuerdo con la estructura:

Nota: Se debe presentar la Relación de Socios o accionistas de las entidades absorbidas y de la absorvente resultante.

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
Tipo Entidad	Tipo de la entidad que se reporta, escriba: 1. Entidad Absorbida 2. Entidad Absorbente o Resultante	1	Numérico
NIT	NIT de la entidad a reportar	9	Numérico
Identificación Socio, accionista, integrante o símil.	Número de identificación	50	Texto
Tipo de Identificación Socio o accionista	Tipo de identificación del aportante NI=NIT CC=Cédula de ciudadanía CE=Cédula de extranjería OT=Otra/Otro	2	Texto
Nombre Socio o accionista	Nombre completo del accionista o socio	50	Alfanumérico
Valor total aporte	Valor total del aporte en pesos	15	Numérico, sin separador de miles.

No. Acciones	No. total de acciones	15	Numérico, sin seña de miles.

2.3.2 Requisitos Específicos

Con el plan de reorganización institucional de fusión, deberá acompañarse un programa de cumplir las condiciones financieras de que trata el Decreto [2702](#) de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones. Este programa de cumplimiento debe contener también el programa de capitalización y/o formulación del cubrimiento del defecto resultante del proceso de fusión.

Adicionalmente, se debe describir la estructura de las bases de datos que hacen parte de los anexos numeral.

Este programa de cumplimiento de las condiciones financieras que trata el Decreto [2702](#) de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016, debe remitirse en archivo pdf.

2.3.2.1 Anexos Requisitos Específicos

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

- El catálogo de la información financiera de la entidad beneficiaria siguiendo la estructura del Anexo FT001 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las disposiciones que la modifiquen.

- Otros conceptos financieros, reservas técnicas e inversiones, siguiendo la estructura de los Anexos FT006 – Bancos y Carteras Colectivas, FT007 – Control de Inversiones Inscritas en el Mercado de Valores de Colombia, FT008 – Inversiones – Otros Títulos, FT011 – Condiciones Financieras, y el Anexo 167 – Reservas técnicas e inversiones de las reservas técnicas, de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las disposiciones que la modifiquen.

Nota: Adicionalmente debe enviar las políticas y revelaciones en la aplicación de Normas Internacionales de Información Financiera de la Entidad donde se describan los conceptos incluidos en el Anexo Tip – Condiciones Financieras.

- Proyecciones del Balance General, del Estado de Resultados y del Presupuesto de la entidad absorbida por la nueva compañía por los años que restan para el cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto [2702](#) de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones. Estas proyecciones deben estar acompañadas de todos los análisis realizados y sustentación de cada una de las cifras, en cuadros Excel debidamente formulados.

- Presentación de los valores de los defectos de Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado e Inversión en Reservas técnicas de acuerdo con las condiciones fijadas en el Decreto [2702](#) de 2014 y del parágrafo artículo 1º del Decreto 2089 de 2015, compilados en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones.

2.3.3 Trámite al interior de la Superintendencia Nacional de Salud.

Radicada la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Fusión, la Superintendencia Nacional de Salud resolverá lo pertinente mediante acto administrativo debidamente motivado.

Cuando la Superintendencia constate que la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Fusión está incompleta, requerirá al solicitante para que la complete en el término máximo de un (1) mes. Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el

requerimiento, salvo que antes de vencer el plazo concedido solicite prórroga hasta por un término partir del día siguiente en que el interesado aporte los documentos faltantes, se iniciará el término para resolver la solicitud.

En el caso de tratarse del cumplimiento del requisito de aprobación previa de que trata el artículo [9](#) de la Ley 1340 de 2009, por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio, la suspensión señalada en el párrafo anterior, podrá prolongarse hasta por un término máximo de seis meses.

2.4. Acto administrativo que resuelve la solicitud de autorización del Plan de Reorganización Institucional de fusión.

La Superintendencia Nacional de Salud decidirá sobre la aprobación del plan de reorganización institucional, dentro del cual se encuentra i) la solicitud de aprobación de reforma estatutaria y; ii) la solicitud de aprobación de la cesión de afiliados, activos, pasivos, habilitación o autorización para otorgar de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, y mediante uno o varios actos administrativos resolverá lo que corresponda en los términos de la petición presentada.

También en dicho(s) acto(s) administrativo(s) se incluirá(n) la (las) obligación(es) de las entidades intervinientes de formalizar la aprobación del plan de reorganización institucional mediante escritura pública registrada en la Cámara de Comercio o la entidad encargada del registro respectivo, dentro del término señalado en el (los) acto(s) administrativo(s) correspondiente(s), so pena de la imposición de sanciones por el incumplimiento de las instrucciones y órdenes impartidas por esta Superintendencia.

Igualmente, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del (os) Acto(s) Administrativo(s) al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándole copia y advirtiéndole que contra este(os) procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro de la oportunidad prevista en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Así mismo se ordenará comunicar a la (las) decisión(es) al Ministerio de Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga o a quienes hagan sus veces.

La escritura deberá inscribirse en el registro mercantil de la Cámara de Comercio o la entidad encargada del registro respectivo del domicilio social de cada una de las entidades participantes.

Si una vez revisado el plan de reorganización institucional, este no cumple con la totalidad de lo establecido en el artículo [87](#) del Decreto 2353 de 2015, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones, la presente Circular, se podrá condicionar la aprobación o rechazar la solicitud, dependiendo de las circunstancias particulares de cada caso, mediante acto administrativo debidamente motivado.

2.5. Perfeccionamiento de la Fusión.

Una vez aprobado el plan de reorganización institucional de fusión por la Superintendencia Nacional de Salud, los representantes legales de las entidades intervinientes deberán elevarlo a Escritura Pública, la cual contendrá los estatutos de la nueva entidad o las reformas que se introducen a los estatutos de las entidades. Igualmente, en ella deberán protocolizarse los siguientes documentos:

- El acta o actas de las entidades participantes en que conste el acuerdo de fusión.
- La aprobación del plan de reorganización institucional de fusión por parte de la Superintendencia de Salud (acto administrativo).
- Los estados financieros certificados y dictaminados, de cada una de las entidades participantes, que

servido de base para la fusión.

Hasta tanto se perfeccione la cesión de la habilitación a la nueva entidad o entidad absorbente, la entidad absorbida deberá seguir garantizando, en todo caso, la continuidad del aseguramiento y la prestación de servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados.

En el Acto Administrativo de aprobación del plan, la Superintendencia autorizará la cesión de la habilitación o autorización para operar, así como de los afiliados a la entidad beneficiaria, estableciendo la fecha a partir de la cual será la encargada del aseguramiento de la población y entrará a operar como SGSSS.

Copia de la Escritura Pública en cita se registrará en la Cámara de Comercio, o la entidad encargada del registro respectivo, correspondiente al domicilio social de cada una de las entidades participantes en el proceso de fusión.

Una vez inscrita en el registro pertinente la escritura a que se refiere el párrafo anterior, operará entre las entidades intervinientes la fusión y frente a terceros la transferencia en de los activos, pasivos, usuales y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios de la disuelta o absorbida a la nueva entidad o entidad absorbente, sin perjuicio de lo previsto en materia contable.

Efectuado el registro de la escritura pública correspondiente, las entidades intervinientes deberán remitir a esta Superintendencia copia de la escritura registrada y constancia del registro respectivo, a más tardar dentro de los quince (15) días siguientes al registro.

Perfeccionada la fusión se dará aviso al público de tal circunstancia en un diario de amplia circulación nacional, el cual se publicará por tres (3) veces, con intervalos de cinco (5) días.

3. CREACIÓN DE NUEVAS ENTIDADES

3.1 Disposiciones generales.

Para efectos del presente numeral, corresponde tener en cuenta las siguientes definiciones generales:

Entidad: Toda colectividad considerada como unidad y, en especial, cualquier corporación, compañía, institución, etc.; tomada como persona jurídica.

Sociedad: Aquel contrato en el cual dos o más personas se obligan a hacer un aporte en dinero, en especie o en otros bienes apreciables en dinero, con el fin de repartirse entre sí las utilidades obtenidas en la explotación de una actividad social. La sociedad, una vez constituida legalmente, forma una persona jurídica distinta de los socios individualmente considerados (art. [98](#), C. Co).

Empresa: Cualquier actividad debidamente organizada que tenga como finalidad la producción, transformación, circulación, administración o custodia de bienes, o la prestación de servicios (art. [2](#), C. Co).

Asegurador: Es la entidad encargada de la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la calidad en la prestación de servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes de Beneficios.

3.2. Proyecto del Plan de Reorganización Institucional de creación de Nueva(s) Entidad(es).

A la Superintendencia Nacional de Salud se le deberá presentar un documento, mediante el cual la informará su intención de implementar un Plan de Reorganización Institucional que conlleve la creación de nuevo ente y la aprobación de la cesión de los afiliados, la habilitación y algunos activos y pasivos de la EPS a dicho vehículo, con el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente numeral.

El análisis y aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud se realizará por etapas,

3.2.1 Primera etapa.

Consistente en la revisión de la creación de la nueva entidad y estudio del Plan de Reorganización Institucional propuesto, mediante la exigencia de los siguientes requisitos:

- El nombre y NIT de las entidades que participarán en el plan de reorganización institucional.
- Los motivos de la creación y las condiciones en que se realizará, incluyendo el esquema general de cómo operará la cesión de los afiliados, habilitación, activos y pasivos de la EPS.
- Copia del acta, acuerdo o documento equivalente en el cual se acredite la discusión y aprobación de la reorganización institucional por parte de la junta de socios, asamblea de accionistas, o quien haga veces de máximo órgano social.
- Estatutos sociales de la nueva entidad.
- Copia certificada de los balances generales y de los estados financieros consolidados de las entidades participantes que no sean EPS; acompañados de las notas a los estados financieros y de un dictamen emitido por el revisor fiscal o, en su defecto, por un contador público independiente.
- Si en el proceso de reorganización institucional se propone la creación de nuevas entidades en donde el solicitante no tenga participación en el capital de la o las cesionarias de la habilitación o autorización de funcionamiento, se deberá identificar la o las entidades que participarán en el capital de la o las nuevas entidades que serán beneficiarias de la cesión de los afiliados, la habilitación y algunos activos y pasivos de la EPS; así como descripción del negocio jurídico a realizar.
- Descripción de las acciones para el manejo y destinación de los saldos, remanentes y/o recursos de la SGSSS que, luego de finalizado el proceso, persistan en las entidades que participen en la reorganización institucional como EPS y que cedan su habilitación, activos, pasivos y contratos.
- Relación de activos y pasivos indicando cuáles serán cedidos, con la identificación del mecanismo mediante el cual se garantizará la gestión y pago de los pasivos mismos.
- Número de afiliados que se van a ceder por municipio o distrito de conformidad con el anexo señalado en el punto 3.2.1.1.
- Relación de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios que se van a ceder.
- El reparto entre los socios, accionistas o miembros de la nueva entidad, de las cuotas, acciones o participaciones que les corresponderán.

De no cumplirse con la totalidad de los requisitos señalados, la Superintendencia requerirá al solicitante para que los complete en los términos que establezca.

Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento, o

antes de vencer el plazo concedido solicite prórroga. A partir del día siguiente en que el interesado los documentos faltantes, se dará inicio al término para resolver la solicitud.

3.2.1.1. Anexos Primera Etapa.

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

- Número de afiliados que se van a ceder por municipio o distrito, de acuerdo con la siguiente estructura

Variable	Descripción	Longitud máxima	Tipo de dato
CÓDIGO DANE	Registre el código DANE de la entidad territorial al que pertenecen los afiliados cedidos (cinco dígitos)	5	Texto
Número de Afiliados Cargados en la BDUA	Indica el número de afiliados cargados en BDUA	7	Número
Número de afiliados pendientes de cargar en BDUA	Indica el número de afiliados no registrados en la BDUA	7	Número

- Relación de activos y pasivos de acuerdo con la siguiente estructura.

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
NIT	NIT de la entidad que se disuelve sin dígito de verificación	9	Número
Código Contable	Registre el código contable en el cual tiene registrado el activo o pasivo	16	Número
Descripción	Descripción detallada del activo o pasivo. A manera de ejemplo: 3. Para terrenos o edificaciones escriba la descripción del activo incluyendo dirección de la ubicación del mismo. 4. Para cuentas por pagar, debe incluir en la descripción el tercero (nombre y NIT) con el que tiene la deuda, concepto y número de factura.	200	Alfanumérico
Valor	Saldo del activo o pasivo a la fecha en pesos	20	Número
Valor cedido	Valor que será cedido a la entidad beneficiaria	20	Número

- Relación de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios que se van a ceder, de acuerdo con la siguiente estructura:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos

NIT de la prestadora	Número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	16	Numérico
Dígito de verificación prestadora	Dígito de Verificación del Número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	1	Numérico
Código de Entidad prestadora	Código de habilitación para IPS (inscrito en REPS)	1	Numérico
Número de contrato	Identificación del contrato	30	Alfanumé
Fecha de inicio del contrato	Fecha de inicio del contrato	10	Fecha con formato dd/mm/aa
Fecha de terminación del contrato	Fecha final del contrato (No puede ser inferior al periodo de reporte)	10	Fecha con formato dd/mm/aa
Tipo Contrato	Tipo de contrato entre el contratante y la IPS 1:= Por Capitación 2:= Por Conjunto de Atención Integral o paquete 3:= Por evento 4:= Por diagnóstico 5:= Otro	1	Numérico
Otro	Especifique el tipo de contrato si marcó otro en Tipo de contrato	50	Alfanumé
Régimen	Plan al cual presta servicios de salud la IPS 1:=Régimen Contributivo 2:=Régimen Subsidiado 3:=Regímenes Contributivo y Subsidiado	1	Numérico
Número afiliados por contrato	El número total de afiliados cubierto por el contrato	10	Numérico
Área de cobertura	Corresponde a cada municipio que cubre la prestación de servicios de salud de cada IPS contratada. Según tabla DANE	5	Caracteres numéricos
Número afiliados por municipio	El número de afiliados cubierto en cada municipio	10	Numérico

Código de servicio	Código del servicio contratado, de acuerdo con la Guía de Transición de Servicios. Resolución 2003 de 2014 o normas que la modifique, sustituyan o eliminen.	4	Numérico
Modalidad Servicio	Modalidad del Servicio Contratado de acuerdo a Resolución 2003 de 2014 o normas que la modifique, sustituyan o eliminen. 1:= Intramural ambulatorio 2:= Intramural hospitalarios 3:=Brigadas o jornadas de salud Modalidad intramural 4:=Brigadas o jornadas de salud Modalidad extramural 5:= Extramural Atención en unidad móvil acuática o terrestre 6:= Extramural Atención domiciliaria 7:=Telemedicina para prestador remitir 8:=Telemedicina para prestador remitir - Con Teleuci 9:=Telemedicina para centros de referencia	1	Numérico
Complejidad del servicio contratado	Identificación de la complejidad que presenta el servicio contratado. 1:= Baja 2:= Media 3:= Alta	1	Numérico
Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitido:
Interrupción voluntario de embarazo	La IPS Practica Interrupción voluntario de embarazo 1:= Sí 2:= No	1	Numérico
Eutanasia	La IPS practica la Eutanasia: 1 := Sí	1	Numérico

	2 := No		
Rol en la red de servicios oncológicos	Rol en la red de prestación de servicios oncológicos 1: líder Red 2: Asistencial 3: Administrativo 4: Logístico 0: NA	1	Numérico

- El reparto entre los socios, accionistas o miembros de la nueva entidad, de las cuotas, acciones o interés que les corresponderán en esta.

3.2.2 Segunda Etapa.

<Numeral modificado por la Circular [6](#) de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Revisado el cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral anterior, dentro de un plazo que no podrá ser superior a (30) días hábiles, la Superintendencia resolverá sobre la aprobación o negación del plan.

En caso de aprobación, la implementación del Plan de Reorganización Institucional será condicional, es, sujeta a la verificación y cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral 3.2.3 (Tercer dentro de un término perentorio, el cual podrá prolongarse hasta por un plazo igual al originalmente otorgado cuando la EPS así lo solicite.

Derivado de la aprobación condicionada, la Superintendencia Nacional de Salud comunicará tal circunstancia a las entidades intervinientes, solicitándoles formalizar el plan de reorganización institucional conforme disponga la normativa que les resulte aplicable, realizar los registros respectivos, cuando disponga la ley, y tramitar el cumplimiento de las condiciones de que trata el numeral 3.2.3 (Tercer dentro del término que se señale, so pena de la imposición de las sanciones por el incumplimiento de instrucciones y órdenes impartidas por esta Superintendencia.

En caso de negación, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del Acto Administrativo al representante legal de las entidades intervinientes, o a quienes hagan sus veces, entregándoles copia advirtiéndoles que contra ella procede el recurso de reposición, que podrá ser interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro del término previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Asimismo, se ordenará comunicar la decisión al Ministerio de Salud y Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga o a quienes hagan sus veces.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [6](#) de 2017, 'modificación del numeral 3.2.2 de la Circular número [000005](#) de 2017 “Modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Externa número [047](#) de 2017 en lo que respecta a escisión, fusión y creación de EPS en las que se pretenda ceder la habilitación o autorización para operar”, publicada en el Diario Oficial No. 50.258 de 8 de junio de 2017.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 5 de 2017:

3.2.2 Segunda Etapa.

Revisado el cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral anterior, dentro de un plazo no podrá ser superior a treinta (30) días hábiles, la Superintendencia resolverá sobre la aprobación o negación del plan.

En caso de aprobación, la implementación del Plan de Reorganización Institucional será condicional, esto es, sujeta a la verificación y cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral 3.2.3 (Tercera Etapa) dentro de un término perentorio, el cual podrá prolongarse hasta por un plazo igual al originalmente otorgado cuando la EPS así lo solicite.

Derivado de la aprobación, la Superintendencia Nacional de Salud comunicará tal circunstancia, solicitando a las entidades intervinientes formalizar la aprobación del plan de reorganización institucional mediante escritura pública registrada en la Cámara de Comercio o la entidad encargada del registro respectivo, dentro del término que se señale, so pena de la imposición de las sanciones por incumplimiento de las instrucciones y órdenes impartidas por esta Superintendencia.

En caso de negación, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del Acto Administrativo respectivo, al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándole copia y advirtiéndole que contra ella procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro del término previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Así mismo se ordenará comunicar la decisión al Ministerio de Salud y Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga o a quienes haga sus veces.

3.2.3 Tercera Etapa.

Antes del vencimiento del término perentorio de que trata el punto anterior, la entidad solicitante deberá acreditar ante la Superintendencia el cumplimiento de las siguientes condiciones que permitirán la atención de los afiliados y de la habilitación:

- Modelo de atención para la prestación de los servicios de salud ajustado con la caracterización de la población que se cede. Dicho modelo deberá venir acompañado de todos los procesos, procedimientos manuales y demás documentos que se mencionen en el modelo de atención.
- Relación de la red de prestadores de servicios de salud mediante la cual se garantizará el aseguramiento de la cobertura de los usuarios en las zonas del territorio nacional donde operará la entidad beneficiaria. La relación, según formato SUFT05, el cual puede ser consultado para su descarga en el siguiente link <https://www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/sistema-integrado-de-gestion/subsistema-gestion-de-la-calidad>
- Copia del acto administrativo expedido por la Superintendencia de Industria y Comercio que autoriza la concentración proyectada, cuando aplique, en cumplimiento del artículo 90 y s.s. de la Ley 1340 de 2010.
- Programa de cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto 780 de 2016 y sus modificaciones. Este programa de cumplimiento debe incluir también el programa de capitalización y/o formulación del cubrimiento del defecto resultante del plan de reorganización institucional.

- El catálogo de la información financiera de la entidad beneficiaria de la habilitación, siguiendo la estructura del Archivo Tipo FT001 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las disposiciones que la modifiquen.

- Relación de las reservas técnicas e inversiones, siguiendo la estructura de los Archivos Tipo FT006 – Bancos y Carteras Colectivas, FT007 – Control de Inversiones Inscritas en el Mercado de Valores de Colombia, FT008 – Inversiones – Otros Títulos, FT011 – Condiciones Financieras, y el Archivo técnico – Reservas técnicas e inversiones de las reservas técnicas, de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las disposiciones que la modifiquen.

- Las políticas y revelaciones en la aplicación de Normas Internacionales de Información Financiera de la entidad donde se describan los conceptos incluidos en el Archivo Tipo FT011 – Condiciones Financieras.

- Proyecciones del Balance General, del Estado de Resultados y del Presupuesto de la entidad beneficiaria de la habilitación por los años que restan para el cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto [2702](#) de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones. Estas proyecciones deben estar acompañadas de todos los análisis realizados y sustentación de cada una de las cifras, debidamente formulados y entregados en archivo excel.

- Presentación de los valores de los defectos de Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado e Inversión y Reservas Técnicas de acuerdo con las condiciones fijadas en el Decreto [2702](#) de 2014 y del parágrafo primero del Decreto 2089 de 2015, compilados en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones.

- En cumplimiento de lo previsto en el artículo [74](#) de la Constitución Política, el artículo [24](#) de la Ley 1712 de 2014 y el artículo [20](#) de la Ley 1712 de 2014, y con el objeto de salvaguardar la reserva que puede predicarse de los documentos o la información aportada con la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional, las entidades solicitantes deberán precisar los documentos o folios sobre los cuales exista norma legal de reserva o confidencialidad. Para ello deberán presentar dentro del Proyecto de Plan de Reorganización un documento contentivo de la información sobre la cual solicitan reserva, desarrollando una justificación, así sea sumaria, del por qué el documento ostenta tal calidad. En este caso la Superintendencia Nacional de Salud deberá incluir la justificación en el expediente público, y el expediente de carácter reservado en el que se incluirán los documentos completos aportados con la solicitud.

- Lo anterior, sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud pueda objetar el carácter reservado de los documentos que se indiquen en la solicitud, cuando no se consideren reservados conforme a la Constitución Política o la ley. La información reservada que reciba la Superintendencia Nacional de Salud no podrá ser compartida, salvo que medie autorización expresa del titular de la misma, o alguna de las excepciones previstas en la normativa aplicable a la materia.

3.2.3.1 Verificación del cumplimiento de las condiciones que permitan la cesión de la habilitación a los usuarios.

Culminado el término perentorio de que trata el numeral 3.2.2 (Segunda Etapa), la Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento de los requisitos señalados en el punto 3.2.3 (Tercera Etapa) y mediante acto administrativo podrá:

- Aprobar el plan, autorizando la cesión de la habilitación o autorización para operar, así como de los afiliados a la entidad beneficiaria, estableciendo la fecha a partir de la cual será la encargada del aseguramiento de la población y entrará a operar como EPS al SGSSS.

- Negar la aprobación del plan.

En todo caso, el acto administrativo notificará personalmente al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándoles copia y advirtiéndole que contra el mismo puede interponer recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro del término previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Así mismo, en caso de aprobación, se ordenará comunicar la decisión al Ministerio de Salud y Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga o a quienes hagan sus veces.

3.3. Efectos de la creación de la nueva entidad y de la cesión de la habilitación.

Hasta tanto se perfeccione la cesión de la habilitación en los términos fijados por la Superintendencia EPS solicitante deberá seguir garantizando la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados.

Una vez inicie el aseguramiento de la población, la entidad beneficiaria de la cesión deberá dar aviso público de tal circunstancia en un diario de amplia circulación nacional, el cual se publicará por tres veces, con intervalos de cinco (5) días.

Notas de Vigencia

- Circular 8 de 2016 sustituida integralmente por la Circular [5](#) de 2017, 'Modificación del Capítulo Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión, fusión y creación de Entidades, las que se pretenda ceder la habilitación o autorización para operar, los afiliados y los contratos de prestación de servicios asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios', publicada en el Diario Oficial No. 50.245 de 26 de mayo de 2017.

- Capítulo 'modificado' por la Circular [8](#) de 2016, 'modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión y fusión', publicada en el Diario Oficial No. 49.849 de 19 de abril de 2016.

A pesar de que expresamente el inciso 1 del [numeral II](#) de la Circular 8 de 2016 dispone la modificación del Capítulo V “Escisión, fusión y asociación” -adicionado por la Circular 65 de 2010-, en el siguiente [numeral III](#) dispone: 'sustituye la Circular Externa 065 de 23 de diciembre de 2010 expedida por el Superintendente, en lo que respecta a fusión y escisión de EPS, quedando vigente para los demás casos de EAPB.'.

Teniendo en cuenta lo anterior, procede el editor a adicionar este Capítulo [V-SIC](#).

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 8 de 2016:

CAPÍTULO V

Escisión y fusión

1. Escisión de EPS

1.1. Concepto de escisión

En términos generales, la escisión de una entidad constituye una reforma estatutaria por medio de la cual el escidente traspa parte de sus activos y/o pasivos en bloque a una o varias entidades ya const

o a una o varias que se constituyen, llamadas beneficiarias.

Los siguientes son los eventos en los cuales se entiende configurada la figura de la escisión, así:

Una entidad sin disolverse, transfiere en bloque una o varias partes de su patrimonio a una o más entidades existentes (Escisión por absorción) o las destina a la creación de una o varias entidades (Escisión por creación).

Una entidad se disuelve sin liquidarse, dividiendo su patrimonio en dos o más partes, que se transfieren a varias entidades existentes (Escisión por absorción) o se destinan a la creación de nuevas entidades (Escisión por creación).

A partir de lo anterior, encontramos los siguientes tipos:

Escisión parcial: Cuando la entidad sin disolverse se reserva parte de su patrimonio para sí y transfiere solo una parte del mismo a una o más entidades existentes o la destina a la creación de una empresa nueva.

Escisión total: Cuando una entidad se disuelve sin liquidarse y divide su patrimonio para transferirlo a otra(s) persona(s) jurídica(s) o destinarlo a la creación de un nuevo ente.

La entidad o entidades destinatarias de las transferencias resultantes de la escisión, se denominarán entidades beneficiarias.

Los socios, accionistas o miembros de la entidad escindida participarán en el capital de las entidades beneficiarias en la misma proporción que tengan en aquella, salvo que, por unanimidad de las acciones o cuotas sociales o partes de interés representadas en la asamblea o junta de socios de la escidente apruebe una participación diferente.

De lo anterior se concluye que la escisión puede ser total o parcial, y que resulta viable para las EPS sobre las cuales la Superintendencia Nacional de Salud ejerce inspección, vigilancia y control.

1.2. Consideraciones previas a la escisión

La escisión es una reforma estatutaria de carácter patrimonial, en la cual se hace una división de patrimonios de una entidad a otra nueva o ya existente, por tanto, la escisión, en ningún caso podrá significar incrementos en los costos administrativos o nuevos pasos en el proceso de intermediación de los recursos.

La escisión parcial de una entidad genera que la entidad escidente sin disolverse, se reserva parte de su patrimonio para sí y transfiere solo una parte del mismo a una o más entidades existentes o la destina a la creación de una empresa nueva, resultando de dicha operación una entidad escindida y una entidad beneficiaria.

Al surtir la escisión, se da origen a una nueva EPS que recibirá el certificado de funcionamiento, habilitación, los afiliados, activos, pasivos y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios por parte de la entidad escidente, previa presentación del plan de reorganización institucional y aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud, siempre y cuando tenga una participación mayoritaria en la EPS resultante de la reorganización, no obstante podrá presentarse en las siguientes modalidades:

- Cuando la entidad sin disolverse, previa autorización de la Superintendencia, transfiera en bloq

o varias partes de su patrimonio a una o más entidades existentes o las destine a la creación de un varias entidades, indicará en el plan de reorganización institucional que presenta para aprobación Superintendencia, a cuál entidad se le cederá el certificado de funcionamiento o la habilitación y, ende, a sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud c de Beneficios.

– Cuando la entidad se disuelva sin liquidarse y divida su patrimonio en dos o más partes, que se transfiera a varias entidades existentes o se destinan a la creación de nuevas entidades, indicará en el plan de reorganización institucional que presenta para aprobación ante la Superintendencia, a cuál entidad se le cederá el certificado de funcionamiento o la habilitación y, por ende, a sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios

En el caso que, tanto la entidad escidente como la beneficiaria de la escisión cuenten con habilitación para funcionamiento como EPS, se conservará la habilitación que posea la beneficiaria. En este caso el EPS escidente podrá ceder sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios, a la Entidad Promotora de Salud beneficiaria del proceso de reorganización institucional.

En todo caso, la entidad que cede sus afiliados deberá realizar simultáneamente la cesión de sus activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, y la entidad beneficiaria no podrá dejar de cumplir las obligaciones que derivan de los contratos de aseguramiento y de prestación de servicios suscritos por la entidad escidente, así como el plazo para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia que trata el artículo 9o del Decreto 2702 de 2014 y sus modificaciones.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá especial vigilancia y control sobre las EPS objeto del proceso de escisión, a fin de garantizar el aseguramiento y la efectiva prestación del servicio público esencial de salud, a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las entidades participantes en el proceso de escisión.

En lo relativo a la cesión de los acuerdos de voluntades celebrados entre la(s) EPS participante(s) en el proceso de escisión y su red de prestadores, estas deberán sujetarse a lo establecido en el artículo 9o subsiguientes del Código del Comercio^[1].

Antes de la presentación del plan de reorganización institucional a la Superintendencia Nacional de Salud, y cuando las entidades participantes de la escisión se dediquen a la misma actividad económica y participen en la misma cadena de valor, y además cumplan con alguna de las dos condiciones establecidas en el artículo 9o de la Ley 1340 de 2009, deberán informar a la Superintendencia de Industria y Comercio para la correspondiente aprobación previa de que trata el mencionado artículo sobre las operaciones que proyecten llevar a cabo para efectos de escindirse, salvo que en conjunto cuenten con menos del 20% del mercado relevante, caso en el cual deberán únicamente notificarlo.

1.3. Proyecto del plan de reorganización institucional de escisión

Para el estudio del plan de reorganización institucional de escisión de las EPS, este deberá estar suscrito por los representantes legales de cada una de las entidades participantes, y presentado personalmente por conducto de apoderado ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el llenado de los siguientes requisitos:

1.3.1. Requisitos generales

- El nombre y NIT de las entidades que participen en la escisión.
- Los motivos de la escisión y las condiciones en que se realizará.
- Copia del acta, acuerdo o documento equivalente en el cual se acredite la discusión y aprobación del plan de reorganización institucional por parte de la junta de socios, asamblea de accionistas, o quien haga sus veces, de las entidades que participen en la escisión.
- En el caso de creación de nuevas entidades, los estatutos de la misma.
- La opción que se ofrecerá a los tenedores de bonos (cuando aplique).
- Estados financieros de las entidades que no sean EPS y que participen en el proceso de escisión debidamente certificados y acompañados de un dictamen emitido por el revisor fiscal y en su defecto por contador público independiente.
- La fecha a partir de la cual las operaciones de las entidades que se disuelven deben considerarse realizadas para efectos contables, por cuenta de la entidad o entidades absorbentes. Dicha estipulación solo produce efectos entre las entidades participantes en la escisión y entre los respectivos socios, accionistas o miembros.
- Modelo de atención para la prestación de los servicios de salud ajustado con la caracterización de la población que recibe. Dicho modelo deberá venir acompañado de todos los procesos, procedimientos, manuales y demás documentos que se mencionen en el modelo de atención.
- Un ejemplar del diario de amplia circulación nacional a través del cual los representantes legales de las entidades intervinientes en la fusión hayan dado a conocer al público la aprobación del compromiso. Este aviso deberá contener: i) los nombres de las compañías participantes, sus domicilios y el capital social, o el suscrito y el pagado; ii) el valor de los activos y pasivos de las entidades participantes en el proceso de fusión; iii) la síntesis del anexo explicativo de los métodos de evaluación utilizados y la participación que los socios de la entidad absorbida tendrán en el capital de la entidad absorbente o nueva entidad.
- Copia del acto administrativo expedido por la Superintendencia de Industria y Comercio que autoriza la concentración proyectada, cuando aplique, en cumplimiento de los artículos 90 y ss. de la Ley 1437 de 2009.

Este requisito podrá ser allegado hasta antes que se cumpla el término de que trata la presente Circular para que la Superintendencia Nacional de Salud resuelva la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional y, en el caso que el solicitante no pueda entregar este documento por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio, informará de esa situación a esta Entidad para suspender los términos.

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 74 de la Constitución Política, el artículo 24 de la Ley 1437 de 2011 y el artículo 20 de la Ley 1712 de 2014, y con el objeto de salvaguardar la reserva de confidencialidad que pueda predicarse de los documentos o la información aportada con la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional, las empresas solicitantes deberán precisar los documentos o folios sobre los cuales exista norma legal de reserva o confidencialidad. Para ello deberán presentar dentro del Proyecto del Plan de Reorganización un documento contentivo de la información sobre la cual se reserva, desarrollando una justificación, así sea sumaria, del por qué el documento ostenta tal calidad para no recibir tratamiento de carácter público.

La Superintendencia Nacional de Salud deberá incluir la justificación en el expediente público, y otro expediente de carácter reservado en el que se incluirán los documentos completos aportados solicitud.

Lo anterior, sin perjuicio que la Superintendencia Nacional de Salud pueda objetar el carácter reservado de los documentos que se indiquen en la solicitud, cuando no se consideren reservados conforme Constitución Política o la ley.

La información reservada que reciba la Superintendencia Nacional de Salud no podrá ser compartida salvo que medie autorización expresa del titular de la misma, o alguna de las excepciones previstas en la normativa aplicable a la materia.

1.3.1.1. Anexos requisitos generales

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

– Relación de afiliados que se van a ceder, en los términos del numeral 87.2 del artículo [87](#) del Decreto 2353 de 2015 de acuerdo a la siguiente estructura:

<Consultar cuadro directamente en la Circular [8](#) de 2016>

– Relación de activos y pasivos que se van a ceder, en los términos del numeral 87.2 del artículo [87](#) del Decreto 2353 de 2015 de acuerdo a la siguiente estructura:

<Consultar cuadro directamente en la Circular [8](#) de 2016>

– Relación de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios que se van a ceder, en los términos del numeral 87.2 del artículo [87](#) del Decreto 2353 de 2015 de acuerdo a la siguiente estructura:

<Consultar cuadro directamente en la Circular [8](#) de 2016>

– El reparto entre los socios, accionistas o miembros de la entidad escidente, de las cuotas, acciones o partes de interés que les corresponderán en las entidades beneficiarias, junto con la certificación por parte del representante legal de la entidad beneficiaria del cumplimiento del porcentaje de participación de que trata el numeral 87.1 del artículo [87](#) del Decreto 2353 de 2015, con explicación de los métodos de evaluación utilizados de acuerdo a la siguiente estructura:

Nota: Se debe presentar la relación de socios o accionistas de las participantes en el proceso de escisión, así como de la entidad resultante

<Consultar cuadro directamente en la Circular [8](#) de 2016>

1.3.2. Requisitos Específicos - Decreto [2702](#) de 2014

Con el plan de reorganización institucional, deberá acompañarse un programa de cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto [2702](#) de 2014 y de sus modificaciones. Este programa de cumplimiento debe contener también el programa de capitalización y/o formulación del cubrimiento de defecto resultante del proceso de escisión, el cual debe remitirse en archivo pdf.

En todo caso, el programa de cumplimiento debe incluir la metodología de cálculo de las reservas técnicas, así como las bases de datos utilizadas y los resultados.

Adicionalmente, se debe describir la estructura de las bases de datos que hacen parte de los anexos de este numeral.

1.3.2.1. Anexos Requisitos Específicos Decreto [2702](#) de 2014

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

- El balance consolidado y estado de resultados de la entidad beneficiaria siguiendo la estructura del Anexo Técnico 001 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que lo modifiquen.
- Otros conceptos financieros, reservas técnicas e inversiones, siguiendo la estructura de los Anexos Técnicos 166, 167 y 168 respectivamente, de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que la modifiquen.

Nota: Si la entidad aplica las Normas Internacionales de Información Financiera, se debe utilizar la estructura del Anexo Técnico 172 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que lo modifiquen, en vez del 166 mencionado anteriormente. Adicionalmente debe enviar políticas y revelaciones en la aplicación de Normas Internacionales de Información Financiera de la Entidad donde se describan los conceptos incluidos en el Archivo Técnico 172.

- Proyecciones del Balance General, del Estado de Resultados y del Presupuesto de la entidad beneficiaria por los años que restan para el cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto [2702](#) de 2014. Estas proyecciones deben estar acompañadas de todos los análisis realizados y sustentación de cada una de las cifras, debidamente formulados.

1.4. Trámite al interior de la Superintendencia Nacional de Salud

Radicada la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Escisión, la Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de treinta (30) días hábiles para su aprobación mediante acto administrativo debidamente motivado.

Cuando la Superintendencia constate que la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Escisión está incompleta, requerirá al solicitante dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de radicación para que la complete en el término máximo de un (1) mes. Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento, salvo que antes del plazo concedido solicite prórroga hasta por un término igual. A partir del día siguiente en que el interesado aporte los documentos faltantes, se iniciará el término para resolver la solicitud, según lo previsto en el artículo [17](#) de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo [1](#)o de la Ley 1755 de 2014 o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

En el caso de tratarse del cumplimiento del requisito de aprobación previa de que tratan los artículos 17 y s.s. de la Ley 1340 de 2009, por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio la suspensión señalada en el párrafo anterior, podrá prolongarse hasta por un término máximo de sesenta (60) días hábiles.

1.5. Acto administrativo que autoriza el Plan de Reorganización Institucional de Escisión.

Mediante acto administrativo la Superintendencia Nacional de Salud decidirá sobre la aprobación del plan de reorganización institucional, dentro del cual se encuentra la solicitud de aprobación de reorganización estatutaria y la solicitud de aprobación de la cesión de afiliados, activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de reorganización.

beneficios, en los términos de la petición presentada.

También en dicho acto administrativo se incluirá la obligación de las entidades intervinientes de formalizar la aprobación del plan de reorganización institucional mediante escritura pública registrada en la Cámara de Comercio o la entidad encargada del registro respectivo, dentro del término señalado en el acto administrativo correspondiente, so pena de la imposición de las sanciones correspondientes al incumplimiento de las instrucciones y órdenes impartidas por esta Superintendencia.

Igualmente, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del Acto Administrativo al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándole copia de la misma, advirtiéndole que contra ella procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro del término previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Así mismo se ordenará comunicar la decisión al Ministerio de Salud y Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga o a quienes haga sus veces.

Si una vez revisado el plan de reorganización institucional, este no cumple con lo establecido en el artículo 87 del Decreto 2353 de 2015 y en la presente Circular, se rechazará la solicitud mediante acto administrativo debidamente motivado.

1.6. Perfeccionamiento y efectos de la escisión.

Una vez aprobado el plan de reorganización institucional de escisión por la Superintendencia Nacional de Salud, los representantes legales de las entidades intervinientes deberán elevarlo a Escritura Pública que contendrá los estatutos de la nueva entidad o las reformas que se introducen a los estatutos de los existentes. Igualmente, en ella deberán protocolizarse los siguientes documentos:

- El acta o actas de las entidades participantes en que conste el acuerdo de escisión.
- La aprobación del plan de reorganización institucional de escisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (acto administrativo).
- Los estados financieros certificados y dictaminados, de cada una de las entidades participantes, hayan servido de base para la escisión.

Hasta tanto se perfeccione la cesión de la habilitación a la entidad beneficiaria, la escidente debe seguir garantizando, en todo caso, la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados.

Copia de la Escritura Pública en cita se registrará en la Cámara de Comercio, o la entidad encargada del registro respectivo, correspondiente al domicilio social de cada una de las entidades participantes en el proceso de escisión.

Una vez inscrita en el registro pertinente la escritura a que se refiere el párrafo anterior, operará en favor de las entidades intervinientes en la escisión y frente a terceros la transferencia de los activos, pasivos, afiliados, habilitación o autorización y contratos asociados a la prestación de servicios de salud de la escidente a la beneficiaria, sin perjuicio de lo previsto en materia contable.

Efectuado el registro de la escritura pública correspondiente, las entidades intervinientes deberán presentar a esta Superintendencia copia de la escritura pública y la constancia de su registro, a más tardar dentro de los quince (15) días siguientes a dicho trámite.

Perfeccionada la escisión se dará aviso al público de tal circunstancia en un diario de amplia circulación, el cual se publicará por tres (3) veces, con intervalos de cinco (5) días, tal y como lo prenumeral 6 del artículo [71](#) del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

2. FUSIÓN DE EPS

2.1. Concepto de Fusión

Habrà fusión cuando una o más entidades se disuelvan, sin liquidarse, para ser absorbidas por otra para crear una nueva.

La absorbente o la nueva compañía adquirirá los derechos y obligaciones de la entidad o entidad disueltas al formalizarse el acuerdo de fusión.

De acuerdo con lo anterior, la Fusión constituye una operación para unificar inversiones y criterios comerciales de dos compañías de una misma rama o de objetivos compatibles.

Son características de la Fusión:

- La desaparición de la entidad aportante o absorbida.
- La atribución de nuevos derechos sociales a los asociados de las entidades desaparecidas.
- Transmisión de la universalidad de los bienes de la entidad absorbida a la entidad absorbente.
- Los accionistas, asociados o socios de la entidad absorbida devienen en socios o miembros de la absorbente.

Clasificación de las Fusiones. La Fusión puede ser de dos tipos:

1. Fusión Pura o Fusión por Asociación: Dos o más compañías se unen para constituir una nueva, se disuelven, pero no se liquidan.
2. Fusión por Absorción: Una entidad absorbe a otra u otras entidades que también se disuelven, se liquidan.

Estas asociaciones o fusiones en ningún caso podrán significar incrementos en los costos administrativos o nuevos pasos en el proceso de intermediación de los recursos.

2.2. Consideraciones previas a la Fusión

Al surtir la fusión, se da origen a una nueva EPS que recibirá el certificado de funcionamiento o habilitación, los afiliados, activos, pasivos y los contratos asociados a la prestación de servicios del Plan de Beneficios por parte de la entidad disuelta o absorbida, previa aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud, siempre y cuando tenga una participación mayoritaria en la resultante de la reorganización, no obstante podrá presentarse las siguientes modalidades:

- En el evento que la entidad absorbente se encuentre habilitada para operar como EPS dentro de SGSSS, se conservará su respectiva habilitación o certificado de funcionamiento, debiéndose informar de esta circunstancia ante esta Superintendencia en el respectivo Plan de Reorganización institucional. En este caso, la(s) EPS absorbida(s) cederá(n) sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios a la absorbente.
- En el evento que varias EPS decidan fusionarse en una sola entidad nueva o sean absorbidas por

entidad vigente, les corresponderá informar a esta Superintendencia en el respectivo Plan de Reorganización institucional, cuál de los certificados de funcionamiento o habilitación será objeto de cesión en favor de la nueva entidad o de la absorbente y cómo se llevará a cabo el procedimiento de cesión de los afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud. El Plan de Beneficios de todas las entidades participantes del proceso de fusión.

Hasta tanto se perfeccione la cesión de la habilitación a la entidad absorbente o nueva entidad, la absorbida o disuelta deberá seguir garantizando la continuidad del aseguramiento y la prestación de servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados.

La entidad que cede sus afiliados deberá realizar simultáneamente la cesión de sus activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud y su plan de beneficios, y la entidad beneficiaria no podrá dejar de cumplir las obligaciones que se derivan de los contratos de aseguramiento y de prestación de servicios suscritos por la entidad disuelta o absorbente, así como el plazo para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de que trata el artículo 9o del Decreto 2702 de 2014 y sus modificaciones.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá especial vigilancia y control sobre las entidades participantes del proceso de fusión o asociación, a fin de garantizar el aseguramiento y la efectiva prestación de servicio público esencial de salud, a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las entidades en proceso de fusión o asociación.

En lo relativo a la cesión de los acuerdos de voluntades celebrados entre la(s) EPS participante(s) en el proceso de fusión y su red de prestadores, esta operación por tener una regulación propia no requiere ajustarse al procedimiento previsto en los artículos 887 y siguientes del Código de Comercio, y por lo tanto la sola fusión es título suficiente para la cesión de los mismos[2].

Antes de la presentación del plan de reorganización institucional a la Superintendencia Nacional de Salud, y cuando las entidades participantes de la fusión se dediquen a la misma actividad económica, participen en la misma cadena de valor, y además cumplan con alguna de las dos condiciones establecidas en el artículo 9o de la Ley 1340 de 2009 deberán informar a la Superintendencia de Industria y Comercio para la correspondiente aprobación previa, sobre las operaciones que proyectan llevar a cabo para efectos de fusionarse, salvo que en conjunto cuenten con menos del 20% del mercado relevante, caso en el cual deberán únicamente notificarle.

2.3. Proyecto del Plan de Reorganización Institucional de Fusión

Para el estudio del plan de reorganización institucional de fusión de las EPS, este deberá suscribirlo los representantes legales de cada una de las entidades participantes, y presentarse personalmente o por conducto de apoderado ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el llenado de los siguientes requisitos:

2.3.1. Requisitos Generales:

- El nombre y NIT de las entidades que participen en la fusión;
- Los motivos de la proyectada fusión y las condiciones en que se realizará;
- Copia de la convocatoria a la junta de socios, asamblea de accionistas, o quien haga sus veces, o cualquier otro documento que conste el punto referente a la fusión y la posibilidad que tienen los socios, accionistas o miembros ausentes o disidentes de ejercer el derecho de retiro en las circunstancias previstas por la ley.

- Copia del acta, acuerdo o documento equivalente en el cual se acredite la discusión y aprobación del plan de reorganización institucional y del compromiso respectivo, por parte de la junta de socios, asamblea de accionistas, o quien haga sus veces, con el quórum previsto en los estatutos por las entidades que participen en la fusión.
- En esta misma acta, acuerdo o documento equivalente, se deberá acreditar el cumplimiento de lo establecido en el numeral 87.1 del artículo [87](#) del Decreto 2353 de 2015, esto es, que la entidad o entidades absorbidas o disueltas que ceden sus afiliados tengan una participación mayoritaria en la entidad resultante de la reorganización.
- Certificación de los representantes legales de las compañías en las que conste que el proyecto de acuerdo de fusión estuvo a disposición de los socios en las oficinas del domicilio principal donde funcione la administración de la entidad, por lo menos durante los quince (15) días hábiles anteriores a la reunión en la que se decidió llevar a cabo la fusión.
- En el caso de creación de una entidad, los estatutos de la misma.
- Copias certificadas de los balances generales de las entidades participantes, que no sean EPS.
- La opción que se ofrecerá a los tenedores de bonos (si los hubiere).
- Estados financieros consolidados de las entidades que no sean EPS y que participen en el proceso de fusión debidamente certificados y acompañados de las notas de los estados financieros y de un dictamen emitido por el revisor fiscal o en su defecto por un contador público independiente.
- Modelo de atención para la prestación de los servicios de salud ajustado con la caracterización de la población que recibe. Dicho modelo deberá venir acompañado de todos los procesos, procedimientos manuales y demás documentos que se mencionen en el modelo de atención.
- Un ejemplar del diario de amplia circulación nacional a través del cual los representantes legales de las entidades intervinientes en la fusión hayan dado a conocer al público la aprobación del compromiso. Este aviso deberá contener: i) los nombres de las compañías participantes, sus domicilios y el capital social, o el suscrito y el pagado; ii) el valor de los activos y pasivos de las entidades participantes en el proceso de fusión; iii) a síntesis del anexo explicativo de los métodos de evaluación utilizados y la participación que los socios de la entidad absorbida tendrán en el capital de la entidad absorbente o la nueva entidad;
- Se deberá allegar los datos y cifras, tomados de los libros de contabilidad de las entidades que no sean EPS y que participen en el proceso de fusión, que hubieren servido de base para establecer las condiciones en que se realizará esta reorganización;
- El avalúo de aportes en especie que haya de recibir la absorbente o la nueva entidad (Si los hubiere).
- Copia del acto administrativo expedido por la Superintendencia de Industria y Comercio que autoriza la concentración proyectada, cuando aplique, en cumplimiento de los artículos [90](#) y s.s. de la Ley 1472 de 2009.

Este requisito podrá ser allegado hasta antes que se cumpla el término de que trata la presente Circular, para que la Superintendencia Nacional de Salud resuelva la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional y, en el caso que el solicitante no pueda entregar este documento por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio, informará de esa situación a esta Entidad para suspender los términos.

En cumplimiento de lo previsto en el artículo [74](#) de la Constitución Política, el artículo [24](#) de la Ley 1437 de 2011 y el artículo [20](#) de la Ley 1712 de 2014, y con el objeto de salvaguardar la reserva de los documentos o la información aportada con la solicitud de aprobación del reorganización institucional, las empresas solicitantes deberán precisar los documentos o folios sobre los cuales exista norma legal de reserva o confidencialidad. Para ello deberán presentar dentro del Proyecto del Plan de Reorganización un documento contentivo de la información sobre la cual se reserva, desarrollando una justificación, así sea sumaria, del por qué el documento ostenta tal calidad pena de recibir tratamiento de carácter público.

La Superintendencia Nacional de Salud deberá incluir la justificación en el expediente público, y otro expediente de carácter reservado en el que se incluirán los documentos completos aportados con la solicitud.

Lo anterior, sin perjuicio que la Superintendencia Nacional de Salud pueda objetar el carácter reservado de los documentos que se indiquen en la solicitud, cuando no se consideren reservados conforme a la Constitución Política o la Ley.

La información reservada que reciba la Superintendencia Nacional de Salud no podrá ser compartida salvo que medie autorización expresa del titular de la misma, o alguna de las excepciones previstas en la normativa aplicable a la materia.

2.3.1.1. Anexos Requisitos Generales

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

- Relación de afiliados que se van a ceder, en los términos del numeral 87.2 del artículo [87](#) del Decreto 2353 de 2015 de acuerdo con la siguiente estructura:

<Consultar cuadro directamente en la Circular [8](#) de 2016>

- Relación de activos y pasivos de las entidades que serán absorbidas, y de la absorbente o resultante, en los términos del numeral 87.2 del artículo [87](#) del Decreto 2353 de 2015 de acuerdo a la siguiente estructura:

<Consultar cuadro directamente en la Circular [8](#) de 2016>

- Relación de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios que se van a ceder, en los términos del numeral 87.2 del artículo [87](#) del Decreto 2353 de 2015 de acuerdo a la siguiente estructura:

<Consultar cuadro directamente en la Circular [8](#) de 2016>

- El intercambio de partes de interés, cuotas de acciones que implicará la fusión, de acuerdo a la siguiente estructura:

Nota: Se debe presentar la Relación de Socios o accionistas de las entidades absorbidas y de la absorbente o resultante.

<Consultar cuadro directamente en la Circular [8](#) de 2016>

2.3.2. Requisitos Específicos - Decreto 2702 de 2014

Con el plan de reorganización institucional de fusión, deberá acompañarse un programa de cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto [2702](#) de 2014 y de sus modificaciones. Este programa de cumplimiento debe contener también el programa de capitalización y/o formulación del cubrimiento del defecto resultante del proceso de fusión, el cual debe remitir en archivo pdf.

En todo caso, el programa de cumplimiento debe incluir la metodología de cálculo, así como las bases de datos utilizadas y los resultados de las reservas técnicas.

Adicionalmente, se debe describir la estructura de las bases de datos que hacen parte de los anexos de este numeral.

2.3.2.1. Anexos Requisitos Específicos Decreto [2702](#) de 2014

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

- El balance consolidado y estado de resultados de la entidad beneficiaria siguiendo la estructura del Anexo Técnico 001 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que lo modifiquen.
- Otros conceptos financieros, reservas técnicas e inversiones, siguiendo la estructura de los Anexos Técnicos 166, 167 y 168 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que lo modifiquen.

Nota: Si la entidad aplica las Normas Internacionales de Información Financiera, se debe utilizar la estructura del Anexo Técnico 172 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que lo modifiquen, en vez del 166 mencionado anteriormente. Adicionalmente debe enviar políticas y revelaciones en la aplicación de Normas Internacionales de Información Financiera de la Entidad donde se describan los conceptos incluidos en el Archivo Técnico 172.

- Proyecciones del Balance General, del Estado de Resultados y del Presupuesto de la entidad absorbente o nueva compañía por los años que restan para el cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto [2702](#) de 2014. Estas proyecciones deben estar acompañadas de los análisis realizados y sustentación de cada una de las cifras, en cuadros Excel debidamente formulados.

2.4. Trámite al interior de la Superintendencia Nacional de Salud

Radicada la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Fusión, la Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de treinta (30) días hábiles siguientes para su aprobación mediante acto administrativo debidamente motivado.

Cuando la Superintendencia constate que la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Fusión está incompleta, requerirá al solicitante dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de radicación para que la complete en el término máximo de un (1) mes. Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento, salvo que antes del plazo concedido solicite prórroga hasta por un término igual. A partir del día siguiente en que el interesado aporte los documentos faltantes, se iniciará el término para resolver la solicitud, según lo previsto en el artículo [17](#) de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo [10](#) de la Ley 1755 de 2014 o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

En el caso de tratarse del cumplimiento del requisito de aprobación previa de que trata los artículos

s.s. de la Ley 1340 de 2009, por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio suspensión señalada en el párrafo anterior, podrá prolongarse hasta por un término máximo de seis meses.

2.5. Acto administrativo que autoriza el Plan de Reorganización Institucional de fusión

Mediante acto administrativo la Superintendencia Nacional de Salud decidirá sobre la aprobación del plan de reorganización institucional, dentro del cual se encuentra la solicitud de aprobación de reestatutaria y la solicitud de aprobación de la cesión de afiliados, activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan beneficios, en los términos de la petición presentada.

También en dicho acto administrativo se incluirá la obligación de las entidades intervinientes de formalizar la aprobación del plan de reorganización institucional mediante escritura pública registrada en la Cámara de Comercio o la entidad encargada del registro respectivo, dentro del término señalado en el acto administrativo correspondiente, so pena de la imposición de las sanciones correspondientes al incumplimiento de las instrucciones y órdenes impartidas por esta Superintendencia.

Igualmente, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del Acto Administrativo al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándole copia de la misma, advirtiéndole que contra ella procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro de la oportunidad prevista en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Así mismo se ordenará comunicar la decisión al Ministerio de Salud y Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga o a quienes haga sus veces.

La escritura deberá inscribirse en el registro mercantil de la Cámara de Comercio o la entidad encargada del registro respectivo del domicilio social de cada una de las entidades participantes.

Si revisado el plan de reorganización institucional este no cumple con lo establecido en el artículo 10 del Decreto 2353 de 2015 y en la presente Circular, se rechazará la solicitud mediante acto administrativo debidamente motivado.

2.6. Perfeccionamiento de la Fusión

Una vez aprobado el plan de reorganización institucional de fusión por la Superintendencia Nacional de Salud, los representantes legales de las entidades intervinientes deberán elevarlo a Escritura Pública que contendrá los estatutos de la nueva entidad o las reformas que se introducen a los estatutos de las existentes. Igualmente, en ella deberán protocolizarse los siguientes documentos:

- El acta o actas de las entidades participantes en que conste el acuerdo de fusión.
- La aprobación del plan de reorganización institucional de fusión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (acto administrativo).
- Los estados financieros certificados y dictaminados, de cada una de las entidades participantes, hayan servido de base para la fusión.

Hasta tanto se perfeccione la cesión de la habilitación a la nueva entidad o entidad absorbente, la disuelta o absorbida deberá seguir garantizando, en todo caso, la continuidad del aseguramiento y prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados.

Copia de la Escritura Pública en cita se registrará en la Cámara de Comercio, o la entidad encargada del registro respectivo, correspondiente al domicilio social de cada una de las entidades participantes en el proceso de fusión.

Una vez inscrita en el registro pertinente la escritura a que se refiere el párrafo anterior, operará en favor de las entidades intervinientes la fusión y frente a terceros la transferencia en los activos, pasivos, usuarios, contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios de la disuelta o absorbida a la nueva entidad o entidad absorbente, sin perjuicio de lo previsto en materia contable.

Efectuado el registro de la escritura pública correspondiente, las entidades intervinientes deberán presentar a esta Superintendencia copia de la escritura registrada y constancia del registro respectivo, a más tardar dentro de los quince (15) días siguientes al registro.

Perfeccionada la fusión se dará aviso al público de tal circunstancia en un diario de amplia circulación nacional, el cual se publicará por tres (3) veces, con intervalos de cinco (5) días, tal y como lo prevé el numeral 6 del artículo [71](#) del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

CAPÍTULO QUINTO. <sic VI>

MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD.

<Capítulo adicionado por la Circular [11](#) de 2013. El nuevo texto es el siguiente:> Son un conjunto de acciones coordinadas tendientes a garantizar la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicio de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cualquier régimen al que pertenezca, cuando se presente ausencia de aseguradoras por el retiro voluntario o la revocatoria de la autorización de funcionamiento o habilitación de la o las Entidades Promotoras de Salud que operen en una determinada jurisdicción.

Las medidas para garantizar el aseguramiento se dirigen esencialmente a superar los riesgos de interrupción del aseguramiento que pudieren afectar a la población perteneciente al Régimen Subsidiado o Contributivo.

El Gobierno Nacional mediante Decreto número 1703 de 2002, artículo [39](#) y el Decreto número [05](#) de 2007, estableció los mecanismos tendientes a garantizar la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicio de salud a los afiliados y beneficiarios del Régimen Contributivo, en los municipios en los que la población con capacidad de pago no cuente con oferta de aseguradoras en dicho régimen.

Por su parte el Decreto número [633](#) de 2012, modificado por el Decreto número [1955](#) de 2012, fijó el procedimiento para garantizar la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicio público de salud en el Régimen Subsidiado cuando se presente el retiro voluntario o la revocatoria de la autorización de funcionamiento de las EPS que operen en una determinada jurisdicción (art. [1](#)o D. 633/2012).

En consecuencia las medidas para garantizar el aseguramiento en los dos regímenes se sujetarán a las siguientes reglas:

1. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. <Capítulo adicionado por la Circular [11](#) de 2013. El nuevo texto es el siguiente:>

1.1. Objeto y ámbito de aplicación Acorde con lo señalado en el artículo [39](#) del Decreto número 1703 de 2002 frente a la inexistencia de aseguradoras, es decir en los municipios en los que la población con capacidad de pago no cuente con oferta de aseguradoras en el régimen contributivo, la Superintendencia Nacional de Salud designará una EAPB del régimen subsidiado con cobertura en el respectivo municipio, para

administre el régimen contributivo de esa población en forma excepcional y transitoria mientras se dicha situación. Lo anterior sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud adelante las acciones para vincular a las entidades promotoras de salud, EPS del régimen contributivo en aquellas regiones, en donde les ha sido autorizada cobertura y no exista la oferta respectiva.

1.2. Criterios para la designación de la EAPB receptora La Superintendencia Nacional de Salud, con propósito designar la EAPB receptora de los afiliados del Régimen Contributivo, tendrá en cuenta los siguientes criterios:

1.2.1. La EAPB a seleccionar no debe estar incurso en medida especial o de intervención que le impida la recepción de nuevos usuarios.

1.2.2. La EAPB debe contar con capacidad autorizada disponible para la afiliación de nuevos usuarios en el respectivo municipio.

1.2.3. Cuando la EAPB a seleccionar es la única con autorización para funcionar en el municipio, es obligada a recibir los usuarios y la Superintendencia Nacional de Salud procederá a ampliar de manera temporal la capacidad de afiliación de ella, en un término máximo de 5 días hábiles, y se mantendrá tanto persista la situación.

1.2.4. Cuando en el municipio se encuentren operando otras EAPB, pero ninguna cuente con capacidad de afiliación, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará los indicadores de calidad de cada una de ellas y optará por la que se encuentre en mejores condiciones Técnico Administrativas, Financieras y de Calidad de la Prestación de Servicios de Salud.

1.3. Procedimiento

El procedimiento a aplicar para el traslado excepcional de los afiliados será el que corresponda de acuerdo con lo establecido en el Decreto número [055](#) de 2007.

2. RÉGIMEN SUBSIDIADO. <Capítulo adicionado por la Circular [11](#) de 2013. El nuevo texto es el siguiente:>

2.1. Objeto y ámbito de aplicación Acorde con lo señalado en el Decreto [633](#) de 2012 y el Decreto 1955 de 2013, las medidas para garantizar la continuidad del aseguramiento se dirigen esencialmente a superar los riesgos de aseguramiento que pudieren afectar a la población perteneciente al régimen subsidiado, cuando se presente el retiro voluntario o la revocatoria de la autorización de funcionamiento de la Entidad o Entidades Promotoras de Salud que operen en una determinada jurisdicción, sin que existan otras EAPB en condiciones de asegurar a esta población.

2.2. Modalidad de las medidas Las medidas reguladas por el Gobierno Nacional son las siguientes:

2.2.1. A cargo de la Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud autorizará por un término de seis (6) meses, prorrogable por un término igual las Alianzas entre Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y entidades promotoras territoriales. Las alianzas son acuerdos de colaboración que deberán ser sometidos a autorización por esta Superintendencia y presentados por todos los partícipes de la misma, en documento que contenga la siguiente información básica:

-- Una justificación de la conformación de la Alianza que identifique en forma clara, precisa y documentada las circunstancias que colocan en riesgo de aseguramiento a la población del régimen subsidiado de

jurisdicción donde la Alianza espera operar.

-- Una descripción básica del proyecto de Alianza que contenga los componentes administrativos, financieros y económicos sobre los cuales funcionará el proyecto de Alianza.

Este ítem debe contener una descripción detallada de la red de prestadores con que contará el proyecto.

-- La determinación del término de duración de la Alianza y los efectos que se producirán para los usuarios al momento de su terminación.

-- Copia de las actas del órgano de dirección, o el que fuere competente, de las entidades participantes en la Alianza, mediante las cuales se apruebe el proyecto de alianza y se confieran facultades al representante para solicitar su aprobación y de ser aprobada proceder a su celebración.

En segundo lugar la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar la operación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo interesadas en garantizar la continuidad de la afiliación de la población del régimen subsidiado. Para tales efectos la EPS someterá a aprobación de la Superintendencia un Proyecto de Operación que contenga la siguiente información básica:

-- Una justificación del proyecto de operación que identifique en forma clara, precisa y documentada las circunstancias que colocan en riesgo de aseguramiento a la población del régimen subsidiado de la jurisdicción donde espera operar.

-- Una descripción básica del proyecto que contenga los componentes administrativos, financieros y económicos sobre los cuales funcionará el proyecto. Este ítem debe contener una descripción detallada de la red de prestadores con que contará el proyecto.

-- La determinación del término de duración de la operación y un plan de desmanteamiento que evite el impacto en la atención de la población asegurada.

-- Copia de las actas del órgano de dirección, o el que fuere competente, mediante las cuales se aprueba el proyecto de operación y se confieran facultades al representante para solicitar su aprobación ante la Superintendencia.

La Superintendencia Nacional de Salud en un término máximo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la presentación de la solicitud de que tratan los literales a) y b), deberá aprobar la ampliación de capacidad de afiliación y establecer un plazo para el cumplimiento de los requisitos financieros por la alianza entre Entidades Promotoras de Salud y la Entidad Territorial, o de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo (parágrafo 1o art. 2o. D. 633/2012 Mod. art. 2o. D. 1955/2012).

La prórroga aplicable a estas medidas se aplicará tanto a aquellas alianzas o Entidades Promotoras de Salud que se encuentren autorizadas o que se autoricen a partir de la entrada en vigencia del presente decreto (parágrafo 3o art. 2o D. 633/2012 Mod. art. 2o D. 1955/2012).

2.2.2. A cargo de la Entidad Territorial

La Entidad Territorial, con jurisdicción en el lugar donde opere una EPS con medida de vigilancia especial impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, podrá realizar la asignación excepcional de afiliados a las Entidades Promotoras de Salud con vigilancia especial, impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, siempre que cuente con concepto previo de la Superintendencia Nacional de Salud, demostrando la recuperación en los resultados de su plan de acción y sostenibilidad en los indicadores de permanencia financiera (num. 2 art. 3o D. 633/2012 Mod. art. 3o D. 1955/2012).

Durante el término de ejecución de las anteriores medidas, se entienden suspendidos los traslados voluntarios por cumplimiento del tiempo de permanencia en una misma Entidad Promotora de Salud, tanto en la jurisdicción respectiva se restablezca la pluralidad de entidades aseguradoras, que haga ejercicio del derecho de libre elección de los afiliados. Restablecida esta situación, la entidad territorial informará a los afiliados para que puedan ejercer su derecho (parágrafo 2o art. [2o](#) D. 633/2012 Mod. D. 1955/2012).

2.3. Procedimiento La aplicación de las medidas descritas se sujetará al procedimiento establecido en los Decretos número [633](#) de 2012 modificado parcialmente por el Decreto número [1955](#) de 2012.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por la Circular [11](#) de 2013, 'adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular número [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 48.981 de 21 de noviembre de 2013. Circular de 2013 sustituida en su integridad.
- Numeral 2.1 modificado por la Circular [6](#) de 2013, 'por medio de la cual se modifica el numeral 2.1 de la Circular número [000002](#) de 27 de febrero de 2013', publicada en el Diario Oficial No. 48.898 de 27 de agosto de 2013.
- Capítulo VI adicionado al Título II por la Circular [2](#) de 2013, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 48.718 de 28 de febrero de 2013.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 6 de 2013:

(...)

2.1. <Numeral modificado por la Circular [6](#) de 2013. El nuevo texto es el siguiente:> Toda cesión de activos, pasivos y contratos entre Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, cualquiera sea su régimen o naturaleza jurídica, requerirá la autorización previa de la Superintendencia Nacional de Salud.

De las aprobaciones a los programas de Entidades Promotoras de Salud que administren las Cajas de Compensación Familiar, será informada la Superintendencia de Subsidio Familiar.

(...)

Texto adicionado por la Circular 2 de 2013:

CAPÍTULO SEXTO

Cesión de activos, pasivos y contratos; alianzas y traslados de afiliados entre EAPB, incluyendo los programas en salud de las Cajas de Compensación Familiar

1. Ámbito de competencia de la Superintendencia Nacional de Salud

El artículo [4o](#) numeral 6 del Decreto 1018 de 2007 establece que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud en el marco que determine la ley, la inspección, vigilancia y control de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de cualquier naturaleza. Dentro de esta categoría incluyen las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud y por lo tanto son sujetos de vigilancia por la Superintendencia Nacional de Salud.

Por su parte, el artículo [8o](#), numeral 10, del Decreto 1018 de 2007, establece que es función de la Superintendencia Nacional de Salud, “Autorizar previamente a los sujetos vigilados, de manera general o particular, cualquier modificación a la razón social, sus estatutos, cambios de la composición de propiedad, modificación de su naturaleza jurídica, escisiones, fusiones y cualquier otra modalidad de transformación, así como la cesión de activos, pasivos y contratos”.

En cumplimiento de la Sentencia T-[760](#) de 2008 y con el propósito de dar cabal aplicación al principio de continuidad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Gobierno Nacional adoptó múltiples medidas administrativas encaminadas a garantizar la adecuada, continua y efectiva prestación del servicio público de salud por parte de las EPS, particularmente de aquellas que presentan situaciones que pudieran poner en riesgo el aseguramiento en dichas condiciones y, en especial, cuando ameritaran presenten problemas de liquidez, margen de solvencia y patrimonio mínimo.

Una de tales medidas fue la adopción del Decreto [633](#) de 2012, modificado por el Decreto [1955](#) de 2012, por medio del cual el Gobierno Nacional facultó a la Superintendencia Nacional de Salud a autorizar alianzas entre EPS de ambos regímenes y entidades territoriales, con el fin de impedir que la población afiliada se vea afectada en la continuidad en el aseguramiento de la salud, como consecuencia de complicaciones económicas y financieras, que han llevado a varias de las EPS, si no a perder su autorización de funcionamiento, a operar con medida cautelar de vigilancia especial, limitando su capacidad de afiliación y traslado de población, con un deterioro constante y progresivo.

La autorización para conformar alianzas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene como finalidad garantizar la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicio público de salud a los afiliados de ambos regímenes, en cuanto les permite aunar esfuerzos para garantizar dichos servicios de salud, en condiciones deseadas de calidad y eficiencia.

La figura de alianza entre EPS de cualquiera de los dos regímenes, o entre estas y las entidades territoriales, fue prevista inicialmente por el término de seis (6) meses, pero ante las particulares circunstancias del Sistema, el Decreto [1955](#) de 2012 prorrogó el plazo posible de autorización, en los mismos términos inicialmente concedidos.

El anterior marco jurídico, pone de presente que la Superintendencia Nacional de Salud es competente para autorizar:

- i) La cesión de activos, pasivos y contratos entre EAPB, incluyendo los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar;
- ii) Alianzas entre EAPB, y el eventual traslado de afiliados en el marco de ellas, y
- iii) La creación de personas jurídicas diferentes, de cualquier naturaleza, originadas en estas alianzas. La presente circular establece reglas de carácter general, en el marco de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control, para facilitar la implementación de los mencionados mecanismos jurídicos. Las EPS interesadas en acogerse a las normas desarrolladas en la presente circular, deberán presentar a la Superintendencia Nacional de Salud el respectivo proyecto, para su estudio y autorización específica.

2. Cesión de activos, pasivos y contratos; alianzas y traslados de afiliados entre entidades administradoras de planes de beneficios, incluyendo los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, y/o entidades territoriales.

2.2. Asimismo, las alianzas entre Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, o entre estas y las entidades territoriales, y los eventuales traslados de afiliados entre los integrantes de di

alianzas, requerirán de la autorización previa de la Superintendencia Nacional de Salud.

2.3. Los integrantes de las alianzas podrán, cumplidos los plazos reglamentarios de su duración, constituir una sociedad de cualquier naturaleza, cuya operación inicial se registrará por lo establecido en la presente circular.

2.4. Para llevar a cabo las figuras jurídicas mencionadas en los tres numerales anteriores, se observarán las siguientes reglas:

2.4.1. Facultad de ceder. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) de los regímenes Contributivo y/o Subsidiado, incluyendo los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, por decisión de su máximo órgano directivo, podrán ceder parte o la totalidad de los activos y pasivos, así como los contratos que les hayan dado origen, sujetándose a las reglas de continuación que se indican. La cesión mencionada podrá hacerse a personas jurídicas existentes, públicas o privadas, o realizarse con el fin de crear una nueva entidad administradora de planes de beneficio de salud en el régimen contributivo o subsidiado, con o sin la participación de terceros de cualquier naturaleza.

2.4.2. Procedencia de la cesión. La cesión de activos, pasivos y contratos solo será procedente cuando se establezca que el cesionario cumplirá con las normas sobre margen de solvencia vigentes según las que una vez se produzca la cesión y en el plazo que para el efecto le fije la Superintendencia Nacional de Salud.

2.4.3. Procedimiento. De conformidad con la normatividad vigente, los contratantes cedidos en los negocios jurídicos celebrados intuitu personae con la entidad cedente, deberán expresar su rechazo o aceptación dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación escrita de cesión que le envíe el cedente, enviada a través de correo certificado, a la dirección que figure como su domicilio en los registros de la cedente. De no recibirse respuesta dentro del término fijado se entenderá aceptada la cesión. El rechazo de la cesión o el condicionamiento de la misma por parte del contratante cedido facultará a la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) –incluyendo a los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar- para terminar de forma inmediata y válidamente el contrato sin que haya lugar a indemnización alguna a cargo de la EAPB y a favor de la otra parte, por lo que se procederá a la liquidación correspondiente y a las restituciones mutuas a las que haya lugar. La liquidación del contrato respectivo será realizada por la EAPB dentro de los diez (10) días siguientes al rechazo de la cesión.

2.4.4. Alianzas. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, incluyendo los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, que deseen acogerse a la posibilidad de aliarse, entre ellas y/o con entidades territoriales, en los términos de los Decretos [633](#) de 2012, [19](#) de 2012, la presente circular, y demás normas que las sustituyan o modifiquen, deberán presentar el respectivo proyecto ante Superintendencia Nacional de Salud. El proyecto contendrá, como mínimo, objetivos, justificaciones, situación financiera y proyección de resultados de la alianza.

2.4.5. Creación de una nueva persona jurídica. Los integrantes de la Alianza, cumplidos los términos establecidos en las citadas normas, podrán constituir una nueva persona jurídica, de la naturaleza que mejor se corresponda con la condición jurídica de dichos integrantes, cuyo objeto será desarrollar actividades como Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud.

2.4.6. Situación de los afiliados. Ni la aplicación del proceso de cesión de activos, pasivos y contratos, ni la conformación de las alianzas, ni la implementación de las demás figuras jurídicas enunciadas en la presente circular, cambia la condición de afiliación de los usuarios de las EAPB que participen en

Si una o varias de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), de la participan en el proceso de cesión, o en la alianza ya en operación -incluyendo los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar-, decide voluntariamente retirarse y solicitar la revocatoria de la habilitación, procederá el traslado en bloque de sus afiliados a otra de las EAPB partícipes de la alianza, sin perjuicio del derecho individual a la libre elección, en cumplimiento de la normatividad vigente.

3. Habilitación

La habilitación vigente al momento de perfeccionar la cesión, alianza y traslado de afiliados entre EAPB, otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud a cada una de las EAPB participantes, alguno de los procedimientos enunciados en la presente circular, mantendrá su vigencia en cabeza del nuevo ente jurídico resultante. Ello, sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud, en el ejercicio permanente de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control, verifique periódicamente el cumplimiento cabal de las causales de permanencia de la entidad resultante.

Cuando los integrantes de una alianza en la que participe un programa de salud de una Caja de Compensación Familiar decidan constituirse en una nueva persona jurídica, cuyo objeto sea la Administración de Planes de Beneficios de Salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, tal nueva entidad podrá operar con la habilitación vigente del programa de salud de la Caja de Compensación Familiar. Dentro del año siguiente a la constitución de esa nueva persona jurídica, esta deberá solicitar ante la Superintendencia de Salud su respectivo certificado de habilitación, el cual se tramitará y expedirá de conformidad con las normas vigentes al momento de presentar la solicitud.

Las entidades interesadas en la cesión, alianza o creación de la nueva persona jurídica, deberán presentar, en cada caso, el respectivo proyecto a consideración de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual, en el acto administrativo de aprobación, validará la habilitación vigente, cumpliendo con el término establecido en el parágrafo 1o del artículo 2o del Decreto 633 de 2012 y sus normas complementarias.

CAPÍTULO VII.

CONDICIONES DE LA NOTA TÉCNICA.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por la Circular [20](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen los criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica', publicada en el Diario Oficial No. 49.715 del 10 de diciembre de 2015.

1. DEFINICIÓN. <Numeral adicionado por la Circular [20](#) de 2015. El nuevo texto es el siguiente:

La nota técnica es el documento que contiene todas las características generales, supuestos, y metodologías para el cálculo de las tarifas, reservas técnicas y demás particularidades que se requieran para el aseguramiento en salud. Este documento debe contener todas las variables de tipo actuarial que sean necesarias y suficientes para determinar el equilibrio financiero que debe existir entre los recursos y gastos.

La nota técnica debe describir de manera clara la información, supuestos y metodologías utilizadas

cálculo de las tarifas y las reservas técnicas, de tal forma que un actuario pueda evaluar la validez de metodologías y supuestos utilizados. Las bases de datos, hojas de cálculo y cualquier otra documentación relevante en el cálculo deben presentarse junto con la nota técnica para su aprobación y debe estar a disposición de esta Superintendencia en caso que esta la requiera.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por la Circular [20](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen los criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica', publicada en el Diario Oficial No. 49.715 del 10 de diciembre de 2015.

2. ALCANCE. <Numeral adicionado por la Circular [20](#) de 2015. El nuevo texto es el siguiente:>

2.1. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades adaptadas al sistema general de seguridad en salud, Cajas de Compensación Familiar que operan en cualquiera de los regímenes independientes de naturaleza jurídica y las Organizaciones de Economía Solidaria vigiladas por esta Superintendencia operen en el régimen subsidiado o contributivo, deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud, la nota técnica que describe la metodología de cálculo de las reservas técnicas definidas en el artículo [7o](#) del Decreto 2702 de 2014, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Las mencionadas reservas técnicas deben calcularse para los servicios de salud que hagan parte del obligatorio de salud y las incapacidades que se generen por enfermedad general, de acuerdo con lo establecido en el mencionado Decreto.

Aquellas entidades que adopten la metodología propuesta por esta Superintendencia, descrita en la Resolución [412](#) de 2015, o las normas que la modifiquen o sustituyan, dentro de la nota técnica deben informar que se acogen a la mencionada metodología.

2.2. Las entidades que estén autorizadas para comercializar Planes Complementarios (PAC) deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud, la nota técnica para cada plan y/o producto con la metodología para el cálculo de la tarifa y para el cálculo de reservas técnicas definidas en el artículo [7o](#) del Decreto 2702 de 2014, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Aquellas entidades que para el cálculo de las reservas técnicas adopten la metodología propuesta por esta Superintendencia, descrita en la Resolución [412](#) de 2015, o las normas que la modifiquen o sustituyan, dentro de la nota técnica deberán informar que se acogen a la mencionada metodología.

2.3. Las entidades de medicina prepagada y servicios de ambulancia prepagado deberán presentar a la Superintendencia Nacional de Salud, la nota técnica para cada plan y/o producto, con la metodología para el cálculo de la tarifa.

2.4. Cuando se trate de la autorización de una nueva entidad EPS, empresa de medicina prepagada, de servicios de ambulancia prepagado y EPS que emita planes complementarios, la entidad deberá presentar la nota técnica correspondiente, por parte de esta Superintendencia.

2.5. Cuando se trate de la autorización de un nuevo producto y/o plan de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado o plan complementario, la entidad deberá contar con la aprobación de la nota técnica correspondiente, por parte de esta Superintendencia.

2.6. Para las actualizaciones de tarifa y/o coberturas, de un producto y/o plan de medicina prepagada,

servicio de ambulancia prepago o plan complementario, la entidad presentará la nota técnica correspondiente a esta Superintendencia.

2.7. Cualquier cambio en la metodología de cálculo de las reservas técnicas, en las entidades descri- numerales 2.1 y 2.2, deberá ser remitida a esta Superintendencia para su aprobación, en forma prev utilización.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por la Circular [20](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen los criterios y elementos mínimos que se tener en cuenta para la presentación de la nota técnica', publicada en el Diario Oficial No. 49.715 diciembre de 2015.

3. ELEMENTOS. <Numeral adicionado por la Circular [20](#) de 2015. El nuevo texto es el siguiente:>

3.1. La nota técnica debe presentarse con la terminología y notación actuarial reconocida internacionalmente. Cualquier notación o terminología adicional que se requiera en las metodologías seguidas para la determinación de la tarifa y/o para el cálculo de las reservas técnicas, debe ser explícitamente.

3.2. Los estudios técnicos, actuariales y estadísticos en que sustenten los resultados de la nota técnica ser el producto de la utilización de bases de datos que cumplan exigencias de homogeneidad y representatividad.

3.3. La nota técnica de los productos y/o planes de medicina prepaga, servicio de ambulancia pre plan complementario, debe presentarse junto con la minuta del contrato del respectivo producto y/cual debe ser remitida en medio digital.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por la Circular [20](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen los criterios y elementos mínimos que se tener en cuenta para la presentación de la nota técnica', publicada en el Diario Oficial No. 49.715 diciembre de 2015.

4. REQUISITOS MÍNIMOS. <Numeral adicionado por la Circular [20](#) de 2015. El nuevo texto es el siguiente:>

En la siguiente tabla se detallan los numerales de los requisitos mínimos que deben contener las notas técnicas por cada tipo de Entidad Administradora de Planes de Beneficios:

REQUISITOS MÍNIMOS PARA LAS NOTAS TÉCNICAS

Plan Obligatorio de Salud (excepto EPS Indígenas)	Planes de Atención Complementaria	Medicina Prepaga	Servicio de Ambulancia Prepaga
4.1.	4.1.	4.1.	4.1.
4.2. excepto los subnumerales 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5 y 4.2.8	4.2.	4.2. excepto subnumeral (opcional).	4.2. excepto el 4.2.9 subnumeral (opcional).

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por la Circular [20](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen los criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica', publicada en el Diario Oficial No. 49.715 del 10 de diciembre de 2015.

4.1. IDENTIFICACIÓN DE LA NOTA TÉCNICA. <Numeral adicionado por la Circular [20](#) de 2015. El nuevo texto es el siguiente:>

4.1.1. Nombre y código de la entidad.

4.1.2. Nombre del producto y/o plan: corresponde al nombre del producto y/o plan para el cual se está definiendo la tarifa y/o reservas técnicas.

4.1.3. Fecha de elaboración y/o actualización de la nota técnica (Día/Mes/Año).

4.1.4. En la parte inferior de cada página del documento debe incluirse la siguiente información, tal como se describe a continuación:

Campo	1	2	3	4	5
Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código de la Entidad	la Tipo de nota técnica	Página	Código del producto y/o plan
Formato	8 dígitos dd/mm/aaaa	8 dígitos	3 caracteres	7 Dígitos	20 caracteres

-- Campo 1: Para los casos en los que se requiere de autorización, esta fecha debe corresponder a la fecha de la resolución administrativa mediante el cual se imparte la respectiva aprobación. En los casos que no se requiere autorización, corresponderá a la fecha desde que se utiliza la tarifa y/o reservas definidas en la nota técnica.

-- Campo 2: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.

-- Campo 3: Debe indicarse:

N_P: Si la nota técnica corresponde a un nuevo producto.

A_P: Si la nota técnica corresponde a la actualización de un producto existente.

-- Campo 4: debe registrar el número de la página y el total de páginas del documento, (# página/total de páginas).

-- Campo 5: Corresponde al código del producto y/o plan para el cual se está definiendo la tarifa y/o reservas técnicas.

4.2. CONTENIDO DE LA NOTA TÉCNICA. <Numeral adicionado por la Circular [20](#) de 2015. El nuevo texto es el siguiente:>

La nota técnica debe contener como mínimo lo siguiente:

4.2.1. Objetivo General: debe incluirse el objetivo de la nota técnica.

Para las notas técnicas que correspondan a una actualización de producto debe indicarse la razón de la actualización. Si la actualización implica cambios en la cobertura, se debe indicar de manera clara y precisa.

son los cambios introducidos y dejando constancia expresa e inequívoca de que no se efectúan modificaciones distintas a las expresamente anunciadas.

4.2.2. Modalidad del contrato: para los productos y/o planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado y planes complementarios se debe indicar si el contrato es individual, familiar, colectivo que maneje la compañía, el cual se debe especificar.

4.2.3. Temporalidad: para los productos y/o planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado y planes complementarios, debe incluirse el periodo de tiempo para el cual se está calculando la tarifa.

4.2.4. Enumeración detallada de todas las coberturas y servicios incluidos en los productos y/o planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado y planes complementarios.

4.2.5. Moneda: para los productos y/o planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagada y planes complementarios, se debe indicar la moneda o índice en que se denomina la tarifa.

4.2.6. Descripción de la población a asegurar, (mercado objetivo): se deben incluir variables que definen a la población objetivo tales como edad, sexo, municipio, localidad, ingreso base de cotización, tipo de afiliación, antigüedad y cualquier otra segmentación que sea tomada en cuenta en el desarrollo de la técnica.

4.2.7. Ingresos y costos del producto y/o plan: se debe incluir la proyección de ingresos y costos por un periodo de cinco (5) años.

4.2.8. Metodología para el cálculo de la tarifa

La nota técnica debe consignar y sustentar los procedimientos técnicos y actuariales, fórmulas, información, parámetros o cualquier otro concepto, criterio o elemento utilizados para establecer la prima de riesgo y prima comercial de los productos y servicios de salud.

Los supuestos que se utilicen para el cálculo de las tarifas deben estar consignados y sustentados en la técnica. Cuando se utilicen variables o parámetros basados en estudios o estadísticas de la entidad, deben anexar en medio digital; así como las bases de datos y las metodologías que se usaron para determinarlas.

Cuando no se cuente con información histórica propia y se utilicen otras fuentes o se elaboren proyecciones, deben incluirse y sustentarse los supuestos que permiten elaborar estas proyecciones. Cuando se utilicen supuestos que hayan sido establecidos por ley, se deberá indicar la normatividad que establece su uso.

La nota técnica deberá incluir cualquier concepto, procedimiento técnico que a juicio del actuario que elabora la nota técnica sea necesario para la adecuada implementación del producto.

En cuanto a su aplicación, se deben incluir elementos tales como:

-- Descripción de la población a asegurar, (mercado objetivo): se deben incluir variables que describen a la población objetivo tales como edad, sexo, municipio, localidad, ingreso base de cotización, tipo de afiliación, antigüedad y cualquier otra segmentación que sea tomada en cuenta en la definición de la población.

-- Medidas de control: Se deben incluir los criterios definidos por la entidad para la suscripción de los planes y/o productos; así como las medidas adoptadas para el control del riesgo, tales como límites de edad de ingreso, periodos de carencia, o cualquier otra medida de control.

- Copagos y/o cargos asumidos por el usuario: deben incluirse los copagos y/o cargos que debe asumir el usuario; así mismo debe incluirse la forma en la que estos cargos se ven reflejados en el cálculo de la prima.
- Límites: Si dentro del plan y/o producto se definen límites en la cobertura, estos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica especificando como se aplican.
- Recargos y/o descuentos basados en el riesgo: si dentro del plan y/o producto se otorgan recargos o descuentos basados en el estado de riesgo del usuario, estos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica.
- Gastos: se deben incluir los factores por los cuales se aplicarán. Estos deben estar discriminados en: gastos esperados por la entidad, gastos de adquisición, gastos de administración y gastos de venta. Si los factores varían, se deben indicar de manera precisa los rangos en los cuales se encuentran y de qué depende su variación.
- Margen por riesgo y/o utilidad esperado por la entidad: si la entidad incluye margen por riesgo y/o utilidad, estos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica. Si estos factores varían, se debe de manera precisa los rangos en los cuales se encuentran y de qué depende su variación.
- Forma de pago: debe indicarse si la prima es de pago anticipado o vencido.
- Fraccionamiento de primas: se debe indicar claramente si el plan y/o producto contempla el pago fraccionado de la prima (pago mensual, trimestral, semestral,...); de ser así, esto debe ser incluido y sustentado en la nota técnica; así como los recargos que se aplicarán por realizar el pago fraccionado.
- Descuentos: si dentro del plan y/o producto se otorgan descuentos (descuento por pago anticipado, descuentos por planes familiares,...), estos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica.
- Devoluciones: debe indicarse si habrá devolución de valores por el retiro anticipado del plan. Así mismo debe incluirse la metodología que se seguirá para la determinación de los valores a devolver.

4.2.9. Metodología para el cálculo de las reservas técnicas

La nota técnica debe consignar y sustentar los procedimientos técnicos y actuariales, fórmulas y parámetros utilizados para realizar la estimación de las reservas técnicas definidas en el artículo 70 del Decreto 1471 de 2014, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Los supuestos que se utilicen para el cálculo de las reservas técnicas deben estar consignados y sustentados en la nota técnica. Cuando se utilicen variables o parámetros basados en estudios o estadísticas de la entidad, se debe incluir la metodología seguida para la determinación de éstas y se deben anexar en formato digital las bases de datos sobre las cuales se realizaron dichos estudios. Cuando se utilicen supuestos que no hayan sido establecidos por ley, se deberá indicar la normatividad que establece su uso.

Así mismo se deberá consignar cualquier concepto, procedimiento técnico que a juicio del actuario que firma la nota técnica sea necesario para su adecuada implementación.

4.2.10. Resultados

Se debe anexar en hoja de cálculo en un medio digital, la aplicación detallada de la formulación expresada en el documento para el cálculo de la tarifa y/o de las reservas técnicas, según sea el caso; así como cualquier otro desarrollo incluido en la nota técnica.

Adicionalmente, se deben anexar en medio digital las bases de datos que se utilizaron para la estimación.

las tarifas y/o de las reservas técnicas, según sea el caso, especificando los campos contenidos, el set de campos y cualquier otra información necesaria.

4.2.11. Nombre y Firma del Actuario o Responsable

Se debe incluir el nombre y la firma del actuario o de la persona responsable que elaboró la nota técnica.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por la Circular [20](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen los criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica', publicada en el Diario Oficial No. 49.715 del 10 de diciembre de 2015.

4.3. CUMPLIMIENTO.

Las notas técnicas deben ser remitidas en los anexos técnicos: Archivo Tipo 186, Archivo Tipo 187 y Archivo Tipo 188.

Las notas técnicas para entidades nuevas, productos y/o planes de servicios nuevos podrán ser presentadas en cualquier momento del año.

Las notas técnicas de aquellos productos y/o planes existentes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado o plan complementario deberán actualizarse cada año y remitirse a la Superintendencia Nacional de Salud, en los anexos técnicos correspondientes a más tardar el 30 de noviembre de cada año. Para la actualización de las Notas Técnicas concernientes a los Planes Voluntarios de Salud vigentes para el año 2016, estas deben ser actualizadas y remitidas a más tardar el 28 de diciembre de 2015.

Las notas técnicas con corte a 31 de diciembre para las entidades descritas en los numerales 2.1 y 2.2 deberán ser remitidas a la Superintendencia Nacional de Salud, en los anexos técnicos correspondientes, a más tardar el 10 de marzo de cada año.

Las entidades que administren planes voluntarios de salud, deberán remitir a la Superintendencia Nacional de Salud con corte a 31 de diciembre, los anexos técnicos: Archivo Tipo 189 - Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud y Archivo Tipo 190 - Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud, a más tardar el 10 de marzo de cada año.

Para el reporte de la información correspondiente a los servicios prestados por las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, Entidades Adaptadas al Sistema, Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que administran el Plan Obligatorio de Salud (POS), se utilizará la información recolectada por la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por la Circular [20](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen los criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica', publicada en el Diario Oficial No. 49.715 del 10 de diciembre de 2015.

TITULO III.

GENERADORES DE RECURSOS.

CAPITULO PRELIMINAR.

CONTROL AL LAVADO DE ACTIVOS.

<Capítulo adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La Ley 190 de 1995, por la cual se dictaron normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijaron disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa, en el artículo modificado por el artículo [3o](#) de la Ley 1121 de 2006, dispuso que:

“...

Las obligaciones establecidas en los artículos [102](#) a 107 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto [663](#) de 1993) y demás normas concordantes serán aplicables en lo pertinente a las personas que dediquen profesionalmente a actividades de comercio exterior, operaciones de cambio y del mercado de divisas, casinos o juegos de azar, así como aquellas que determine el Gobierno Nacional.

PARÁGRAFO. El control del cumplimiento de las obligaciones impuestas por la presente disposición realizará por la respectiva entidad que ejerza vigilancia sobre la persona obligada.” Negrilla fuera d

Por su parte, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en los artículos [102](#) al [107](#), entre otros, es el siguiente:

1. RÉGIMEN GENERAL.

-- Obligación y control a actividades delictivas. Los operadores de juegos de suerte y azar están obligados a adoptar medidas de control apropiadas y suficientes, orientadas a evitar que la realización de sus operaciones puedan ser utilizadas como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos vinculados con las mismas.

-- Mecanismos de control. Los operadores de juegos de suerte y azar deben adoptar mecanismos y procedimientos de control de su conducta para ser observadas por sus representantes legales, directores, administradores y demás funcionarios, con los siguientes propósitos:

a) Conocer adecuadamente la actividad económica que desarrollan sus clientes, su magnitud, las características básicas de las transacciones en que se involucran corrientemente;

b) Establecer la frecuencia, volumen y características de las transacciones de sus usuarios;

la actividad económica de los mismos;

d) Reportar de forma inmediata y suficiente a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIA) cualquier información relevante sobre manejo de activos o pasivos u otros recursos, cuya cuantía o características no guarden relación con la actividad económica de sus clientes, o sobre transacciones de sus usuarios que por su número, por las cantidades transadas o por las características particulares de las mismas puedan conducir razonablemente a sospechar que los mismos están usando a la entidad para transferir, manejar, aprovechar o invertir dineros o recursos provenientes de actividades delictivas o destinados

financiación;

e) Estar en consonancia con los estándares internacionales en la materia.

-- Adopción de procedimientos. Los operadores de juegos de suerte y azar deben diseñar y poner en marcha procedimientos específicos, y designar funcionarios responsables de verificar el adecuado cumplimiento de dichos procedimientos.

-- Alcance y cobertura del control. Los mecanismos de control y auditoría de que trata este artículo versarán exclusivamente sobre las transacciones, operaciones o saldos cuyas cuantías sean superiores a las que se fijen como razonables y suficientes. Tales cuantías se establecerán en el mecanismo que adopte la entidad atendiendo al tipo de negocios que realiza, amplitud de su red, los procedimientos de selección de clientes, el mercadeo de sus productos, capacidad operativa y nivel de desarrollo tecnológico.

2. CONTROL DE LAS TRANSACCIONES EN EFECTIVO.

Transacciones sujetas a control. Todo operador de juegos de suerte y azar debe dejar constancia, en formulario especialmente diseñado al efecto, de la información relativa a las transacciones en efectivo que realice, en moneda legal o extranjera, cuyo valor sea superior a las cuantías que periódicamente señale la Superintendencia Financiera.

Estos formularios deben contener por lo menos:

- a) La identidad, la firma y la dirección de la persona que físicamente realice la transacción;
- b) El tipo de transacción de que se trata (cambio de fichas, cobro de premios, etc.);
- c) La fecha, el lugar, la hora y el monto de la transacción.

Las transacciones múltiples en efectivo, tanto en moneda legal como extranjera, que en conjunto sumen un cierto monto, serán consideradas como una transacción única si son realizadas por o en beneficio de una determinada persona durante el día o en cualquier otro plazo que fije la Superintendencia Financiera.

3. INFORMACIÓN PERIÓDICA.

Todo operador de juegos de suerte y azar debe informar a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), la totalidad de las transacciones en efectivo referidas en el numeral anterior, conforme a las instrucciones que para tal efecto emita la mencionada Unidad.

4. RESERVA SOBRE LA INFORMACIÓN REPORTADA.

Las autoridades, las entidades, sus administradores y sus funcionarios no podrán dar a conocer a las personas que hayan efectuado o intenten efectuar operaciones sospechosas, que se ha comunicado a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) información sobre las mismas, y deberán guardar reserva sobre dicha información.

Notas de Vigencia

- Capítulo Preliminar adicionado al Título III por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

CAPITULO I.

OPERADORES DEL JUEGO DE LOTERÍA TRADICIONAL.

La Ley [643](#) de 2001 entre los principios que rigen la explotación, organización, administración, operación, fiscalización y control de juegos de suerte y azar determinó que todo juego de suerte y azar debe contribuir eficazmente a la financiación del servicio público de salud, así como de las obligaciones prestaciones pensionales.

Así se encuentra que a los departamentos y al Distrito Capital les corresponde la explotación, comercialización, de las loterías tradicionales, quienes no pueden explotar más de una lotería tradicional directamente, por intermedio de terceros, o en forma asociada.

La mencionada ley dispone que los derechos de explotación correspondientes a la operación de cada una de ellas no pueden destinarse para cubrir gastos de funcionamiento y deben ser girados al correspondiente Fondo de Salud dentro de los primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente a la realización del juego.

La venta de loterías foráneas en jurisdicción de los departamentos y del Distrito Capital, genera a favor de estos y a cargo de las empresas de lotería u operadores autorizados un impuesto del diez por ciento sobre el valor nominal de cada billete o fracción que se venda en cada una de las respectivas jurisdicciones.

Además, los ganadores de premios de lotería están en la obligación de pagar, a los departamentos o al Distrito Capital, según el caso, un impuesto del diecisiete por ciento (17%) sobre el valor nominal de cada premio, valor que debe ser retenido por la lotería responsable u operador autorizado al momento de pagar el premio.

Así las cosas, las loterías u operadores de las mismas dentro de los primeros diez (10) días de cada mes están en la obligación de declarar ante las autoridades correspondientes, el impuesto que de los billetes y fracciones de loterías vendidos en la jurisdicción de cada departamento o del Distrito Capital, genera el mes inmediatamente anterior, y el impuesto sobre premios de loterías pagados en el mismo período, para girar los recursos a los respectivos Fondos Seccionales y Distrital de Salud.

1. JUEGO LOTERÍA TRADICIONAL. <Numeración introducida por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008. El título original no estaba acompañado por el numeral 1.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

- Juego Loteria Tradicional.

Los operadores del juego de lotería tradicional, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, deben diligenciar y remitir los formularios de información que se detallan a continuación:

<Tabla modificada por la Circular [5](#) de 2011. El nuevo texto es el siguiente:>

TIPO	REPORTES	PERIODICIDAD
200	Informe de Ventas y Sorteos	7 días calendario siguientes a la realización de cada sorteo
201	Informe Premios Obtenidos por el Público	7 días calendario siguientes a la realización de cada sorteo
202	Premios pagados en el mes	10 primeros días de cada mes
203	Resultado de los sorteos	Dentro de la hora siguiente a la realización del Sorteo
204	Billetería Vendida	Treinta (30) minutos antes del sorteo del primer premio
205	Informe de Transferencias	10 primeros días de cada mes
206	Estados Financieros	30 días calendario siguientes al corte trimestral y 15 primeros calendario del mes de febrero de cada año
218	Reserva Técnica para Pago de Premios	10 primeros días de cada mes
219	Premios No Reclamados	15 primeros días de cada mes

Notas de Vigencia

- Tabla modificada por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de de 2011.
- Tabla modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de de 2008.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 49 de 2008:

<Consultar tabla directamente en la Circular [49](#) de 2008>

Texto original de la Circular 47 de 2007:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; El CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en el momento puede solicitar el envío de documentación que complementa y/o aclare la información requerida.

1.1. <Numeral modificado por la Circular [5](#) de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Los Estados Financieros deben enviarse en archivo plano, implementando las cuentas listadas en el anexo técnico denominado “Plan de Cuentas Operadores de Lotería”, con saldos exclusivamente de la Unidad de de Lotería. Se debe remitir en medio impreso, los estados financieros de la empresa (detallados por por negocio), con las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos dictamen del Revisor Fiscal, en el marco de las normas legales vigentes.

Notas del Editor

Consultar el Anexo Técnico 'Plan de Cuentas Operadores de Loterías' en el [anexo](#) publicado en la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.

Los operadores de lotería remitirán mensualmente, en medio físico, la información detallada de los

correspondientes al valor de la reserva técnica para pago de premios, incluido copia de los extractos bancarios que acrediten la creación y mantenimiento de dichos recursos, de acuerdo con las normas. De igual forma se deben remitir los libros auxiliares correspondientes y un anexo consolidado donde detallen los registros de la reserva técnica, conforme lo determina la Contaduría General de la Nación. Consejo Nacional de Juegos de Suerte y Azar, mediante el Acuerdo número [52](#) del 17 de junio de 2012 incluyendo los movimientos cuando se haga uso de la misma, para pago de premios durante el período de análisis. La información debe detallar los siguientes grupos y cuentas:

1110 – Depósitos en Instituciones Financieras.

12 – Inversiones e Instrumentos Derivados (si el total o parte de los recursos están respaldados en inversiones).

2465 - Premios por pagar, identificada cada subcuenta.

2710 - Provisión para Contingencias.

6420 – Juegos de Suerte y Azar – subcuentas de pago de premios y reserva técnica para pago de premios.

De acuerdo con los conceptos de la Contaduría General de la Nación a través de la “Doctrina Contable Pública”, es necesario establecer los recursos de la reserva técnica para el pago de premios.

Adicionalmente los operadores de juego de lotería deben reportar la información relacionada con la reserva técnica para pago de premios en el archivo tipo 218, incorporado en el siguiente anexo:

Reserva Técnica para Pago de Premios

Archivo Tipo 218

Campo	Dato	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	NIT	Número de NIT	16	Solo dígitos
2	Dígito Verificación	Número del dígito de verificación del NIT	1	Solo dígitos
3	Código entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	10	Alfanumérico
4	Periodo de corte	Periodo de corte para la presentación de la información	2	VER TABLA PERIODOS
5	Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Solo dígitos
6	Tipo de Registro	Escriba 218	3	Solo dígitos
7	Cálculo de la Reserva Técnica del periodo	Diferencia entre el valor de los premios en poder del público y el 40% de las ventas brutas, de cada sorteo jugado en el trimestre	16	Solo dígitos
8	Saldo depósito financiero Reserva Técnica	Valor de recursos depositados en entidades financieras	16	Solo dígitos

9	Títulos Valores inversión Reserva Técnica	Valor de recursos invertidos en entidades financieras	16	Solo dígitos
10	Código Entidad bancaria	Código de la Entidad bancaria donde se depositan los recursos, según tabla Entidades bancarias	3	Solo dígitos
Campo	Dato	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
11	Número de cuenta bancaria	Número de cuenta bancaria	16	Solo dígitos
12	Saldo provisión contable	Saldo cuenta de pasivo estimado para contingencia pago de premios trimestre reportado	16	Solo dígitos
13	Saldo cuenta Costo	Saldo cuenta de costo reserva técnica para pago de premios trimestre reportado	16	Solo dígitos
14	Usos de la Reserva	Valores premios pagados con cargo a la reserva técnica para pago de premios	16	Solo dígitos

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 octubre de 2011.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1.1. Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

1.2 En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remis información.

1.3 Los operadores del juego de lotería tradicional enviarán a la Superintendencia Nacional de Salu de los cinco (5) días calendario siguientes a su aprobación, el plan de premios, con la siguiente discriminación:

1.3.1. Acto administrativo del plan de premios debidamente expedido.

1.3.2. Número de series

1.3.3. Billetes emitidos

1.3.4. Número de fracciones por billete

1.3.5. Fracciones emitidas

1.3.6. Valor billete

1.3.7. Valor fracción

1.3.8. Valor total de la emisión

1.3.9. Tipo de premio

1.3.10. Código del premio, según tabla suministrada

1.3.11. Número consecutivo

1.3.12. Cantidad

1.3.13. Valor bruto premio por fracción

1.3.14. Valor bruto del premio por billete

<Texto adicionado por la Circular [5](#) de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Los operadores del juego de lotería tradicional enviarán a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los cinco (5) días siguientes a su aprobación, el plan de premios, con la discriminación dispuesta en el siguiente anexo (archivo tipo 222).

Estructura Plan de Premios

Archivo Tipo 222

Campo	Dato	Descripción	Long máx.	Valor permitido
1	NIT	Número del NIT de la Entidad	16	Sólo dígitos
2	Dígito verificación	Número dígito de verificación del NIT	1	Sólo dígitos
3	Código Entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	3	Alfanumérico
4	Fecha de envío	Fecha de envío de información	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
5	Número de Series	Cantidad de series por emisión	15	Sólo dígitos
6	Fracciones por billete	Cantidad de fracciones por billete	3	Sólo dígitos
7	Valor de la Fracción	Valor en pesos de cada fracción	15	Sólo dígitos
8	Fracciones emitidas	Cantidad de fracciones emitidas	15	Sólo dígitos
9	Valor de la Emisión	Valor en pesos de la emisión	16	Sólo dígitos
10	Tipo Premio	Código del tipo de premio de acuerdo con la tabla Premios, establecida por la Superintendencia Nacional de Salud	10	Tabla premios establecida en la Circular Única

11	Descripción	Nombre asignado por la lotería a cada premio establecido en el plan de premios	100	Alfanumérico
12	Cantidad	Cantidad por tipo de premio, establecida por la lotería	15	Sólo dígitos
13	Valor Bruto Premio	Valor bruto por cada premio establecido en el plan de premios	16	Sólo dígitos
14	Valor Plan de Premios	Valor del plan de premios	16	Sólo dígitos
15	Valor Neto Premio	Valor neto por cada premio establecido en el plan de premios	16	Sólo dígitos
16	Fecha desde	Fecha inicial de la vigencia del plan	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
17	Fecha Hasta	Fecha final de la vigencia del plan	10	Formato fecha dd/mm/aaaa

Notas de Vigencia

- Texto adicionado por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de de 2011.

1.4. Segundo Envío de Información. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular los re enviados no podrán ser modificados ni eliminados. En caso de errores en los reportes el Representa Legal de la entidad deberá solicitar autorización para realizar un segundo envío de la información explicando claramente los motivos de la inconsistencia y anexando los soportes documentales perti

Una vez la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de S autorice el segundo envío, le será enviada una comunicación y, a partir de ese momento, podrá ingr información corregida, sin perjuicio del cumplimiento de los plazos establecidos en la presente circ

1.5. Actualización de Datos. En la medida en que se realicen cambios en la representación legal de entidad, dirección, razón social y/o revisoría fiscal estos datos deben ser actualizados por escrito an Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud, dentro cinco (5) días siguientes a su ocurrencia.

<Inciso adicionado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Teniendo en cuenta dispuesto en el artículo [30](#) de la Ley 643 de 2001, los operadores de lotería deben garantizar que el de la facultad monopolística se encuentre exenta de fraudes, vicios o intervenciones tendientes a al probabilidad de acertar, o sustraerla del azar, conforme lo determina el literal b) del artículo ibídem

<Inciso adicionado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> En tal sentido los o de loterías, deben garantizar de manera previa, a la realización de los sorteos, la aplicación tanto de de seguridad, como técnicas y de calidad, que garantice la transparencia de los mismos.

<Inciso adicionado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Todo sorteo del jue; lotería tradicional debe realizarse como mínimo, en presencia de las siguientes autoridades:

1. El alcalde del municipio donde se realiza el sorteo o su delegado.
2. El gerente o representante legal de la lotería o su delegado.

3. Un (1) funcionario de la Oficina de Control Interno o de la Auditoría Interna.

<Inciso adicionado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Si la operación se realiza en forma asociada, el sorteo debe ser presenciado además de las autoridades anteriormente señaladas, el representante delegado de los titulares del monopolio que se hayan asociado.

<Inciso adicionado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Si la operación se realiza mediante terceros, en el sorteo se requiere la presencia de las autoridades enunciadas y del representante legal de la entidad concedente.

<Inciso adicionado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La Constitución Política establece, en el artículo [113](#), que los diferentes órganos del Estado aun cuando tienen funciones separadas, deben colaborar armónicamente para la realización de sus fines; por lo anterior, el operador de lotería debe tener la obligación de realizar la respectiva invitación con la suficiente antelación a la Contraloría de la entidad territorial respectiva, a efectos de presenciar la realización del sorteo.

Notas de Vigencia

- Incisos adicionados por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

1.6. <Numeral adicionado por la Circular [5](#) de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> En cumplimiento del artículo [12](#) del Decreto 2975 de 2004, los operadores de lotería conjuntamente con el envío que se realiza al surtir ante el Ministerio de la Protección Social, y con el fin de realizar ajustes al sistema de información de la Superintendencia Nacional de Salud, para la recepción de los archivos contentivos de datos relacionados con venta, resultados y premiación de los sorteos se solicita diligenciar la información correspondiente al calendario de sorteos a ejecutar en la siguiente vigencia en el archivo adjunto en el anexo técnico (archivo tipo 220).

Estructura Calendario de Sorteos

Archivo Tipo 220

Campo	Dato	Descripción	Long máx.	Valor permisi
1	Código Entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	3	Alfanumérico
2	Tipo Entidad	Escriba General	8	Alfanumérico
3	Número de Sorteo	Número de Sorteo	5	Sólo dígitos
4	Año del Sorteo	Año correspondiente al Sorteo	4	Sólo dígitos
5	Día de Sorteo	Día de lunes a sábado programado para jugar	10	Sólo texto
6	Fecha de Sorteo	Fecha programada para realizar el sorteo	10	Formato fecha dd/mm/aaaa

7	Hora de Sorteo	Hora programada para realizar el sorteo	5	Formato hora hh:mm “Hora Militar”
8	Fecha de Envío	Fecha de envío archivo Calendario de Sorteos a la Superintendencia Nacional de Salud.	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
9	Fecha Límite envío	Fecha límite de envío del Archivo Tipo 204 “Reporte de billetería vendida por sorteo”	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
10	Hora Límite de Envío	Hora Límite de envío del Archivo Tipo 204 “Reporte de billetería vendida por sorteo” a Supersalud	5	Formato hora hh:mm “Hora Militar”

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.

2. PREMIOS NO RECLAMADOS.

<Numeral reemplazado por la Circular [5](#) de 2011. El nuevo texto es el siguiente:>

Con el fin de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control respecto a la destinación de premios de los juegos de suerte y azar no reclamados dentro de los términos de que trata el artículo [12](#) de la Ley 1393 de 2010, a partir del 12 de julio de 2011 todos los operadores de juegos de suerte y azar deberán reportar el valor total de los premios no reclamados una vez operado el término de prescripción o de caducidad judicial (archivo 219), que se vayan causando durante el período (mes) a reportar y efectuar la transferencia respectiva en el archivo tipo 205 – reporte de transferencias.

Los operadores de lotería, remitirán mensualmente, en medio físico la información detallada de los premios correspondientes al valor de los premios que han caído en poder del público y no han sido reclamados, incluida copia de los extractos bancarios que acrediten la creación y mantenimiento de dichos recursos de acuerdo con las normas legales. Se deben enviar los libros auxiliares correspondientes.

Premios No Reclamados (Loterías, Concesionarios de Apuestas Permanentes, Operadores de Juegos Localizados y la Empresa Territorial para la Salud – Etesa, en Liquidación y/o quien haga sus veces).

Archivo Tipo 219

Campo	Dato	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	NIT	Número de NIT	16	Solo dígitos
2	Dígito Verificación	Número del Dígito de verificación del NIT	1	Solo dígitos
3	Código entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	10	Alfanumérico
4	Periodo de corte	Periodo de corte para la presentación de la información	2	VER TABLA PERIODOS
5	Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Solo dígitos
6	Tipo de Registro	Escriba 219	3	Solo dígitos
7	Código Departamento	Código del Departamento al cual se le transfiere el impuesto, según tabla DANE	2	Solo dígitos
8	Código Municipio	Código del Municipio al cual se le transfiere el impuesto, según tabla DANE	5	Solo dígitos
9	Monto acumulado premios no reclamados	Monto Acumulado en el mes reportado de los premios no reclamados	16	Numéricos
10	Código Entidad bancaria	Código de la Entidad bancaria donde se depositan los recursos, según tabla Entidades bancarias	3	Solo dígitos
11	Número de cuenta bancaria	Número de cuenta bancaria	16	Solo dígitos

Notas de Vigencia

- Numeral 2 del Capítulo 1 reemplazado por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial 48.233 de 25 de octubre de 2011.
- Inciso 1o. del numeral 2.1 modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial 47.518 de 30 de octubre de 2009.
- Numeral 2.2.10 modificado por la Circular [50](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.13 de octubre de 2008.

Legislación Anterior

Texto únicamente de los numerales modificados:

2. JUEGO APUESTAS PERMANENTES - ESTUDIOS DE MERCADO.

2.1. OBJETIVOS.

<Inciso modificado por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> De conformidad con el artículo [23](#) de la Ley 643 de 2001, en concordancia con los Decretos [3535](#) y [4643](#) de 2005, los es

de mercado forman parte integrante de los pliegos de condiciones de los procesos licitatorios que por objeto adjudicar mediante concesión la operación del juego de apuestas permanentes o chance; además, los estudios de mercado deben ajustarse a lo indicado por la Superintendencia Nacional de Salud y deberán contar con la debida aprobación de esta Entidad antes de iniciar el proceso de licitación.

El estudio de mercado que deben realizar las entidades concedentes del juego de apuestas permanentes o chance[1], tiene por objeto analizar las condiciones relevantes de explotación del juego de apuestas permanentes o chance en toda la jurisdicción territorial – Departamentos y Distrito Capital – en la que se va a autorizar la operación del juego, cuantificar y correlacionar los principales factores que inciden en la determinación del valor total de los ingresos brutos que se espera genere la respectiva concesión durante un determinado período de tiempo y, consecuentemente, en la fijación de los derechos de explotación y los correlativos.

De igual forma, deberán analizar y valorar el perfil de hábitos, comportamientos y expectativas de los usuarios actuales y potenciales, de manera que se puedan identificar y definir las estrategias de marketing que permitan favorecer la explotación eficiente del juego de apuestas permanentes o chance en la respectiva jurisdicción territorial, el cumplimiento de los derechos de explotación que debe generar la concesión y su potencial incremento.

Así mismo, el estudio de mercado que le corresponde efectuar a las entidades concedentes del juego de apuestas permanentes o chance, en cumplimiento de las disposiciones antes mencionadas, debe determinar el tamaño del mercado de todos los juegos de suerte y azar que tengan relación o afectación con el juego de apuestas permanentes o chance que operan en la respectiva jurisdicción territorial, el tamaño del mercado del juego de apuestas permanentes o chance en la respectiva jurisdicción territorial, el monto de ingresos brutos que se espera genere la respectiva concesión durante su término de duración, el valor mensual y anual que por concepto de derechos de explotación debe producir la respectiva concesión, y un conjunto organizado, preciso y detallado de acciones y estrategias de intervención en el mercado a mediano y largo plazo que permita favorecer en el tiempo la sostenibilidad de los derechos de explotación que debe producir la concesión.

Adicionalmente, el estudio de mercado debe permitir la identificación de oportunidades que tendan a beneficiar a los concesionarios para maximizar los ingresos brutos a partir de la información capturada en las encuestas, extendiendo los resultados al total de la población. Igualmente, las estrategias planteadas deben ser coherentes con el perfil del apostador y con el estado actual de la operación del juego de chance, permitiendo que los resultados obtenidos se soporten en bases veraces como punto de partida.

El estudio de mercado debe servir de soporte para el aprovechamiento y optimización de las estrategias de crecimiento del tamaño del mercado.

En ejercicio de las facultades de inspección y vigilancia de esta Superintendencia, contempladas en el numeral 10 del artículo 15 del Decreto 1018 de 2007, en concordancia con el artículo 45 de Ley 60 de 2001, y en consideración al Principio de Planeación aplicado a los procesos de contratación y, teniendo en cuenta que en el Proceso de Concesión debe existir un estricto orden para la toma de las decisiones, una real y efectiva racionalización y organización de las acciones[2] y que estas no pueden ser el producto de la improvisación[3], las entidades concedentes deberán adelantar las acciones sobre la materia que trata este numeral, con la debida antelación, de forma que el proceso licitatorio se desarrolle oportunamente y cumpliendo la normatividad vigente.

Lo anterior con la finalidad, entre otras, de garantizar la continuidad de las transferencias al sector por la concesión del juego de apuestas permanentes.

...

2.2.10. REMISIÓN DEL ESTUDIO A LA SUPERINTENDENCIA.

<Numeral modificado por la Circular [50](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los concedentes deberán allegar el estudio de mercado, en medio impreso y magnético, a la Superintendencia Dela para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, con una antelación mínima un (1) mes previo a la fecha de inicio del proceso de licitación para la selección del concesionario

....

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2. JUEGO APUESTAS PERMANENTES - ESTUDIOS DE MERCADO.

2.1. OBJETIVOS.

De conformidad con el artículo [23](#) de la Ley 643 de 2001, en concordancia con los Decretos [3535](#) 4643 de 2005, los estudios de mercado forman parte integrante de los pliegos de condiciones de los procesos licitatorios que tienen por objeto adjudicar mediante concesión la operación del juego de apuestas permanentes o chance; además, los estudios de mercado deben ajustarse a lo indicado por la Superintendencia Nacional de Salud.

El estudio de mercado que deben realizar las entidades concedentes del juego de apuestas permanentes o chance[1], tiene por objeto analizar las condiciones relevantes de explotación del juego de apuestas permanentes o chance en toda la jurisdicción territorial – Departamentos y Distrito Capital – en la que va a autorizar la operación del juego, cuantificar y correlacionar los principales factores que inciden en la determinación del valor total de los ingresos brutos que se espera genere la respectiva concesión durante un determinado período de tiempo y, consecuentemente, en la fijación de los derechos de explotación y los correlativos.

De igual forma, deberán analizar y valorar el perfil de hábitos, comportamientos y expectativas de los usuarios actuales y potenciales, de manera que se puedan identificar y definir las estrategias de marketing que permitan favorecer la explotación eficiente del juego de apuestas permanentes o chance en la respectiva jurisdicción territorial, el cumplimiento de los derechos de explotación que debe generar la concesión y su potencial incremento.

Así mismo, el estudio de mercado que le corresponde efectuar a las entidades concedentes del juego de apuestas permanentes o chance, en cumplimiento de las disposiciones antes mencionadas, debe determinar el tamaño del mercado de todos los juegos de suerte y azar que tengan relación o afectación con el juego de apuestas permanentes o chance que operan en la respectiva jurisdicción territorial, el tamaño del mercado del juego de apuestas permanentes o chance en la respectiva jurisdicción territorial, el monto de ingresos brutos que se espera genere la respectiva concesión durante su término de duración, el valor mensual y anual que por concepto de derechos de explotación debe producir la respectiva concesión, y un conjunto organizado, preciso y detallado de acciones y estrategias de intervención en el mercado a mediano y largo plazo que permita favorecer en el tiempo la sostenibilidad de los derechos de explotación que debe producir la concesión.

Adicionalmente, el estudio de mercado debe permitir la identificación de oportunidades que tendran para los concesionarios para maximizar los ingresos brutos a partir de la información capturada en las encuestas, extendiendo los resultados al total de la población. Igualmente, las estrategias planteadas deben ser

coherentes con el perfil del apostador y con el estado actual de la operación del juego de chance, permitiendo que los resultados obtenidos se soporten en bases veraces como punto de partida.

El estudio de mercado debe servir de soporte para el aprovechamiento y optimización de las estrategias de crecimiento del tamaño del mercado.

En ejercicio de las facultades de inspección y vigilancia de esta Superintendencia, contempladas en el numeral 10 del artículo [15](#) del Decreto 1018 de 2007, en concordancia con el artículo [45](#) de Ley 6 de 2001, y en consideración al Principio de Planeación aplicado a los procesos de contratación y, teniendo en cuenta que en el Proceso de Concesión debe existir un estricto orden para la toma de las decisiones, una real y efectiva racionalización y organización de las acciones[2] y que estas no pueden ser el producto de la improvisación[3], las entidades concedentes deberán adelantar las acciones sobre las que trata este numeral, con la debida antelación, de forma que el proceso licitatorio se desarrolle oportunamente y cumpliendo la normatividad vigente.

Lo anterior con la finalidad, entre otras, de garantizar la continuidad de las transferencias al sector por la concesión del juego de apuestas permanentes.

2.2. CONTENIDOS MÍNIMOS DE LOS CRITERIOS DEL ESTUDIO DE MERCADO.

Con el propósito de dar claridad sobre las características o contenidos mínimos cada uno de los criterios antes mencionados a continuación se detallará los elementos que deberá cumplir cada uno de estos.

2.2.1. TAMAÑO DEL MERCADO DE LOS JUEGOS DE SUERTE Y AZAR.

Para establecer el tamaño del mercado de todos los juegos de suerte y azar sustitutos del juego de apuestas permanentes o chance que operan en la respectiva jurisdicción territorial, el estudio correspondiente, debe determinar, entre otros, los siguientes elementos:

2.2.1.1. Modalidad o modalidades de juegos de suerte y azar, sustitutos del juego de apuestas permanentes o chance, incluyendo la informalidad.

2.2.1.2. El tamaño físico del mercado de todos los juegos de suerte y azar sustitutos del juego de apuestas permanentes o chance que operan en la respectiva jurisdicción territorial, incluyendo la informalidad, para los cinco años de duración de la respectiva concesión, el cual deberá establecer el número de apuestas efectuadas, el número de billetes comprados o en general, el número de veces que se participa en la respectiva modalidad de juegos de suerte y azar.

2.2.1.3. El tamaño monetario del mercado de todos los juegos de suerte y azar sustitutos del juego de apuestas permanentes o chance que operan en la respectiva jurisdicción territorial, incluyendo la informalidad, para los cinco años de duración de la respectiva concesión, el cual deberá establecer el valor de la apuesta, del billete o en general del costo de la participación en el respectivo juego.

2.2.1.4. El perfil de los jugadores, el cual deberá determinar al menos las siguientes características:

2.2.1.4.1. Porcentaje de la población que utiliza el juego.

2.2.1.4.2. Participación por sexo.

2.2.1.4.3. Edad a la que empieza a jugar.

2.2.1.4.4 Participación por edad.

2.2.1.4.5 Participación por estrato social.

2.2.1.4.6 Participación por nivel educativo.

2.2.1.4.7 Participación por ocupación.

2.2.1.4.8 Juegos de Suerte y Azar preferidos por la población encuestada.

2.2.1.4.9 Número de días al mes en que el jugador participa en juegos de suerte y azar.

2.2.1.4.10 Días de la semana en que prefiere participar en juegos de suerte y azar.

2.2.1.4.11 Valores que acostumbran destinar a cada juego.

Los instrumentos de medición utilizados para establecer los aspectos previstos en el presente ordenamiento deberán incluir elementos que permitan al encuestado identificar la modalidad o modalidades de juego de suerte y azar sustitutos del juego de apuestas permanentes o chance en los que participa.

2.2.2. TAMAÑO DEL MERCADO DEL JUEGO DE APUESTAS PERMANENTES O CHANCE

El estudio correspondiente, a fin de establecer el tamaño del mercado del juego de apuestas permanentes o chance, en la respectiva jurisdicción territorial, debe determinar, entre otros, los siguientes elementos:

2.2.2.1. El número y el valor de las apuestas estimadas por mes y año para los cinco (5) años de duración de la respectiva concesión, incluyendo la informalidad, teniendo en cuenta que dentro de la metodología de proyección empleada se debe partir del valor de mercado resultante del estudio de mercado, incorporando el comportamiento demográfico de la entidad territorial correspondiente, la configuración de su Producto Interno Bruto y la injerencia de este en la determinación de dichas variables, haciendo uso, para tal fin, de las proyecciones de las variables macroeconómicas oficiales. Para el efecto, deberá discriminar adicionalmente el valor total de las apuestas destinadas a incentivos autorizados de acuerdo al ordenamiento jurídico vigente;

2.2.2.2. El perfil de los jugadores, el cual deberá determinar al menos las siguientes características:

2.2.2.2.1. Porcentaje de la población que utiliza el juego.

2.2.2.2.2. Participación por sexo.

2.2.2.2.3. Edad a la que empieza a jugar.

2.2.2.2.4. Participación por edad.

2.2.2.2.5. Participación por estrato social.

2.2.2.2.6. Participación por nivel educativo.

2.2.2.2.7. Participación por ocupación.

2.2.2.2.8. Número de cifras con las que apuesta.

2.2.2.2.9. Número de días al mes, en que el apostador participa en el juego.

2.2.2.2.10. Días de la semana en que prefiere participar en el juego.

2.2.2.2.11. Valor de la apuesta promedio por formulario actual y la esperada para el período que se

intenta proyectar.

2.2.2.2.12. Número de formularios demandados por cada una de las modalidades: manual y sistematizado.

2.2.2.2.13. Lugares preferidos para jugar: Puesto fijo, vendedor ambulante, indiferente.

2.2.2.2.14. Si cuando juega en puesto fijo, prefiere el juego sistematizado o el manual.

2.2.2.2.15. Lotería o sorteo preferido para jugar.

2.2.2.2.16. Nivel de confianza en relación con el pago de premios;

2.2.2.3. La elasticidad del juego con respecto a las demás modalidades de juegos de suerte y azar operan en la respectiva entidad territorial;

2.2.2.4. Un análisis comparativo de la relación existente entre el valor total de las apuestas estimado por mes y año para los cinco (5) años de duración de la respectiva concesión y, el valor total de las apuestas destinadas a incentivos autorizados de acuerdo al ordenamiento jurídico vigente;

2.2.2.5. Los factores potenciales que le permitirían al juego de apuestas permanentes o chance un desarrollo en la respectiva entidad territorial, específicamente en términos de incremento en la demanda para ello deberá establecer los nichos de mercado no desarrollados, las características de la población que no participa en el juego de apuestas permanentes, las razones por las cuales ello ocurre y las condiciones en que eventualmente se estaría dispuesto a jugar, identificando el número de veces y al día que se jugaría, el valor que se apostaría y el tamaño físico y monetario de este nicho potencial de mercado, así como su incidencia en la determinación de los ingresos brutos esperados para el período correspondiente;

2.2.2.6. Las fortalezas y debilidades del juego de apuestas permanentes o chance mediante la estructuración de su matriz DOFA;

2.2.2.7. El valor mensual y anual, por concepto de derechos de explotación, que debe generar el juego de apuestas permanentes, partiendo del valor de mercado resultante del estudio de mercado, durante el término de duración de la respectiva concesión, incluyendo la informalidad y los recursos adicionales que aportaría el nicho potencial del juego.

Además, se debe incluir la evaluación con tres escenarios de ingresos brutos de explotación y la evaluación de probabilidad de ocurrencia de cada uno.

2.2.3. PLAN ESTRATÉGICO DE MERCADEO.

Como consecuencia del análisis y valoración de las variables obtenidas, el estudio de mercado deberá establecer un plan estratégico de mercadeo de mediano y largo plazo y para toda la vigencia de la concesión, en virtud del cual se determine un conjunto organizado, preciso y detallado de acciones de intervención en el mercado que permita garantizar en el tiempo la sostenibilidad de los derechos de explotación establecidos por el estudio y su potencial incremento. Dicho plan deberá quedar estipulado dentro de los pliegos de condiciones del respectivo proceso licitatorio y en la minuta contractual correspondiente.

2.2.4. CUBRIMIENTO.

La muestra objeto del estudio de mercado deberá ser lo suficientemente representativa y, por tanto,

cubrir la totalidad de los municipios que integran la jurisdicción territorial respecto de la cual se pretende conceder autorización para operar el juego de apuestas permanentes o chance. En casos excepcionales, donde no se pueda cubrir la totalidad de los municipios, excluida la capital de departamento o distritos según corresponda, se debe justificar en el estudio, con la respectiva conformidad de la administración municipal, las razones por las cuales no se pudo acceder a realizar el trabajo de campo.

2.2.5. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.

Con el fin de realizar los objetivos, previstos en el presente capítulo, el estudio de mercado debe basarse en fuentes de información primaria y herramientas de tipo cualitativo; en ese orden de ideas, aquel que permita aplicar y analizar los resultados obtenidos a partir de encuestas a la población y encuestas a grupos focales o cualquier otra forma de análisis cualitativo.

Los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos deben permitir estimar el valor de las variables solicitadas y, contribuir a la estructuración de un diseño metodológico que facilite establecer con mayor precisión el potencial del mercado del juego de apuestas permanentes o chance y, en particular el valor mensual y anual de los derechos de explotación de la respectiva concesión.

El diseño muestral del estudio debe tener en cuenta como mínimo:

2.2.5.1. Población objetivo. Son todas las personas, mayores de 18 años, residentes en la respectiva entidad territorial.

Para estimar este factor debe tomarse como referencia el censo practicado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, en el año 2005, aquellos que lo sustituyan, modifiquen o complementen, con base en el cual se calcula la tasa de crecimiento promedio anual de la población a partir de estas cifras proyectar el respectivo factor para el término de duración de la concesión correspondiente.

2.2.5.2. Período de análisis. El estudio de mercado deberá indagar sobre el comportamiento y las preferencias de juego de los encuestados dentro de los treinta (30) días inmediatamente anteriores a la realización de la encuesta o a la práctica del respectivo instrumento cualitativo de información.

Tratándose de análisis de los registros diarios de apuestas y/o de los formularios utilizados, el estudio deberá comprender al menos los cinco (5) años inmediatamente anteriores a su realización.

2.2.5.3. Tamaño de la muestra. En relación con el tamaño de la muestra, el estudio debe señalar la fórmula a utilizar, indicando y justificando los valores de cada una de las variables implícitas en el estudio para establecer y sustentar el número de entrevistas a realizar, así como el tipo de muestreo que se utilizará.

En el estudio se deberán analizar, igualmente, las otras posibles alternativas de muestreo indicando las razones por las cuales no son adecuadas, así como justificar claramente la metodología de construcción de los factores de expansión, la cual debe ser acorde al diseño muestral empleado.

2.2.5.4. Distribución de la muestra. La distribución de la muestra se realizará de acuerdo con la ponderación de las poblaciones del municipio capital o del Distrito, si este es el evento y de los demás municipios que integran el respectivo departamento. En los municipios o Distritos que posean estratificación, la muestra debe distribuirse entre los distintos estratos sociales existentes, teniendo en cuenta el número de habitantes que integra cada uno de ellos y su participación dentro del total de la población del respectivo municipio o Distrito; para estos efectos deberá tomarse en cuenta la

información que sobre el particular suministre la oficina de planeación del municipio o Distrito correspondiente. En aquellos municipios en que no exista estratificación se distribuirá la muestra geográficamente a partir de criterios de razonabilidad, los cuales deberán describirse y justificarse expresamente en el respectivo estudio.

2.2.6. ENCUESTAS A LA POBLACIÓN.

Las encuestas a la población, constituyen un instrumento de estimación de las variables solicitadas a partir de la realización de entrevistas personales, practicadas tanto a hombres como a mujeres, más de edad, en todos los estratos socioeconómicos de las entidades territoriales que componen la jurisdicción territorial respecto de la cual se pretende conceder autorización para operar el juego de apuestas permanentes o chance y debe ser capaz de captar diferencias entre los grupos poblacionales.

Los cuestionarios que deben aplicarse se encuentran en el anexo técnico de esta circular. No obstante los eventos que se considere que el instrumento debe ajustarse y/o modificarse deberán sustentarse técnicamente los motivos para que esta Superintendencia evalúe su procedencia.

2.2.7. CORRELACIÓN DE LAS VARIABLES SOLICITADAS.

La correlación de las variables previstas y su incidencia en la determinación de los derechos de explotación, mensuales y anuales, de la concesión correspondiente, deberá describirse y justificarse suficientemente a partir de la formulación matemática utilizada para su cálculo y la sustentación de uno de sus elementos.

2.2.8. REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto [3535](#) de 2005 las entidades concedentes podrán ejecutar directamente los estudios de mercado o contratar con terceros de reconocida experiencia en el análisis e investigación de mercados, en los términos de la Ley [80](#) de 1993, la realización del Estudio de Mercado de que tratan el artículo [23](#) de la Ley 643 de 2001, teniendo especial cuidado en garantizar la efectividad de los principios que rigen la contratación estatal y las finalidades del monopolio.

Si los estudios de mercado son realizados directamente por las entidades concedentes, se debe contar con los requisitos de contar dentro de su estructura organizacional con los recursos técnicos (capacidad operativa adecuada) y humanos (en términos de experiencia) adecuados requeridos para adelantar los estudios.

En ambos casos, para la realización del estudio se debe contar con un equipo de trabajo que, como mínimo, integre especialistas en estadística, economistas y econometristas. Los profesionales deben estar en capacidad de aplicar las diferentes metodologías planteadas previamente y hacer uso de software econométrico para el análisis de las bases de datos.

2.2.9. CONTENIDO DEL ESTUDIO.

El estudio de mercado que debe ser allegado a esta Superintendencia deberá contener:

2.2.9.1. Un informe detallado en el cual se incluyan los resultados de todas las variables solicitadas y el respectivo análisis, así como las conclusiones generales y específicas del mismo y los valores a transferir al sector salud por concepto de derechos de explotación, mes a mes, durante los cinco años de la concesión;

2.2.9.2. La base de datos del estudio, con la información de cada una de las encuestas junto con los respectivos factores de expansión y el archivo electrónico que contiene el cálculo efectuado para la

las conclusiones presentadas, específicamente en materia de ingresos brutos esperados y los corre derechos de explotación, a fin de efectuar una auditoría de fórmulas;

2.2.9.3. Los instrumentos de medición utilizados: Encuestas, entrevistas, etc., y los procedimientos efectuados para su aplicación.

2.2.10. REMISIÓN DEL ESTUDIO A LA SUPERINTENDENCIA.

Los concedentes deberán allegar el estudio de mercado, en medio impreso y magnético, a la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud con la antelación suficiente que permita la revisión previa y la realización del proceso de licitación y la selección del concesionario.

2.2.11. REVISIÓN DEL ESTUDIO DE MERCADO.

2.2.11.1. La entidad concedente de la operación del juego de apuestas permanentes o chance, sin perjuicio del estudio de mercado previo a la convocatoria de la licitación pública correspondiente realizar, durante la ejecución del respectivo contrato, de oficio o a solicitud del concesionario, un estudio de mercado a partir del segundo año de la concesión, a fin de revisar el potencial del juego de apuestas permanentes y el cumplimiento de las condiciones económicas del contrato.

Si como resultado de dicho estudio se determina un aumento o disminución del monto mensual y de los derechos de explotación previamente establecidos, la entidad concedente dará aplicación al artículo [16](#) de la Ley 80 de 1993.

2.2.11.2. Toda iniciativa para la realización de un estudio de mercado, que tenga por objeto revisar el potencial del juego de apuestas permanentes y el cumplimiento de las condiciones económicas del respectivo contrato de concesión, deberá comunicarse inmediatamente a la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de Recursos Económicos para la Salud, acompañarse del estudio técnico que justifica la viabilidad, conveniencia y oportunidad de la iniciativa y someterse a decisión de la junta directiva de la entidad concedente. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la adopción de la respectiva decisión, esta deberá comunicarse a la mencionada dependencia de esta Superintendencia adjuntándose copia de toda la documentación que le sirvió de fundamento.

2.2.11.3. La sola solicitud para la realización de un estudio de mercado, con el objeto de revisar el potencial del juego de apuestas permanentes o chance y el cumplimiento de las condiciones económicas del contrato de concesión, presentada por el respectivo concesionario, no habilita su inmediata realización, pues corresponde a la junta directiva de la entidad concedente analizar la conveniencia, viabilidad técnica y jurídica y la oportunidad del mismo. De no reunirse satisfactoriamente estas condiciones, la junta directiva correspondiente podrá negar la solicitud.

2.2.11.4. Los estudios de mercado que tengan por objeto revisar el potencial del juego de apuestas permanentes o chance y el cumplimiento de las condiciones económicas del contrato de concesión deberán cumplir los mismos requisitos y objetivos previstos en la presente circular, teniendo en cuenta que el período de tiempo objeto de análisis corresponde al término restante de duración de la respectiva concesión.

2.2.12. OBLIGATORIEDAD DEL ESTUDIO DE MERCADO.

La realización del estudio de mercado, siguiendo la metodología aquí determinada, de conformidad lo previsto en el artículo [23](#) de la Ley 643 de 2001, será condición obligatoria para adjudicar en

concesión el juego de apuestas permanentes en cualquier entidad territorial, así como para efectuar modificaciones al valor mensual y anual por concepto de derechos de explotación estipulados en el respectivo contrato de concesión.

2.2.13. ESTUDIO DE MERCADO Y RENTABILIDAD DEL CONTRATO DE CONCESIÓN PARA LA OPERACIÓN DEL JUEGO DE APUESTAS PERMANENTES O CHANCE.

2.2.13.1. El valor mensual y anual que, por concepto de derechos de explotación para un período determinado, establezca el respectivo estudio de mercado con fundamento en los ingresos brutos esperados de la operación del juego de apuestas permanentes o chance, de conformidad con lo dispuesto en el artículo [23](#) de la Ley 643 de 2001, constituye el valor del respectivo contrato de concesión.

2.2.13.2. Durante la ejecución del contrato de concesión del juego de apuestas permanentes o chance, el concesionario, en aplicación de lo previsto en el artículo [23](#) de la Ley 643 de 2001, deberá cancelar el valor mensual y anual por concepto de derechos de explotación pactado en el contrato y establecer el respectivo estudio de mercado a partir de los ingresos brutos esperados para el período correspondiente.

En el evento en que la liquidación de los derechos de explotación obtenidos del 12% de los ingresos brutos percibidos por el concesionario sea superior al monto de los derechos de explotación establecidos contractualmente, aquel deberá cancelar por este concepto, el valor de la liquidación del 12% sobre los ingresos brutos efectivamente obtenidos.

En el evento en que la liquidación de los derechos de explotación producto del 12% de los ingresos brutos percibidos por el concesionario, resulte inferior al monto de los derechos de explotación estipulados en el contrato, aquel deberá cancelar los derechos de explotación pactados en el contrato.

Las anteriores obligaciones deberán señalarse claramente en los respectivos pliegos de condiciones expresamente en la minuta del contrato de concesión correspondiente.

2.2.14. OPERACIONES EN LÍNEA Y TIEMPO REAL.

2.2.14.1. La entidad concedente en los pliegos de condiciones del respectivo proceso licitatorio y minuta contractual correspondiente deberá establecer, como una de las obligaciones a cargo del concesionario, la de efectuar a través del mecanismo de explotación sistematizado en línea y en tiempo real el porcentaje mínimo anual de operaciones de colocación de apuestas permanentes previsto en la normatividad vigente.

2.2.14.2. Los concesionarios deberán suministrar a la entidad concedente los equipos de cómputo y software licenciado y, la capacitación correspondiente, necesarios para efectuar el control y seguimiento a la colocación de apuestas permanentes por el mecanismo sistematizado en línea y en tiempo real, encargarse del mantenimiento y las actualizaciones necesarias.

Respecto del software utilizado para reportar las apuestas colocadas en línea y en tiempo real, los concesionarios igualmente deberán suministrar a la entidad concedente y a esta Superintendencia el privilegio necesario para efectuar auditoría a los cambios realizados en la información reportada y el sistema de información propiamente dicho, así como los manuales correspondientes. Este software deberá permitir adicionalmente, registrar anotaciones o “logs” que dejen constancia del movimiento de la información reportada, la hora, la fecha y el autor de la novedad o modificación introducida.

Las obligaciones del concesionario sobre este particular deberán incluirse en los pliegos de condiciones.

del proceso licitatorio correspondiente y estipularse en la respectiva minuta contractual.

2.2.15. PAGO PRIMER ANTICIPO Y GIRO DE LOS DERECHOS DE EXPLOTACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD O A LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES.

2.2.15.1. De conformidad con lo previsto en el artículo [23](#) de la Ley 643 de 2001, dentro de los días siguientes a la suscripción del contrato de concesión para la operación del juego de apuestas permanentes o chance, el concesionario deberá cancelar el primer anticipo por concepto de derechos de explotación y así deberá establecerlo la entidad administradora del juego en los pliegos de condiciones del respectivo proceso licitatorio y en la minuta contractual correspondiente.

2.2.15.2. La entidad concedente podrá estipular en los pliegos de condiciones del respectivo proceso licitatorio y en la correspondiente minuta contractual, la posibilidad de que el concesionario gire directamente, a los servicios seccionales de salud o a la entidad que haga sus veces y a la cuenta destinada por estos para el efecto, los derechos de explotación que le corresponde cancelar dentro del término previsto en el artículo [41](#) de la Ley 643 de 2001.

2.2.16. RELACIONES CONCESIONARIO- RED DE COMERCIALIZACIÓN DEL JUEGO.

En virtud de lo dispuesto en el artículo [13](#) de la Ley 50 de diciembre 28 de 1990, por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones, la red de comercialización del respectivo concesionario autorizado para la operación del juego de apuestas permanentes o chance en una determinada jurisdicción territorial, podrá estar integrada por colocadores con carácter dependiente, si su relación con el respectivo titular de la concesión se encuentra mediada por un contrato de trabajo o, independiente, si la actividad de promoción o colocación de apuestas permanentes la desarrolla a través de terceros que por sus propios medios se dedican a esa labor, en virtud de un contrato mercantil.

Sin perjuicio de lo anterior y, de las competencias propias de las entidades administradoras del juego de apuestas permanentes o chance en la respectiva jurisdicción territorial, en materia de fiscalización y control, de conformidad con lo previsto en los artículos [70](#), [21](#) y [22](#) de la Ley 643 de 2001, el responsable para todos los efectos, por la operación del juego de apuestas permanentes y por el cumplimiento de los elementos y características esenciales del juego, especialmente en materia de administración de formularios oficiales y pago de premios, es la persona jurídica titular de la respectiva concesión. Obligación esta que deberá incluirse expresamente en los pliegos de condiciones del respectivo proceso licitatorio y en la correspondiente minuta contractual.

SEGURIDAD DE LOS SORTEOS.

<Subtítulo adicionado por la Circular [59](#) de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

-- Autoridades que deben presenciar el sorteo.

Todo sorteo del juego de lotería tradicional debe realizarse en presencia de las siguientes autoridades:

Si la operación es directa, el sorteo debe ser presenciado por:

1. El alcalde del municipio donde se realiza el sorteo o su delegado.
2. El gerente o representante legal de la lotería o su delegado.
3. El revisor fiscal de la entidad operadora, si lo hubiere.

4. Un (1) funcionario de la Oficina de Control Interno o de la Auditoría Interna.
5. Un (1) representante de los concesionarios de apuestas permanentes de la respectiva lotería.
6. Un (1) delegado de las entidades que tengan autorización para utilizar los resultados de la lotería realizar otros juegos de suerte y azar cuando así lo soliciten.

Para la realización del sorteo se requiere la asistencia de mínimo cuatro de las autoridades mencionadas.

Si la operación se realiza en forma asociada, el sorteo debe ser presenciado además de las personas señaladas, por un delegado de los titulares del monopolio que se hayan asociado.

Si la operación se realiza mediante terceros, en el sorteo se requiere la presencia de las autoridades enunciadas y del representante legal de la entidad concedente.

La entidad operadora del juego de lotería, por escrito, con una anterioridad no inferior a cinco (5) días calendario antes de la realización del sorteo, solicitará la presencia de las autoridades que en los términos de este artículo deben presenciarlo y verificará su asistencia para lo cual se les deberá informar el día, lugar de la realización del sorteo y de las pruebas previas al mismo.

Pruebas previas al sorteo.

Previamente y en presencia de las autoridades que deben presenciar el sorteo, se realizarán pruebas para determinar que el sistema mediante el cual se realice el sorteo y los elementos utilizados en el mismo son exentos de fraudes, vicios, o intervenciones tendientes a alterar la probabilidad de acertar o de sustituir el azar. Si se observa alguna tendencia hacia un resultado determinado se realizarán los cambios requeridos.

Se deberá realizar un mínimo de diez pruebas.

-- Seguridad del lugar y elementos del sorteo.

La entidad operadora deberá garantizar y mantener la seguridad en el lugar de permanencia y custodia de los elementos y sistemas utilizados para realizar el sorteo, los cuales permanecerán en un lugar o artefacto cerrado con sellos de seguridad.

-- De los elementos y sistemas para realizar el sorteo.

La entidad deberá mantener mínimo dos (2) juegos del sistema que utilice para el sorteo, numerados e identificados con colores diferentes, las cuales deben participar en las pruebas previas para garantizar la seguridad y transparencia de los sorteos, en los términos del artículo 20 de la Ley 643 de 2001.

Antes del sorteo se elegirán al azar, dentro de los juegos existentes del sistema que se utilice, cuáles serán los números y cuál la serie.

Si se utiliza un sistema hidroneumático de balotas, se dispondrá de mínimo dos (2) juegos de balotas, las cuales deben ser pesadas y embaladas previamente por un laboratorio de metrología acreditado. El día del sorteo se hará una revisión técnica y se dará mantenimiento estricto a la máquina neumática.

-- Transporte de los elementos y sistemas de sorteo.

En el evento que se requiera desplazamiento de los sistemas que se utilicen para realizar el sorteo, solamente se podrá realizar desde la sede de la lotería hasta el sitio de transmisión del sorteo por televisión. Este movimiento requerirá de todas las garantías de seguridad y vigilancia en el transporte de la urna.

contenga los elementos y sistemas del juego, para evitar pérdidas o que se altere el sistema.

-- Publicidad de los sorteos.

Los sorteos de loterías por ser de interés público nacional deberán transmitirse por un canal de televisión público nacional y/o regional el día, hora y lugar señalados en el cronograma de sorteos expedido por el Ministerio de la Protección Social (o quien haga sus veces). La transmisión del sorteo por televisión en vivo y en directo. No debe hacerse en diferido.

Devolución y perforación de los billetes no vendidos.

Los billetes que no sean vendidos serán entregados por los distribuidores a una empresa de transporte especializada, debidamente perforados, por lo menos una hora antes de la realización del sorteo. Si es electrónica se deberá garantizar que la información sobre la venta y lo no vendido esté a disposición de la entidad operadora del juego por lo menos una hora antes de la realización del sorteo.

Con anterioridad a la realización del sorteo, y en presencia de las autoridades del mismo, la entidad operadora perforará los billetes que no haya dado a la venta y hará entrega de un archivo conteniendo información sobre lo vendido y no vendido en forma electrónica.

-- Código de barras.

Cada billete de lotería será identificado con un código de barras que exprese cuando menos la entidad operadora, el distribuidor, el billete y el sorteo para el cual fue emitido. Las mismas garantías se deberán adoptar para la venta electrónica.

En todo caso, el código de barras que se adopte debe permitir su lectura por medio de un lector óptico, el objeto de permitir su consolidación y transmisión electrónica.

-- Reporte de la devolución de billetes no vendidos.

Los distribuidores de billetes de lotería deberán enviar a la entidad operadora, con antelación al sorteo, la relación en la que se identifiquen los billetes que no fueron vendidos, utilizando un medio de reporte electrónico.

La operadora de Juego de Lotería deberá establecer las medidas administrativas y gerenciales tendientes a garantizar el normal y oportuno flujo de información, relacionada a la devolución de la billetería y a tener un plan de contingencia para garantizar la solución de los inconvenientes de tipo técnico que se puedan presentar; así como el procedimiento a seguir en caso de caso fortuito o fuerza mayor.

Notas de Vigencia

- Subtítulo 'Seguridad en los sorteos' adicionado por la Circular [59](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.

CAPITULO II.

OPERADORES DEL JUEGO DE APUESTAS PERMANENTES – CHANCE.

1. NORMATIVIDAD APLICABLE.

<Numeral modificado por la Circular [5](#) de 2011. El nuevo texto es el siguiente:>

La Ley [643](#) de 2001, respecto al Régimen del Juego de Apuestas Permanentes o Chance, determina

“Artículo [22](#). **Explotación del Juego de las Apuestas Permanentes o Chance.** Corresponde a los departamentos y al Distrito Capital la explotación, como arbitrio rentístico, del juego de las apuestas permanentes o chance. La explotación la podrán realizar directamente por intermedio de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado, operadoras de loterías, o por intermedio de las Sociedades del Estado Público Departamental (SCPD), que se autoriza y ordena crear en la presente ley.

Sólo se podrá operar el juego de apuestas permanentes o chance, a través de terceros seleccionados mediante licitación pública, y por un plazo de cinco (5) años.

Los operadores privados de esta modalidad de juego deberán tener un patrimonio técnico mínimo, las garantías y cumplir los demás requisitos que para tal efecto les señale el reglamento expedido por el Gobierno Nacional.

PARÁGRAFO. Para los efectos de la presente ley los ingresos provenientes de juegos de apuestas permanentes de Bogotá y Cundinamarca continuarán distribuyéndose en un setenta por ciento (70%) Fondo Financiero de Salud de Bogotá y el treinta por ciento (30%) para el Fondo Departamental de Cundinamarca, descontados los gastos administrativos de la explotación.

Artículo [23](#). **Derechos de explotación.** Los concesionarios del juego de apuestas permanentes o chance pagarán mensualmente a la entidad concedente a título de derecho de explotación, el doce por ciento de sus ingresos brutos.

Al momento de la presentación de la declaración de los derechos de explotación, se pagarán a título de anticipo de derechos de explotación del siguiente período, un valor equivalente al setenta y cinco por ciento (75%) de los derechos de explotación que se declaran.

En el caso de nuevos concesionarios el primer pago de anticipo se realizará con base en los ingresos esperados, de acuerdo con el estudio de mercado elaborado para el efecto y presentado en el marco de la licitación previa a la celebración del contrato de concesión.

Si se trata de concesionarios que ya venían operando el juego, el pago de anticipo que se realice a partir de la vigencia de la presente ley, se hará con base en el promedio simple de los ingresos brutos del concesionario de los doce (12) meses anteriores; en todo caso, el anticipo no podrá ser inferior al porcentaje de lo pagado como regalía en los últimos doce (12) meses.

PARÁGRAFO. La diferencia entre el valor total de los derechos liquidados en el periodo y el anticipo pagado en el período anterior constituirá el remanente o saldo de los derechos de explotación a pagar en el período respectivo.

En el evento de que el valor total de los derechos de explotación del período sea inferior al anticipo liquidado por el mismo, procederá el reconocimiento de compensaciones contra futuros derechos de explotación”.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 octubre de 2011.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1. La Ley [643](#) de 2001 determinó que a los departamentos y al Distrito Capital les corresponde la explotación, como arbitrio rentístico, del juego de las apuestas permanentes o chance, explotación se puede realizar directamente por intermedio de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado, o por intermedio de las Sociedades de Capital Público Departamental (SCPD).

La citada ley estableció que el juego de apuestas permanentes o chance sólo se puede operar a través de terceros seleccionados mediante licitación pública y por un plazo de cinco (5) años improrrogable. Además, determinó que los concesionarios del juego de apuestas permanentes o chance están en la obligación de pagar mensualmente el doce por ciento (12%) de sus ingresos brutos, a la entidad concedente, a título de derecho de explotación.

2. INSTRUCCIONES.

<Numeral modificado por la Circular [5](#) de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Los formularios que relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de los operadores del Juego de Apuestas Permanentes, Chance, cualquiera que sea su naturaleza jurídica; remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de sus funciones, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información remitida.

Descripción Tipo de Información	Periodicidad	Plazo
Reporte de Derechos de Explotación	Mensual	5 días siguientes al vencimiento del plazo para declarar
Premios No Reclamados	Mensual	10 primeros días de cada mes
Reporte de Transferencias	Mensual	15 días siguientes al vencimiento del plazo para declarar
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año

Los Estados Financieros deben enviarse en archivo plano y adicionalmente remitir en medio impreso: Balance General, el Estado de Resultados, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal. La información a remitir en el archivo debe contemplar exclusivamente los saldos correspondientes a la operación del juego de apuestas permanentes o chance, el enviado en medio impreso debe contener la información correspondiente a la Empresa, clasificada por unidad de negocio.

Los operadores del juego de Apuestas Permanentes o Chance deben realizar el cargue de la información de los Estados Financieros de acuerdo con la codificación establecida en el Plan Único de Cuentas (PUC) vigente para comerciantes, a seis dígitos.

Los operadores del juego de apuestas permanentes o chance deben remitir a la Superintendencia en cada uno de los periodos de liquidación, la declaración de derechos de explotación y el soporte de la transferencia de estos y los intereses moratorios al Fondo Departamental de Salud y/o quien haga función de fiscalización de las entidades concedentes.

En concordancia con lo dispuesto en el Título I de la presente Circular, frente al reporte de los arch
conexión en línea y tiempo real de apuestas permanentes, son responsables de la calidad, veracidad
confiabilidad de dichos reportes, además del Representante Legal, el Revisor Fiscal (si lo hubiere),
contador.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 octubre de 2011.
- Inciso adicionado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007, con el texto adicionado por la Circular 52 de 2008:

2. Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciad
remitidos por parte de los operadores del juego de Apuestas Permanentes – Chance–, cualquiera c
su naturaleza jurídica, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamen
solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en
cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la
información reportada.

Descripción Tipo De Periodicidad Plazo

Información

Reporte de derechos de 5 días siguientes al
explotación Mensual vencimiento del plazo
para declarar

Estados Financieros Anual 10 primeros días
calendario del mes de
abril de cada año.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta
Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la
certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisió
información.

Segundo Envío de Información. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular los repo
enviados no podrán ser modificados ni eliminados. En caso de errores en los reportes el Represen
Legal de la entidad deberá solicitar autorización para realizar un segundo envío de la información
explicando claramente los motivos de la inconsistencia y anexando los soportes documentales
pertinentes.

Una vez la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de autorice el segundo envío, le será enviada una comunicación y, a partir de ese momento, podrá incluir la información corregida, sin perjuicio del cumplimiento de los plazos establecidos en la presente circular.

Actualización de Datos. En la medida en que se realicen cambios en la representación legal de la entidad; dirección; razón social y/o revisoría fiscal estos datos deben ser actualizados por escrito a la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud, dentro de los cinco (5) días siguientes a su ocurrencia.

<Inciso adicionado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades concedentes del juego de apuestas permanentes deberán allegar los contratos de concesión para el juego de apuestas permanentes o chance indicando la rentabilidad mínima mensual y anual de los derechos de explotación, de conformidad con los valores mensuales determinados en el estudio de mercado..

3. JUEGOS AUTORIZADOS EN MATERIA DE APUESTAS PERMANENTES O CHANCE.

<Numeral adicionado por la Circular [5](#) de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Los sorteos correspondientes a juegos autorizados, cuyos resultados se utilizan exclusivamente en el juego de apuestas permanentes o chance, deberán cumplir las condiciones mínimas para efectuar los sorteos, en materia de seguridad y publicidad, previstas en la Circular Externa Única de la Superintendencia Nacional de Lotería.

La realización de los mencionados sorteos requiere previa presentación y aprobación escrita, por parte de la junta directiva de la respectiva Entidad Concedente, del cronograma de sorteos en el que se indique fecha y hora de su realización, así como de un manual de procedimientos para la realización del sorteo en el que se describan de manera precisa y detallada cada una de las actividades que lo componen y los responsables de las mismas.

Cualquier cambio o modificación en el cronograma de sorteos y en el manual de procedimientos requiere autorización previa de la junta directiva de la respectiva Entidad Concedente y debe solicitarse con un mínimo de ocho (8) días hábiles de anticipación a la implementación de la modificación que se pretende.

El cronograma de sorteos y el manual de procedimientos para la realización de sorteos y sus modificaciones deben remitirse a la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud de esta Superintendencia, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a su aprobación por parte de la respectiva entidad concedente junto con los actos administrativos correspondientes.

De conformidad con lo establecido en el Decreto [4643](#) de 2005 o la norma que lo modifique o adicione, las entidades concedentes deben remitir la documentación relacionada con la autorización del reconocimiento de incentivos a los concesionarios del juego de apuestas permanentes o chance.

Notas de Vigencia

- Numeral 3 adicionado por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 20 de octubre de 2011.

4. PREMIOS NO RECLAMADOS.

<Numeral adicionado por la Circular [5](#) de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> “Con el fin de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control respecto a la destinación de premios de los juegos de apuestas permanentes o chance, la Superintendencia Nacional de Lotería emitirá las disposiciones que considere necesarias para garantizar el cumplimiento de las obligaciones de los concesionarios del juego de apuestas permanentes o chance.”

azar no reclamados dentro de los términos de que trata el artículo [12](#) de la Ley 1393 de 2010, a partir de julio de 2011 todos los operadores de juegos de suerte y azar deben reportar el valor total de los no reclamados una vez operado el término de prescripción o de caducidad judicial (archivo 219), que vayan causando durante el período (mes) a reportar y efectuar la transferencia respectiva en el archivo 205 – reporte de transferencias”.

Premios No Reclamados (Loterías, Concesionarios de Apuestas Permanentes, Operadores de Juego Localizados y la Empresa Territorial para la Salud – Etesa, en Liquidación y/o quien haga sus veces:

Archivo Tipo 219

Campo	Dato	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	NIT	Número de NIT	16	Solo dígitos
2	Dígito Verificación	Número del Dígito de verificación del NIT	1	Solo dígitos
3	Código entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	10	Alfanumérico
4	Periodo de corte	Periodo de corte para la presentación de la información	2	VER TABLA PERIODOS
5	Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Solo dígitos
6	Tipo de Registro	Escriba 219	3	Solo dígitos
7	Código Departamento	Código del Departamento al cual se le transfiere el impuesto, según tabla DANE	2	Solo dígitos
8	Código Municipio	Código del Municipio al cual se le transfiere el impuesto, según tabla DANE	5	Solo dígitos
9	Monto acumulado premios no reclamados	Monto Acumulado en el mes reportado de los premios no reclamados	16	Numéricos
10	Código Entidad bancaria	Código de la Entidad bancaria donde se depositan los recursos, según tabla Entidades bancarias	3	Solo dígitos
11	Número de cuenta bancaria	Número de cuenta bancaria	16	Solo dígitos

Notas de Vigencia

- Numeral 4. adicionado por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 2 octubre de 2011.

Reporte Contratos Concesión Apuestas Permanentes

<Reporte adicionado por la Circular [5](#) de 2011. El nuevo texto es el siguiente:>

Archivo Tipo 216

Campo	Dato	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	NIT	Número de NIT entidad concedente	16	Solo dígitos
2	Dígito Verificación	Número del Dígito de verificación del NIT	1	Solo dígitos
3	Código entidad	Código entidad o Departamento que concede la operación del juego de apuestas permanentes o chance, según tabla DANE o tabla entidades asignado por la Superintendencia	10	Alfanumérico
4	Fecha Inicio de Concesión	Fecha de Inicio del contrato	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
5	Fecha Finalización de Concesión	Fecha Finalización de Concesión	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
6	Tipo de Registro	Escriba 216	3	Solo dígitos
7	Código del Departamento	Código del Departamento donde se explota el juego de apuestas permanentes, según tabla DANE	2	Solo dígitos
8	Código Municipio	Código del Municipio donde estén autorizados puntos de venta, según tabla DANE	5	Solo dígitos
7	No del Contrato	Número asignado por la entidad concedente al contrato	10	Alfanumérico
9	Monto del Contrato	Rentabilidad mínima pactada en el contrato	16	Numéricos
10	Fecha del Contrato	Fecha de suscripción del contrato	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
11	Concesionario	Razón Social del concesionario	99	Alfabético
12	Tipo de reporte	1 = Inicial	1	Solo dígitos
		2 = Modificación	-	-
		3 = Prórroga	-	-

Notas de Vigencia

- Reporte adicionado por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011. La Circular 5 de 2011 no es clara en establecer en donde se adiciona este reporte

<Tabla adicionada por la Circular [5](#) de 2011. El nuevo texto es el siguiente:>

-	Departamento Titular del Derecho a Explotar el Juego de Apuestas Permanentes	Concedente
1	Amazonas	Gobernación del Amazonas
2	Antioquia	Beneficencia de Antioquia – BENEDAN
3	Arauca	Gobernación del Arauca
4	Atlántico	Empresa Departamental de Juegos de Suerte y Azar EDUSUERTE (Empresa industrial y comercial del Estado con orden departamental, creada mediante Decreto 278 de agosto de 2009)
5	Bogotá y Cundinamarca	Lotería de Bogotá
6	Bolívar	Lotería de Bolívar la Millonaria del Caribe
7	Boyacá	Lotería de Boyacá
8	Caldas	Empresa Deptal. para la Salud - EDSA
9	Caquetá	Gobernación del Caquetá
10	Casanare	Gobernación del Casanare
11	Cauca	Lotería del Cauca
12	Cesar	Empresa Administradora de Juegos de Suerte y Azar del Cesar
13	Chocó	Gobernación del Chocó
14	Córdoba	Gobernación de Córdoba
15	Guainía	Gobernación del Guainía
16	Guaviare	Gobernación del Guaviare
17	Huila	Empresa Lotería y Juego de Apuestas Permanentes del Departamento del Huila
18	La Guajira	Empresa Departamental de Loterías y Juegos de Suerte y Azar de La Guajira- EDELGUA
19	Magdalena	Administrador del chance Secretario del Interior del Magdalena (Decreto 594 05/10/2007 - firmado por el Gobernador)
20	Meta	Lotería del Meta
21	Nariño	Lotería de la Beneficencia de Nariño
22	Norte de Santander	Lotería de Cúcuta
23	Putumayo	Gobernación del Putumayo
24	Quindío	Lotería del Quindío
25	Risaralda	Lotería de Risaralda
26	San Andrés	Gobernación Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
27	Santander	Lotería Santander

28	Sucre	Empresa Comercial de Juegos de Suerte Azar de Sucre – EMCOAZAR
29	Tolima	Lotería del Tolima
30	Valle del Cauca	Beneficencia del Valle del Cauca
31	Vaupés	Gobernación del Vaupés
32	Vichada	Gobernación del Vichada

Notas de Vigencia

- Tabla adicionada por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011. La Circular 5 de 2011 no es clara en establecer en donde se adiciona esta tabla.

CAPITULO III.

JUEGOS DE SUERTE Y AZAR DISTINTOS A LOTERÍAS Y CHANCE.

1. NORMATIVIDAD APLICABLE.

La Ley [643](#) de 2001 definió las distintas modalidades de juegos de suerte y azar, así como los derechos de explotación que generan y las entidades competentes para autorizar su funcionamiento, así:

1.1. Las rifas son una modalidad de juego de suerte y azar en la cual se sortean, en una fecha predeterminada premios en especie entre quienes hubieren adquirido o fueren poseedores de una o más boletas, emitidas en serie continua y puestas en venta en el mercado a precio fijo por un operador debidamente autorizado. Las rifas de carácter permanente están prohibidas.

La explotación, como arbitrio rentístico, de las rifas le corresponde a los municipios o el Distrito Capital siempre y cuando operen exclusivamente en su jurisdicción territorial; a los departamentos, cuando en dos o más municipios de un mismo departamento o un municipio y el Distrito Capital; y a la Empresa Territorial para la Salud (ETESA), cuando la rifa opere en dos o más departamentos, o en un departamento y el Distrito Capital.

Los derechos de explotación corresponden al catorce por ciento (14%) de los ingresos brutos.

1.2. Los juegos promocionales son organizados y operados con fines de publicidad o promoción de servicios, establecimientos, empresas o entidades, en los cuales se ofrece un premio al público, sin acceder al juego se pague directamente.

Estos juegos generan en favor de la entidad administradora del monopolio derechos de explotación equivalentes al catorce por ciento (14%) del valor total del plan de premios.

1.3. Los juegos localizados son modalidades que se operan con equipos o elementos de juegos, en establecimientos de comercio, a los cuales asisten los jugadores como condición necesaria para poder apostar, tales como los bingos, video bingos, esferódromos, máquinas tragamonedas, y los operados en casinos y similares.

También se consideran locales de juegos los establecimientos en donde se combina la operación de tipos de juegos de los considerados como localizados con otras actividades comerciales o de servicios.

Estos juegos deben ser operados por intermedio de terceros, previa autorización y suscripción de los contratos de concesión con la Empresa Territorial para la Salud, ETESA, los derechos de explotación

pertenecen a los municipios y el Distrito Capital y deben ser distribuidos mensualmente.

Los derechos de explotación por los juegos localizados se pagan mensualmente según las tarifas dadas en la Ley [643](#) de 2001 para cada modalidad.

1.4. Las apuestas en eventos deportivos, gallísticos, caninos y similares son una modalidad de juegos de suerte y azar en la cual las apuestas de los jugadores están ligadas a los resultados de los respectivos eventos deportivos, gallísticos, caninos y similares, tales como el marcador, el ganador o las combinaciones o aproximaciones preestablecidas.

Los derechos de explotación se pagan mensualmente y se determinan con base en la reglamentación de cada juego.

1.5. Las apuestas hípcas nacionales pagan como derechos de explotación el dos por ciento (2%) de ingresos brutos, por su parte las apuestas hípcas sobre carreras foráneas pagan como derechos de explotación el 15% de los ingresos brutos.

1.6. Como juegos novedosos se entiende cualquier otra modalidad de juegos de suerte y azar distintas a las loterías tradicionales o de billetes, de las apuestas permanentes y de los demás juegos a que se refiere el [643](#) de 2001.

Entre los juegos novedosos se encuentran la Lotto preimpresa, la lotería instantánea, el Lotto en línea y los demás juegos masivos, realizados por medios electrónicos, por Internet o mediante cualquier otra modalidad en tiempo real que no requiera la presencia del apostador.

2. INSTRUCCIONES.

2.1. OPERADORES DE JUEGOS.

<Numeral modificado por la Circular [5](#) de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de los operadores de juegos de suerte y azar diferentes a Loterías y Apuestas Permanentes – Chance –, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de sus funciones, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información requerida.

Descripción Tipo de Información	Periodicidad	Plazo
Instrumentos de juegos autorizados	Mensual	10 primeros días de cada mes
Transferencias	Mensual	10 primeros días de cada mes
Premios no reclamados	Mensual	10 primeros días de cada mes
Transferencias de premios no reclamados	Mensual	10 primeros días de cada mes
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

La información correspondiente a los Estados Financieros debe cargarse en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud mediante archivo plano; exclusivamente se debe relacionar la información correspondiente al ejercicio de la concesión y adicionalmente remitir a la Superintendencia Nacional de Salud.

medio impreso, la información financiera consolidada que incluya la totalidad de los negocios que dicho operador de juegos (Balance General y Estado de Resultados en forma comparativa de los dos últimos años con corte a 31 de diciembre, así como las correspondientes notas a los Estados Financieros, la certificación de los mismos y el Dictamen del Revisor Fiscal.

Los operadores de juegos de suerte y azar distintos a Loterías y Chance deben realizar el cargue de información de los Estados Financieros de acuerdo con la codificación establecida en el plan único de cuentas vigente para comerciantes, a seis dígitos.

Así mismo, es necesario que reporten el monto correspondiente a las transferencias reportadas a la Entidad Territorial para la Salud – Etesa – en Liquidación y/o en su defecto a la entidad que haga sus veces, como el valor correspondiente al Total de Activos, de acuerdo con lo reportado en los Estados Financieros con corte a diciembre 31, tanto del año reportado así como del período inmediatamente anterior en forma comparativa, a más tardar el 10 de abril de cada año.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 octubre de 2011.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.1 Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de los operadores de juegos de suerte y azar diferentes a Loterías y Apuestas Permanentes – Chance –, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

Descripción Tipo De Información Periodicidad Plazo

Instrumentos de juego autorizados Mensual 10 primeros días de cada mes

Transferencias Mensual 10 primeros días de cada mes

Estados financieros Anual 10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

2.2. EMPRESA TERRITORIAL PARA LA SALUD – ETESA.

<Numeral modificado por la Circular [5](#) de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Los formularios q

relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de la Empresa Territorial para la Salud – Etesa, en Liquidación o la Entidad que haga sus veces, sólo se podrá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de sus funciones, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

Descripción Tipo de Información	Periodicidad	Plazo
Operadores Autorizados	Mensual	10 primeros días de cada mes
Recaudos de Operadores	Mensual	10 primeros días de cada mes
Transferencias al sector Salud	Mensual	10 primeros días de cada mes
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

La Empresa Territorial para la Salud – Etesa, en liquidación y/o quien haga sus veces debe realizar de la información de los Estados Financieros de acuerdo con la codificación establecida en el Plan de la Contaduría Pública, desagregada a diez dígitos.

Así mismo, se debe reportar en medio físico, por cada operador de juegos de suerte y azar distintos loterías y chance el monto correspondiente a las transferencias al sector salud, así como el valor correspondiente al Total de Activos, acorde a lo reportado en los Estados Financieros con corte a día 31 de cada vigencia, comparativos con el año reportado inmediatamente anterior, simultáneo con el de los estados financieros.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 octubre de 2011.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.2 Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de la Empresa Territorial para la Salud – ETESA, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

Descripción Tipo De Información Periodicidad Plazo

Operadores autorizados Mensual 10 primeros días de cada mes

Recaudos de operadores Mensual 10 primeros días de cada mes

Transferencias a salud Mensual 10 primeros días de cada mes

Estados financieros Anual 10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

A partir de la entrada en vigencia de la presente circular los reportes enviados no podrán ser modificados ni eliminados. En caso de errores en los reportes el Representante Legal de la entidad deberá solicitar autorización para realizar un segundo envío de la información explicando claramente los motivos de la inconsistencia y anexando los soportes documentales pertinentes.

Una vez la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud autorice el segundo envío, le será enviada una comunicación y, a partir de ese momento, podrá ingresar la información corregida, sin perjuicio del cumplimiento de los plazos establecidos en la presente circular.

En la medida en que se realicen cambios en la representación legal de la entidad; dirección; razón social y/o revisoría fiscal estos datos deben ser actualizados por escrito ante la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud, dentro de los cinco (5) días siguientes a su ocurrencia.

2.3. PREMIOS NO RECLAMADOS.

<Numeral adicionado por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> “Con el fin de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control respecto a la destinación de premios de los juegos de suerte y azar no reclamados dentro de los términos que trata el artículo 12 de la Ley 1393 de 2010, a partir del 1 de julio de 2011 todos los operadores de juegos de suerte y azar deben reportar el valor total de los premios no reclamados una vez operado el término de prescripción o de caducidad judicial (archivo 219), que se genera durante el período (mes) a reportar y efectuar la transferencia respectiva en el archivo tipo reporte de transferencias”.

Premios No Reclamados (Loterías, Concesionarios de Apuestas Permanentes, Operadores de Juegos de Suerte y Azar Localizados y la Empresa Territorial para la Salud – Etesa, en Liquidación y/o quien haga sus veces).

Archivo Tipo 219

Campo	Dato	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	NIT	Número de NIT	16	Solo dígitos
2	Dígito Verificación	Número del Dígito de verificación del NIT	1	Solo dígitos
3	Código entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	10	Alfanumérico
4	Periodo de corte	Periodo de corte para la presentación de la información	2	VER TABLA PERIODOS
5	Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Solo dígitos
6	Tipo de Registro	Escriba 219	3	Solo dígitos
7	Código Departamento	Código del Departamento al cual se le transfiere el impuesto, según tabla DANE	2	Solo dígitos
8	Código Municipio	Código del municipio al cual se le transfiere el impuesto, según tabla DANE	5	Solo dígitos
9	Monto acumulado premios no reclamados	Monto acumulado en el mes reportado de los premios no reclamados	16	Numéricos
10	Código Entidad bancaria	Código de la Entidad bancaria donde se depositan los recursos, según tabla Entidades bancarias	3	Solo dígitos
11	Número de cuenta bancaria	Número de cuenta bancaria	16	Solo dígitos

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.

CAPITULO IV.

BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

1. NORMATIVIDAD APLICABLE.

1.1. MONOPOLIO DE LICORES.

Desde 1736 se encuentran los primeros antecedentes sobre la constitución del monopolio de licores Virreinato de la Nueva Granada, según se relata en la sentencia de la Sección Primera del Consejo de Estado del 24 de septiembre de 1998 expediente 4979, cuando se gravó la producción del aguardiente con un impuesto. En 1781 el Visitador Regio Juan Francisco Gutiérrez de Piñeres constituyó el monopolio del tabaco y del aguardiente.

En el artículo [1o](#) del Decreto Legislativo 41 de 1905 se estableció, entre otras, como rentas nacionales

licores, y en el artículo [2o](#) dispuso que la renta de licores consiste en el monopolio de la producción, introducción y venta de licores destilados embriagantes y comprende el aguardiente de caña y sus compuestos; el brandy o coñac, whisky, el champagne, pusse-café, chartreuse, cremas, curacao, y sus similares, y el extracto de coñac y los espíritus concentrados para la fabricación de los licores a dichos.

La Asamblea Nacional Constituyente y Legislativa de Colombia, en el artículo [1o](#) de la Ley 15 de 1905, ratificó con carácter de ley permanente, entre otros, el Decreto Legislativo [41](#) de 1905.

Por su parte el artículo [1o](#) del Decreto 1344 de 1908 consagró:

“Cédese en provecho de los Departamentos y los Municipios el producto de las Rentas de Licores Nacionales...”

PARÁGRAFO 2o. El Gobierno por medio de los Gobernadores reglamentará la distribución e inversión del producto de estas Rentas.”

Posteriormente, el Acto Legislativo 3 de 1910 desarrollado mediante la Ley [88](#) de 1910, entre otros que un monopolio se puede establecer solo como arbitrio rentístico y en virtud de ley, además, ratificó la facultad de las Asambleas de monopolizar la producción, introducción y venta de licores destilados embriagantes.

La Ley 4ª de 1913, Código de Régimen Político y Municipal, en el numeral 36 del artículo [97](#) reiteró la facultad de las Asambleas Departamentales para “Monopolizar en beneficio de su Tesoro, si lo estimare conveniente, y de conformidad con la ley, la producción, introducción y venta de licores destilados embriagantes, o gravar esas industrias en la forma en que lo determine la ley, si no conviene el monopolio”. Negrilla fuera de texto.

Posteriormente, el artículo [61](#) de la Ley 14 de 1983, ratificó que:

“La producción, introducción y venta de licores destilados constituyen monopolios de los departamentos como arbitrio rentístico en los términos del artículo [31](#) de la Constitución Política de Colombia. En consecuencia, las Asambleas Departamentales regularán el monopolio o gravará esas industrias y actividades, si el monopolio no conviene, conforme a lo dispuesto en esta ley”. Negrilla fuera de texto.

Y el artículo [63](#) ibídem estableció que:

“En desarrollo del monopolio sobre la producción, introducción y venta de licores destilados, los departamentos podrán celebrar contratos de intercambio con personas de derecho público o de derecho privado y todo tipo de convenio que, dentro de las normas de contratación vigentes permita agilizar el comercio de estos productos.

Para la introducción y venta de licores destilados, nacionales o extranjeros, sobre los cuales el departamento ejerza el monopolio, será necesario obtener previamente su permiso, que sólo los otorgará una vez; y celebren los convenios económicos con las firmas productoras, introductoras o importadoras en los términos que se establezca la participación porcentual del departamento en el precio de venta del producto, sin superar los límites tarifarios establecidos en esta ley”. Negrilla fuera de texto.

Ahora, el Decreto 2969 de 1983, reglamentario de la Ley 14 de 1983, en su artículo [4o](#) dispuso que el impuesto nacional de consumo de bebidas alcohólicas, cedido a los departamentos, estos no podrán conceder ninguna clase de exoneraciones o rebajas.

El artículo [336](#) de la Constitución Política de 1991 determinó que:

“ ...

Ningún monopolio podrá establecerse sino como arbitrio rentístico, con una finalidad de interés público social y en virtud de la ley.

La ley que establezca un monopolio no podrá aplicarse antes de que hayan sido plenamente indemnizados los individuos que en virtud de ella deban quedar privados del ejercicio de una actividad económica.

La organización, administración, control y explotación de los monopolios rentísticos estarán sometidos a un régimen propio, fijado por la ley de iniciativa gubernamental.

...”.

La honorable Corte Constitucional, en Sentencia C-[1191](#) de 2001[4], al referirse a las rentas provenientes del monopolio de licores, tradicionalmente en cabeza de los departamentos, explicó que:

“... Así, una revisión de las discusiones sobre este punto muestra que los Constituyentes variaron la destinación de esos recursos. Inicialmente esos dineros debían ser utilizados “exclusivamente” para servicios de salud. Luego la Asamblea consideró que sólo debían destinarse “preferentemente” a esos servicios, y esa modificación fue incorporada en el inciso 5o del artículo [336](#) de la Carta. Una de las principales invocadas para ese cambio fue la idea de “no limitar, por la Constitución, la autonomía de los departamentos. Los Constituyentes explicaron que la destinación preferente de las rentas de licores no abrió la posibilidad a que las autoridades respectivas pudieran invertir en otras áreas, cuando se surtían las necesidades básicas e insatisfechas.” Negrilla fuera de texto.

Además, la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, en el Concepto [1458](#) de 2002, entre otros, afirma que el monopolio de producción, introducción y venta de licores no ha variado en su concepción esencial desde su establecimiento en el año de 1905, no se trata de tres monopolios diferentes sino que el único existente comprende las tres fases o etapas; así corresponde al conjunto de actividades productivas cuyo objeto no es únicamente la transformación de la materia (producción), sino también la distribución del producto industrial, del mismo modo el monopolio se extiende a la introducción y a la jurisdicción de un departamento, bien de los licores destilados de producción nacional elaborado en el departamento o bien de los licores importados.

El Decreto [4692](#) del 21 de diciembre de 2005 estableció que la destinación preferente de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores exige su aplicación por lo menos en el 51% a la financiación de los servicios de salud y educación.

Además, el citado decreto determina que el Gobernador o su delegado, deberá informar al Ministerio de Educación Nacional, Dirección de Descentralización y a la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los 30 días hábiles siguientes a la aprobación del presupuesto, los montos incorporados con destino a la financiación de los servicios de salud y educación. Igualmente, dentro de los 30 días hábiles siguientes al cierre de la vigencia fiscal, deberá informar los montos efectivamente ejecutados discriminando por rubro específico de gasto, la fuente de financiación.

Al mismo tiempo facultó a la Superintendencia Nacional de Salud para exigir la suscripción de planes de desempeño, con los departamentos, para garantizar en la vigencia fiscal de 2006, la efectiva destinación de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, sin perjuicio de las acciones que en virtud de sus funciones de inspección, vigilancia y control le corresponde adelantar.

1.2 Definiciones

La Ley 14 de 1983 en el artículo [70](#) determinó que el Gobierno Nacional, en desarrollo de la potestad reglamentaria y teniendo en cuenta las normas técnicas del Ministerio de Salud y del ICONTEC, de qué se entiende por licores, vinos, aperitivos y similares, para los efectos de esta ley.

Se encuentra que el Gobierno Nacional mediante el Decreto 365 de 1994, adoptó la siguiente definición:

“... ”

9. Licor: Es la bebida alcohólica con una graduación mayor de 20 grados alcoholimétricos, que se obtiene por destilación de bebidas fermentadas, o por mezcla de alcohol rectificado neutro o aguardiente con sustancias de origen vegetal, o con extractos obtenidos con infusiones, percolaciones o maceraciones de los citados productos. Sólo podrá edulcorarse con sacarosa, glucosa, fructuosa, miel, o sus mezclas y con los colorantes permitidos por el Ministerio de Salud.

...”

En Colombia se denomina “aguardiente” al licor anisado que se obtiene destilando una maceración de semillas de anís (común, estrellado o su mezcla) adicionado o no de otras sustancias aromáticas en alcohol rectificado neutro, o mezclando alcohol rectificado neutro con agentes aromáticos seguido o no de destilación, adicionado o no de otras sustancias aromáticas, edulcorantes o colorantes permitidos.

Además, el Consejo de Estado en los conceptos números 367 de 1990 y [1458](#) de 2002 hace diferencia entre los licores destilados del monopolio, y las bebidas fermentadas, así:

“... ”

Para la imposición del gravamen al consumo y para determinar la extensión del monopolio, la ley distingue entre licores destilados (aguardiente anisado, whisky, brandy, coñac, ginebra, ron, etc.) y bebidas fermentadas (vinos, vinos espumosos o espumantes, cervezas, aperitivos y similares) (1). Respecto a los primeros, existe el monopolio por los departamentos en relación con su producción, introducción y distribución en el territorio departamental; además, la respectiva entidad territorial percibe el impuesto al consumo que será pagado por los productores o introductores de dichos licores. En cuanto a las segundas, no existe monopolio estatal y, por tanto, su producción y distribución son libres en el territorio nacional, con sujeción al pago del impuesto al consumo y en la medida en que las disposiciones sanitarias no lo prohíban.

...”

1.3 IVA CEDIDO A SALUD.

1.3.1 LICORES, VINOS, APERITIVOS Y SIMILARES.

El artículo [1°](#) de la Ley 21 de 1963 facultó al Presidente para establecer impuestos sobre las ventas de artículos terminados que efectúen los productores o importadores. Adicionalmente, determinó, que para los artículos gravados, el Gobierno podría seleccionar algunos cuyo impuesto pudiese ser recaudado por los departamentos, el Distrito Especial de Bogotá y los municipios a fin de cederlos a estas entidades para el sostenimiento de hospitales y demás establecimientos de asistencia pública.

El Decreto 3288 de 1963 en sus artículos [1°](#) y [2°](#), estableció el impuesto sobre las ventas, entre otros, para los licores de producción nacional, y en el artículo 8° reiteró la facultad del Gobierno para seleccionar algunos artículos gravados y ceder, a favor de los departamentos y el Distrito, su producido para el

financiamiento de hospitales.

Por su parte el Decreto [2073](#) de 1965, determinó ceder a los Departamentos y al Distrito Especial el producido del impuesto sobre las ventas de licores nacionales que se causará dentro del territorio entidad beneficiaria, de conformidad con la autorización consagrada en el artículo [8°](#) del Decreto 31 de 1963. Cesión que fue ratificada por el artículo [1°](#) de la Ley 33 de 1968, además, en el Decreto [156](#) de 1968 se reiteró, nuevamente, que la cesión se hacía en forma proporcional al valor total de los productos consumidos en la respectiva entidad territorial.

El artículo [2o](#) del Decreto 880 de 1979, por su parte, estableció la obligación para las licoreras de pagar directamente, a partir del 1o de julio de 1979, el IVA a los Servicios Seccionales de Salud, en igual proporción al valor liquidado correspondiente al consumo de cada departamento.

El Decreto [1897](#) de 1987 dispuso, que del valor correspondiente al impuesto sobre las ventas cedido a los Servicios Seccionales de Salud por el consumo de licores destilados de producción nacional en el departamento de Cundinamarca y en el Distrito Especial de Bogotá, se distribuyera: el setenta por ciento (70%) para el Servicio Seccional de Salud del departamento de Cundinamarca y el treinta por ciento (30%) para el Servicio de Salud de Bogotá.

Además, estableció para las empresas productoras de licores la obligación de pagar directamente el impuesto, en las proporciones anteriormente señaladas, a favor de los Servicios Seccionales de Salud del Departamento y del Distrito.

Por su parte la Ley 15 de 1989 en el artículo [47](#) determinó que:

“Las empresas o fábricas de licores departamentales o a quienes se haya concedido la explotación de un monopolio, deberán girar a los Servicios Seccionales de Salud, en los primeros quince (15) días de cada mes, el valor liquidado del impuesto correspondiente al mes anterior.

Los Servicios Seccionales de Salud, distribuirán el gravamen entre los hospitales de su jurisdicción de acuerdo a la Negrilla fuera de texto.

La Ley 10 de 1990 en el artículo [39](#) establece, entre otras obligaciones, que los sujetos pasivos de impuestos con destinación para servicios de salud y asistencia pública deben acreditar el cálculo de la base gravable para el pago de impuestos de renta para salud cuando lo solicite la Superintendencia Nacional de Salud.

En el artículo [41](#) la citada ley dispuso, entre otros, la obligación a los productores de licores de suministrar a la Superintendencia Nacional de Salud fotocopia de la declaración de ventas, una relación de las ventas y retiros por cada unidad territorial, discriminando para cada bimestre el número de unidades producidas y/o retiradas para consumo interno, así como, la copia o fotocopia del recibo de pago del impuesto, expedido por el fondo seccional de salud.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo [213](#) de la Ley 223 de 1995, el período gravable del impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares es quincenal, y los productores están en la obligación de declarar ante las correspondientes Secretarías de Hacienda Departamentales o en las entidades financieras autorizadas para tal fin, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al vencimiento de cada período gravable, aún cuando no hayan realizado operaciones gravadas.

Posteriormente, el artículo [60](#) de la Ley 488 de 1998, establece:

“A partir de la vigencia de la presente ley el impuesto sobre las ventas determinado en la venta de licores destilados de producción nacional, ya sea directamente por las licoreras oficiales, o por quienes se le

concedido el monopolio de producción o de distribución de esta clase de licores, deben girar directamente los fondos seccionales de salud, conforme con las disposiciones vigentes, el impuesto correspondiente...

Finalmente, la determinación del IVA a pagar por parte de los productores fue modificada por la Ley 788 de 2002, la cual estableció, entre otros aspectos, unificar este tributo con el Impuesto al Consumo, y de mantener la cesión al sector salud del IVA de licores y adicionar, como IVA cedido a salud, el setenta y cinco (75%) del IVA de vinos, aperitivos y similares nacionales y extranjeros, y el de licores importados.

Así las cosas, se tiene que el IVA correspondiente a los licores destilados nacionales, productos con 20 grados alcoholimétricos, está cedido 100% a salud; y que del IVA que grava a los vinos, aperitivos y similares el 70% está cedido al sector salud.

Adicionalmente, la Ley 788 dispuso que las declaraciones que no contengan la constancia del pago de la totalidad del impuesto se tienen como no presentadas.

El artículo 4o del Decreto 1150 del 8 de mayo de 2003, por el cual se reglamenta parcialmente el Código de Comercio de la Ley 788 de 2002, establece que los declarantes de productos nacionales, previo a la presentación de la declaración ante el Departamento, consignarán directamente a los Fondos de Salud Departamentales y del Distrito Capital, los recursos destinados a salud y anexarán copia de los recibos a la declaración.

A su vez, el inciso cuarto del artículo 54 de la citada ley estableció que el impuesto liquidado no podrá ser afectado en ningún caso con impuestos descontables, salvo el correspondiente a los productores oficiales, quienes pueden descontar del componente IVA el pagado en la producción de los bienes gravados.

Posteriormente, la Ley 1111 de 2006 en el inciso 3o del artículo 78, vigencia y derogatorias, determinó:

“La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial las siguientes:

...

Deróguese la expresión “salvo el correspondiente a los productores oficiales, que podrán descontar del componente del IVA de este impuesto, el IVA pagado en la producción de los bienes gravados” del inciso 4o del artículo 54 de la Ley 788 de 2002.

...”.

El Decreto 541 de 2007, por el cual se reglamenta la Ley 788 de 2002 respecto del IVA cedido a entidades territoriales, en su artículo 1o establece que:

“En el caso de productores oficiales, el IVA cedido que está incorporado dentro de la tarifa del impuesto al consumo o participación, es equivalente al 35% de este impuesto, valor que se afectará con el IVA correspondiente a la producción.”

<Inciso adicionado por la Circular 59 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> El Consejo de Estado el 12 de diciembre de 2007 profirió Auto, con el cual suspendió temporalmente el Decreto 541 de 2007.

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado por la Circular [59](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.

La Ley [1151](#) del 25 de julio de 2007, por la cual expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, artículo [160](#), derogó el inciso 3o del artículo [78](#) de la Ley 1111 de 2006.

<Incisos adicionado por la Circular [59](#) de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> La Ley [1378](#) de enero de 2010, por la cual se regula la cesión del IVA de licores a cargo de las licoreras departamentales en el correspondiente al descuento del impuesto para los productores oficiales, en su artículo primero establece que:

“... ”

El impuesto liquidado en ningún caso podrá ser afectado con impuestos descontables, salvo el correspondiente a los productores oficiales, que podrán descontar del componente del IVA de este Impuesto, el IVA pagado en la producción de los bienes gravados, entendidos estos como licores cuya producción está monopolizada y es producida directamente por las empresas departamentales a las que se refiere el inciso 1o.

Parágrafo. Los recursos que se obtengan por el descuento del IVA, serán destinados exclusivamente a la financiación de los servicios de Salud hasta tanto se logre la cobertura universal y la unificación del Obligatorio de Salud en el respectivo Departamento”.

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado por la Circular [59](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.

1.3.2 CERVEZAS Y SIFONES NACIONALES.

El impuesto al consumo de cervezas y sifones, de conformidad con la Ley [223](#) de 1995 y demás normas concordantes, es de propiedad de la Nación y su producto se encuentra cedido a los Departamentos y al Distrito Capital, en proporción al consumo en sus jurisdicciones.

El hecho generador está constituido por el consumo de cervezas y sifones en el territorio nacional y en el caso de los productos nacionales, el impuesto se causa en el momento en que el productor los entrega en fábrica o en planta para su distribución, venta o permuta en el país, o para publicidad, promoción, comisión o los destina a autoconsumo.

La tarifa vigente, de conformidad con las Leyes [223](#) de 1995 y [863](#) de 2003, es el 51% y se distribuye de la siguiente manera:

1. Ocho (8) puntos porcentuales que corresponden al impuesto sobre las ventas, el cual se destina a el segundo y tercer nivel de atención en salud,
2. Tres (3) puntos porcentuales como IVA que se consignan a favor del Tesoro Nacional, y
3. Cuarenta (40) puntos porcentuales que corresponden al Impuesto al Consumo.

El período gravable de este impuesto es mensual y los productores están en la obligación de declarar las correspondientes Secretarías de Hacienda Departamentales o del Distrito Capital, según el caso, dentro de los quince (15) días calendario siguientes al vencimiento de cada período gravable. En el mismo

deben pagar directamente a los Fondos Departamentales o Direcciones Seccionales de Salud y/o al Distrital de Salud el porcentaje destinado al sector.

1.3.3 CERVEZAS, LICORES, VINOS, APERITIVOS Y SIMILARES EXTRANJEROS.

El Fondo Cuenta de impuestos al consumo de productos extranjeros fue creado, mediante el artículo 213 de la Ley 223 de 1995, como una cuenta especial dentro del presupuesto de la Corporación Conferencia Nacional de Gobernadores (hoy Federación Nacional de Departamentos) para depositar allí los recaudos de los impuestos al consumo de productos extranjeros.

El Decreto [2024](#) de 1996 estableció que el recaudo de los impuestos al consumo de licores, cerveza y cigarrillos extranjeros se haría, a partir del 1o de marzo de 1997, a través del Fondo Cuenta.

Mediante la Resolución 01 de 1996, proferida por la Asamblea de Gobernadores y el Alcalde del Distrito Capital, se reglamentó lo relativo a la administración, la destinación de los rendimientos financieros y la adopción de los mecanismos para dirimir las diferencias que surjan por la distribución de los recursos del Fondo Cuenta.

Entre las obligaciones del Fondo Cuenta se encuentra la de distribuir y girar los dineros recaudados del Impuesto al Consumo, dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, a los departamentos y al Distrito Capital, en proporción al consumo en cada uno de ellos; para lo cual el Secretario de Hacienda remite una relación detallada de los productos importados introducidos al departamento o al Distrito Capital en el mes, según las declaraciones presentadas por los responsables.

1.3.3.1 Proceso de Recaudo

Los importadores declaran y pagan el Impoconsumo a órdenes del Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros, de conformidad con el artículo [213](#) de la Ley 223 de 1995, en el momento de la importación, conjuntamente con los impuestos y derechos nacionales que se causen en la misma.

Posteriormente, en el momento de la introducción a cada entidad territorial, deben declarar ante las Secretarías de Hacienda por los productos introducidos en cada departamento.

La base gravable para los licores, vinos, aperitivos y similares importados está constituida por el número de grados alcohólicos que contenga el producto[5]; para las cervezas importadas la base está constituida por el valor en aduana, incluyendo gravámenes arancelarios, adicionado en un 30% como margen de comercialización[6].

Las tarifas para las cervezas, licores, vinos, aperitivos y similares importados son las mismas determinadas para los productos nacionales.

1.3.3.2. Proceso de Giro a los Departamentos [7]

Las Secretarías de Hacienda Departamentales y del Distrito Capital están en la obligación de remitir a la Federación Nacional de Departamentos, dentro de los últimos cinco (5) días calendario de cada mes, la relación detallada de las declaraciones presentadas de los productos importados introducidos, durante el mes, al departamento o al Distrito Capital, según el caso.

El Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros, con base en las anteriores relaciones, distribuye y gira los dineros recaudados, dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, a los departamentos y al Distrito Capital, en proporción al consumo en cada uno de ellos.

El Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros está en la obligación de girar directamente a los Fondos de Salud Departamentales y del Distrito Capital los recursos destinados a

1.4 ESTADOS FINANCIEROS.

La Ley 10 de 1990 en el artículo [39](#) establece unas obligaciones especiales para los sujetos pasivos impuestos con destinación a los servicios de salud, entre las que se encuentra la de presentar los estados financieros, dictaminados por un contador público o una firma de auditoría, debidamente autorizada anualmente, o cuando así lo solicite, en cualquier tiempo, la Superintendencia Nacional de Salud o dirección seccional o local del sistema de salud.

La Ley [222](#) de 1995, por la cual se modificó el Código de Comercio, en su artículo [34](#) estableció que las sociedades deben cortar sus cuentas, a fin de cada ejercicio social y por lo menos una vez al año, a preparar y difundir los estados financieros de propósito general, debidamente certificados, y difundirlos junto con la opinión profesional correspondiente, según el caso.

Igualmente, facultó a las entidades gubernamentales que ejercen inspección, vigilancia o control, por la preparación y difusión de estados financieros de períodos intermedios, en caso de ser necesario.

Ahora, el artículo [36](#) ibídem dispone que los estados financieros estén acompañados de sus notas, con las cuales conforman un todo indivisible. Los estados financieros y sus notas se prepararán y presentarán conforme a los principios de contabilidad generalmente aceptados.

Adicionalmente, en los artículos [37](#) y [38](#) se definen los estados financieros certificados y los dictaminados, siendo los primeros aquellos en los que el representante legal y el contador público, bajo cuya responsabilidad se prepararon, certifican que han verificado previamente las afirmaciones contenidas en los mismos, conforme al reglamento, y que las cifras se han tomado fielmente de los libros.

Los estados financieros dictaminados son estados certificados, por el Representante Legal y el Contador Público, a los cuales se acompañan de la opinión profesional del Revisor Fiscal o, a falta de este, del Contador Público independiente que los hubiere examinado de conformidad con las normas de auditoría generalmente aceptadas.

Los estados financieros dictaminados deben ser suscritos por el Revisor Fiscal o Contador Público independiente, anteponiendo la expresión “ver la opinión adjunta” u otra similar, para que el sentido y alcance de su firma sea el que se indique en el dictamen correspondiente.

Los estados financieros certificados y los dictaminados, de conformidad con el artículo [39](#) de la Ley 195 de 1995, se presumen auténticos. Adicionalmente, el artículo [43](#) de la citada ley establece que serán sancionados penalmente quienes a sabiendas suministren datos a las autoridades o expidan constancias de certificación contrarias a la realidad, ordenen, toleren, hagan o encubran falsedades en los estados financieros o en sus notas.

1.5 COMPETENCIAS Y OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES.

La Ley 223 de 1995 en su artículo [221](#) determinó que la fiscalización, liquidación oficial, discusión, control y recaudo de los impuestos al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, nacionales y extranjeros, es competencia de los departamentos, la cual se ejercerá a través de los órganos encargados de la administración fiscal.

El Decreto [1542](#) de 1998, dispone que:

“Artículo [1o](#). De conformidad con los artículos [356](#), [357](#) y [359](#) de la Constitución Política, las participaciones establecidas en la Constitución y en la ley en favor de las entidades territoriales con al sector salud, tienen una destinación específica. Las autoridades locales y los demás servidores públicos del nivel territorial que tengan a su cargo la distribución y utilización de dichos recursos responderán fiscal y disciplinariamente cuando estos se apliquen a fines distintos de los previstos en la Constitución y la ley”. Negrilla fuera de texto.

La Ley [715](#) de 2001, por la cual se dictaron normas orgánicas en materia de recursos y competencias estableció al sector salud de cada departamento, entre otras, las siguientes funciones y reglas:

1. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y el Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.
2. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.
3. Adecuar y orientar su estructura administrativa, técnica y de gestión, para el ejercicio de las competencias asignadas, que deberán cumplirse con recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud y con recursos propios.
4. Disponer de un sistema que genere información periódica sobre el manejo presupuestal y contable de los recursos destinados a salud.

Con la expedición de la Ley [788](#) de 2002 el IVA cedido al sector salud, por licores, vinos, aperitivos similares, quedó incorporado dentro de la tarifa del impuesto al consumo, o dentro de la tarifa de la participación, según el caso, y se liquida como un único impuesto o participación, por tanto, los Departamentos son los competentes para adelantar las funciones de administración y control del tributo.

En relación con la fiscalización del IVA generado en las cervezas de producción nacional y extranjera, tiene que la Ley [788](#) ídem dispuso que a las autoridades tributarias de los Departamentos y el Distrito Capital les compete la fiscalización, liquidación oficial y discusión del impuesto al consumo.

1.6- IMPUESTO AL CONSUMO Y/O PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DE LICORES, VINOS, APERITIVOS Y SIMILARES.

<Numeral adicionado por la Circular [62](#) de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> El párrafo 1o del artículo [8o](#) de la Ley 1393 de julio 12 de 2010, “por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para prevenir la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones”, establece que “Del total recaudado por concepto del impuesto al consumo sobre licores, vinos, aperitivos y similares, y/o participación, una vez descontado el porcentaje de IVA cedido que se refiere el párrafo 2o del artículo [50](#) de la Ley 788 de 2002, los departamentos destinarán en primer lugar a la universalización en el aseguramiento, incluyendo la primera atención a los vinculados, según la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional; en segundo lugar, a la unidad de los planes de beneficios obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado...”.

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular [62](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.777 de 21 de julio de 2010.

2. INSTRUCCIONES.

Con el fin de asegurar la efectividad en la obtención del recurso y la oportunidad del recaudo, giro y transferencia de las rentas del monopolio de licores destilados, así como del IVA destinado al sector en aras de hacer expedito el mecanismo que permita verificar la oportunidad en el recaudo, giro y transferencia de los recursos provenientes del impuesto sobre las ventas cedido a salud, este despacho imparte las siguientes instrucciones:

2.1. PRODUCTORES DE LICORES, VINOS, APERITIVOS Y SIMILARES NACIONALES.

<Numeral modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Los archivos que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser remitidos por parte de productores de licores, vinos, aperitivos y similares nacionales, cualquiera que sea su naturaleza jurídica. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información requerida.

<Tabla modificada por la Circular [59](#) de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

Archivo Plano	Periodicidad	Plazo
Declaraciones Imptoconsumo	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes
Descontables	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Notas de Vigencia

- Tabla modificada por la Circular [59](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.
- Tabla modificada por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009. Dicha modificación empezará a regir a partir de la vigencia 2010, por lo tanto el reporte se enviará dentro los primeros días del mes de febrero.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 57 de 2009:

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Base gravable mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Pagos de impuesto mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Estados Financieros Anual 10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Texto modificado por la Circular 52 de 2008:

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Declaraciones Imptoconsumo Mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Exportaciones Mensual

Inventario de Insumo Envases Mensual

Inventario de Productos Terminados Mensual

Ventas a San Andrés Mensual

Reenvíos Mensual

Descontables Mensual

Estados Financieros Anual 10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Registro Sanitario Invima Mensual 10 primeros días calendario de cada mes, cuando se realicen modificaciones o se tramiten nuevos registros.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 1º diciembre de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.1 Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligencia remitidos por parte de los productores de licores, vinos, aperitivos y similares nacionales, cualquiera sea su naturaleza jurídica, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Declaraciones Imponconsumo Mensual 10 primeros días calendario

de cada mes

Exportaciones Mensual

Inventario de Insumo Envases Mensual

Inventario de Productos

Terminados Mensual

Ventas a San Andrés Mensual

Reenvíos Mensual

Descontables Mensual

Estados Financieros Anual 10 primeros días calendario

del mes de abril de cada año.

Registro Sanitario Invima Mensual 10 primeros días calendario

de cada mes, cuando se

realicen modificaciones o se

tramiten nuevos registros.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de información.

2.2. PRODUCTORES DE CERVEZAS Y SIFONES NACIONALES.

<Numeral modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los archivos que relacionan a continuación deberán ser remitidos por parte de los productores de cervezas y sifones nacionales, cualquiera que sea su naturaleza jurídica. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información remitida.

<Tabla modificada por la Circular [59](#) de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

Archivo Plano	Periodicidad	Plazo
Liquidación	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.
Notas de Vigencia		

- Tabla modificada por la Circular [59](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.

- Tabla modificada por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009. Dicha modificación empezará a regir a partir de la vigencia 2010, por lo tanto el reporte se enviará dentro los primeros días del mes de febrero.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 57 de 2009:

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Base gravable mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Pagos de impuesto mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Estados Financieros Anual 10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Texto modificado por la Circular 52 de 2008:

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Liquidación Mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Ventas a San Andrés Mensual

Reenvíos Mensual

Inventario de Productos Terminados Mensual

Estados Financieros Mensual 10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.2 Los formularios que se relacionan a continuación deberán ser diligenciados y remitidos por parte de los productores de cervezas y sifones nacionales, cualquiera que sea su naturaleza jurídica. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Liquidación Mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Ventas a San Andrés Mensual

Reenvíos Mensual

Inventario de Productos

Terminados Mensual

Estados Financieros Anual 10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

2.3. FONDO CUENTA DE IMPUESTOS AL CONSUMO DE PRODUCTOS EXTRANJEROS.

<Numeral modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los archivos que

relacionan a continuación corresponden a los que deben ser remitidos por parte de la Federación Nacional de Departamentos – Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros. A partir de entrada en vigencia de la presente circular, sólo se deberá remitir en medio impreso la información específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en el momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información requerida.

<Tabla modificada por la Circular [59](#) de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

Archivo Plano	Periodicidad	Plazo
Giros Realizados	Mensual	10 días calendario después de la fecha de vencimiento para los giros.
Cobros Efectuados	Mensual	
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.
Notas de Vigencia		

- Tabla modificada por la Circular [59](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Giros Realizados Mensual 10 días calendario después de la fecha de vencimiento para realizar los giros.

Cobros Efectuados Mensual

Importaciones Mensual

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

<Incisos derogados por la Circular [59](#) de 2010>

Notas de Vigencia

- Incisos derogados por la Circular [59](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.
- Numeral modificado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 57 de 2009:

La opción de segundo envío de información sólo podrá ser utilizada por aquellas entidades que por motivos especiales se vean obligadas a modificar los reportes inicialmente enviados y sólo podrá ser utilizada una vez por cada reporte enviado. El trámite debe hacerse a través de comunicación escrita firmada por el representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, en la cual solicite, de una parte, la eliminación explicando claramente los motivos y la información que debe ser borrada y, de otra parte, la autorización para retransmitirla.

Una vez la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de autorice la eliminación y retransmisión, le será enviada una comunicación vía fax, correo físico o electrónico, y a partir de ese momento podrá ingresar la información corregida, sin perjuicio del cumplimiento de los plazos establecidos en la presente circular.

En la medida en que se realicen cambios en la razón social, dirección, teléfono o fax, representantes de la entidad, y funcionarios del orden territorial, deberán ser informados a la Superintendencia Nacional de Salud, por correo físico o correo electrónico (licores@supersalud.gov.co).

En caso de que la empresa posea productos nuevos que no aparezcan en las tablas del sistema, el representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, deberán efectuar la solicitud por correo electrónico a esta entidad (licores@supersalud.gov.co), por el código asignado. El mensaje deberá contener nombre completo del producto, grados alcohólicos y presentaciones autorizadas. Adicionalmente, deberá remitirse copia de la resolución expedida por el Invima.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.3 Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de la Federación Nacional de Departamentos – Fondo Cuenta de Impuestos al Consumo de Productos Extranjeros. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular sólo deberá remitirse en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

Archivo Plano Periodicidad Plazo

Giros Realizados Mensual 10 días calendario después de la fecha

de vencimiento para realizar los giros.

Cobros Efectuados Mensual

Importaciones Mensual

Estados Financieros Anual 10 primeros días calendario del mes de
abril de cada año.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitirse a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión

información.

La opción de segundo envío de información sólo podrá ser utilizada por aquellas entidades que por motivos especiales se vean obligadas a modificar los reportes inicialmente enviados y sólo podrá ser utilizada una vez por cada reporte enviado. El trámite debe hacerse a través de comunicación escrita firmada por el representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, en la cual solicite, de una parte, la eliminación explicando claramente los motivos y la información que debe ser borrada y, de otra parte, la autorización para retransmitirla. (Remitida a 2833432 de Bogotá)

Una vez la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud autorice la eliminación y retransmisión, le será enviada una comunicación vía fax o correo electrónico a partir de ese momento podrá ingresar la información corregida, sin perjuicio del cumplimiento de los plazos establecidos en la presente circular.

En la medida en que se realicen cambios en la representación legal de la entidad, los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular; dirección; razón social y revisoría fiscal, los datos deben ser actualizados por escrito ante la Superintendencia de Nacional de Salud. (Vía correo electrónico licores@supersalud.gov.co o al fax 2833432 de Bogotá).

En caso de que la empresa posea productos nuevos que no aparezcan en las tablas del sistema, el representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, deberán efectuar la solicitud por correo electrónico a esta entidad, licores@supersalud.gov.co, para que sea asignado el código correspondiente. El mensaje deberá contener nombre completo del producto, grados alcohólicos, presentaciones autorizadas, número de resolución y registro sanitario.

2.4 SEGUNDO ENVÍO DE INFORMACIÓN. <Numeral adicionado por la Circular [59](#) de 2010. El texto es el siguiente:>

La opción de segundo envío de información sólo podrá ser utilizada por aquellas entidades que por motivos especiales se vean obligadas a modificar los reportes inicialmente enviados y sólo podrá ser utilizada una vez por cada reporte enviado. El trámite debe hacerse a través de comunicación escrita firmada por el representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, en la cual solicite, de una parte, la información que debe ser borrada explicando claramente los motivos y, de otra parte, la autorización para retransmitirla.

Una vez la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud autorice el borrado y retransmisión, le será enviada una comunicación vía fax, correo físico o correo electrónico, y a partir de ese momento podrá ingresar la información corregida, sin perjuicio del cumplimiento de los plazos establecidos en la presente circular.

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular [59](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 febrero de 2010.

2.5 ACTUALIZACIÓN DE DATOS. <Numeral adicionado por la Circular [59](#) de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

En la medida en que se realicen cambios en la razón social, dirección, teléfono o fax, representante la entidad y los funcionarios del orden territorial, deberán ser informados a la Superintendencia Nacional de Salud, por correo físico o correo electrónico (licores@supersalud.gov.co).

De igual manera, cuando existan nuevos productores y/o contribuyentes, privados o públicos, de naturaleza natural o jurídica, deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud, con el propósito de asignar el código respectivo, aportando:

-- Certificado de existencia y representación legal, expedido por Cámara de Comercio, con una vigencia superior a tres (3) meses.

-- Acto administrativo de registro como contribuyente en la Administración Tributaria Territorial.

En caso que la empresa posea productos nuevos que no aparezcan en las tablas del sistema, el representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, deberán informar por correo electrónico (licores@supersalud.gov.co) o medio físico a esta Superintendencia, para que le sea asignado el código correspondiente. El mensaje deberá contener: nombre completo del productor y nombre del producto, grados alcoholimétricos y presentaciones autorizadas. Adicionalmente, deberá aportar fotocopia de la resolución expedida por el Invima.

Notas de Vigencia

- Numeral 'adicionado' por la Circular [59](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 1 febrero de 2010. El editor destaca que la Circular 59 de 2010 ordena la 'adición' del numeral 2.5, este numeral ya había sido adicionado por la Circular 57 de 2009.

- Numeral adicionado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 octubre de 2009. El editor destaca que la Circular 57 de 2009 ordena la 'modificación' al numeral pero este numeral no se encontró en la versión vigente, por lo tanto se procedió a su adición.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 57 de 2009:

2.5. ACTUALIZACIÓN DE DATOS. En la medida en que se realicen cambios en la razón social, dirección, teléfono o fax, representante legal de la entidad y los funcionarios del orden territorial, deberán ser informados a la Superintendencia Nacional de Salud, por correo físico o correo electrónico (licores@supersalud.gov.co).

De igual manera, cuando existan nuevos productores y/o contribuyentes, privados o públicos, de naturaleza natural o jurídica, deberán informar a la Superintendencia Nacional de Salud, con el propósito de asignar el código respectivo, aportando:

Certificado de existencia y representación legal, expedido por Cámara de Comercio, con una vigencia superior a tres (3) meses.

Acto administrativo de registro como contribuyente en la Administración Tributaria Territorial.

TITULO IV .

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

CAPITULO PRIMERO.

DISPOSICIONES COMUNES.

1. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

1.1. SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN.

El Decreto 1011 de 2006, en su artículo [6o](#) define el Sistema Único de Habilitación como “el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial, financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB”.

En consecuencia, de manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 6o del citado decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una auto evaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

1.2. PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC). <Numeral modificado por la Circular [12](#) de 2016. El nuevo numeral es el siguiente:> A través de la presente Circular, la Superintendencia Nacional de Salud instruye a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas, para que suministren información con el objeto de evaluar la efectividad en la utilización de la herramienta de mejoramiento PAMEC, herramienta que se prioriza para evaluación por el ente de control, precisamente por influir transversalmente en el desarrollo de los cuatro (4) componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SOGCS, cuyo seguimiento contribuye a evaluar la mejora del sistema.

Esta herramienta de mejoramiento adecuadamente aplicada permitirá alcanzar, cada vez más, estándares superiores de calidad, propendiendo así por la efectividad de la aplicación de la Ruta Crítica del PAMEC en cada Institución Prestadora de Servicios de Salud. Para realizar la supervisión del desarrollo de dicha herramienta, la Superintendencia Nacional de Salud define tres (3) puntos claves de la ruta crítica del PAMEC así:

1. La evaluación de la ejecución de acciones de mejoramiento
2. La evaluación de la ejecución auditorías internas frente a la ejecución de los planes de mejoramiento
3. La evaluación del aprendizaje organizacional.

En concordancia con lo anterior, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas deberán realizar el reporte de la aplicación del PAMEC según lo dispuesto en el Anexo Técnico del Archivo Tipo número ST002 y deberán contar con los respectivos soportes que así lo acrediten.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1.2. PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD.

El mismo Decreto 1011 en su artículo [37](#) determina que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando obren como compradores de servicios deberán establecer con las pautas indicativas establecidas por el Ministerio de la Protección social, un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) que comprenda como mínimo los procesos definidos como prioritarios para garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud.

Así las cosas, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, basados en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Igualmente, deberán establecer un Programa de para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1.2.1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La IPS establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad establecidas en la norma.

1.2.2. Atención al Usuario. La IPS evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

1.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD (SIC). <Numeral modificado por de la Circular [12](#) de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes deben garantizar la calidad de la información y la oportunidad del reporte a las diferentes fuentes integradas a SISPRO y a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social en lo que respecta al Sistema de Información para la Calidad como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, Privadas y Mixtas y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes deberán monitorear sus resultados en calidad utilizando como instrumento de información reportada en el Sistema de Información para la Calidad, en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución [0256](#) de 2016.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016. Deroga la Circular de 2012.

- Consultar la Circular [9](#) de 2012, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [470](#) de 2007 modificada por las Circulares [481](#), [492](#), [503](#), [514](#), [525](#) de 2008, [576](#), [587](#) de 2009, [598](#), [600](#), [606](#) de 2010 para actualizar los indicadores de alerta temprana DEL TÍTULO II ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS CAPÍTULO IV INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA Y EL TÍTULO IV CAPÍTULO I NUMERAL 1.3. CAPÍTULOS II Y III CALIDAD, se establece su periodicidad', publicada en el Diario Oficial No. 48.502 de 25 de julio de 2012. Crea los archivos 542, 543, 544, 545, 546, 547 y 548.

- Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de agosto de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007, modificado parcialmente por la Circular 49 de 2008:

1.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución [1446](#) de 2006 las IPS deben implementar un “Sistema de información para la calidad” que incluya los indicadores de monitoreo del sistema, indicadores de monitoreo interno y monitoreo externo.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los indicadores de monitoreo, de acuerdo con lo establecido en la resolución en mención deberán ser reportados en forma semestral a la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a las especificaciones establecidas en el anexo técnico de la presente circular.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución [1446](#) de 2006 las IPS deben implementar un “Sistema de información para la calidad” que incluya los indicadores de monitoreo del sistema, indicadores de monitoreo interno y monitoreo externo.

Los indicadores de monitoreo, de acuerdo con lo establecido en la resolución en mención deberán ser reportados en forma semestral a la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a las especificaciones establecidas en el anexo técnico de la presente circular, con corte a 30 de junio y 15 de agosto y con corte a 31 de diciembre, el 25 de febrero del año siguiente.

2. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> De conformidad con lo dispuesto en la Resolución [741](#) de 1997, las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud deberán tener libros de registro de traslado de usuarios foliados y con acta de apertura firmado por los responsables de los servicios donde se registre: el nombre del usuario, el número de la historia clínica

hora de salida o ingreso y el nombre y firma del responsable del traslado.

Las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud, deberán cumplir con las normas de referencia y contrarreferencia establecidas y dejar consignados en el libro de traslados los siguientes datos: el nombre del usuario, la fecha y hora del traslado, el nombre de la Institución remitente y de la receptora, nombre de quien ordena y autoriza el traslado y nombre del responsable del traslado.

El traslado externo de los usuarios a los que se refiere la presente resolución, deberá realizarse en compañía de un familiar o del representante legal y de un funcionario de la Institución remitente quien será responsable del usuario.

Notas de Vigencia

- Numeral 2. modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2. Sistema de Referencia y Contrarreferencia. Teniendo en cuenta lo determinado en la Resolución de 1997 las instituciones y demás prestadores de servicios de salud deberán cumplir con las normas de referencia establecidas y dejar consignados en el libro de traslados de usuarios los siguientes datos: nombre del usuario, la fecha y hora del traslado, el nombre de la institución remitente y de la receptora, el nombre de quien ordena y autoriza el traslado y nombre del responsable del traslado. El citado libro de traslados deberá estar foliado, con acta de apertura firmado por los responsables de los servicios.

3. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS.

<Incisos adicionados por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán establecer un protocolo para la atención de urgencias mediante el cual se encaminado a fijar prioridades así como a exigir efectividad, calidad y rapidez en la atención de sus usuarios, en especial a los niños, niñas y adolescentes.

Para estos efectos deberán instruir a todo su personal administrativo y médico.

Notas de Vigencia

- Incisos adicionados por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 diciembre de 2008.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> El Decreto [412](#) de 2001 por el cual se reglamentan parcialmente los servicios de urgencias adopta las siguientes definiciones:

1. Urgencia. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata 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 una patología de urgencia y que tiendan 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 tener de los principios éticos

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 urgencias.

4. Servicio de urgencia. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que presta 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 para esa unidad.

5. Red de urgencias. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, se define por niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud. La red actuará coordinada bajo una estructura conformada por subsistemas de información, comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.

El artículo [40](#) del citado Decreto 412 de 1992 determina que las responsabilidades institucionales de la prestación de atención inicial de urgencia estarán enmarcadas por los servicios que se presten, con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le determine el Ministerio de Salud.

La entidad que haya prestado la atención inicial de urgencias tiene responsabilidad sobre el paciente en el momento en que lo dé de alta si no ha sido objeto de remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora. Esta responsabilidad está enmarcada por los servicios que preste, el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad, en tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud. Si la entidad que recibe en primera instancia al paciente, no cuenta con la capacidad técnico-operativa para atenderlo, y debe remitirlo, la entidad receptora también está obligada a prestar la atención inicial de urgencias hasta alcanzar la estabilización del paciente en sus signos vitales.

En lo que respecta a la atención inicial de urgencias, debe ser prestada en forma obligatoria por todas las Entidades Públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas, independiente de su capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía o por la entidad promotora de salud al cual se esté afiliado (artículo [168](#), Ley 100 de 1993).

El artículo [12](#) del Decreto 783 de 2000 define la atención inicial de urgencias como:

- a) Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias para la estabilización de los signos vitales;
- b) La realización de un diagnóstico de impresión;
- c) La definición de un destino inmediato tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencias.

La estabilización de los signos vitales, límite de la responsabilidad de la atención inicial de urgencias, es el cargo de la entidad que inicialmente atiende al paciente con un cuadro patológico de urgencias, con el fin de emplear los medios adecuados a su nivel de complejidad para que los signos vitales descritos, se sitúen dentro de los límites adecuados para la definición de un pronóstico, determinar la referencia o postoperatorio, la práctica de un procedimiento sin poner en riesgo la seguridad del paciente, responsabilidad en último término.

médico tratante que define tal hecho.

El Decreto 4747 de 2007 que regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud, en su artículo [11](#) determina que la verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser atendido por dicha entidad.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la información de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el parágrafo artículo [44](#) de la Ley 1122 de 2007. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identificación o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo al usuario lo porte.

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

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

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

El citado Decreto 4747 en su artículo [12](#) establece que todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. Se exceptúan los casos en que por fuerza mayor no se pueda dar el aviso respectivo. (Artículo [10](#), Resolución número 5162 de 1994 del Ministerio de Salud).

Para el caso, se consideran como circunstancias de fuerza mayor entre otras: la imposibilidad de la Institución prestadora de obtener la información del paciente o de sus familiares acerca de la Entidad a la cual se encuentra afiliado; la imposibilidad de comunicarse telefónicamente con la entidad a la cual se encuentra afiliado el paciente.

Una vez prestado el servicio obligatorio de Atención Inicial de Urgencias, la entidad de salud podrá atender al paciente por las siguientes alternativas:

- Continuar con la atención al paciente si obtiene la autorización o si tiene contrato con la entidad a la cual está afiliado el usuario, o si este cubre los gastos del tratamiento siguiente, cuando se trate de una persona con capacidad de pago no afiliada al Sistema.
- Continuar con la atención al paciente si es una entidad pública o privada que tenga contrato con el Sistema para el efecto y si se trata de un usuario vinculado al Sistema.
- Remitir el paciente a la institución que le señale la entidad a la cual esté afiliado.
- Remitir el paciente a una institución pública cuando sea un participante vinculado.
- Remitir el paciente a una institución que él o su familia indique cuando sea un usuario que no está afiliado, ni vinculado al Sistema.

La atención del paciente deberá ser integral para el caso de las víctimas de accidente de tránsito, y la remisión a que se refieren los puntos anteriores sólo podrá hacerse si la entidad no cuenta con la capacidad de los recursos para la complejidad del caso.

Las Instituciones Prestadoras de Salud tienen estas responsabilidades adicionales:

- Identificar la causa de la urgencia y cuando se trate de accidente de trabajo o enfermedad profesional, accidente de tránsito; acciones terroristas; catástrofes naturales, a fin de garantizar los soportes necesarios para los respectivos reembolsos.
- Identificar si quien recibe la atención se trata de un paciente afiliado al Régimen Contributivo, al Subsidiado, o se trata de una persona vinculada, así como el municipio y departamento habitual de residencia, a fin de conocer la entidad responsable del pago de los servicios prestados.
- Calificar en primera instancia el origen del accidente de trabajo o enfermedad profesional del paciente que atiende en urgencias, en los términos establecidos por el artículo [12](#) del Decreto 1295 de 1994.
- La Institución Prestadora de Servicios de Salud que atienda una urgencia por accidente de trabajo o enfermedad profesional, deberá informar dentro de los dos días hábiles siguientes a la ocurrencia del accidente de trabajo o a la primera calificación de la enfermedad profesional a la Entidad Promotora de Salud y a la Entidad Administradora de Riesgos Profesionales a las cuales se encuentra afiliado el paciente (inciso 4o, artículo [6o](#), Decreto 1295 de 1994).
- Informar, dentro de las 24 horas hábiles siguientes a la solicitud del servicio, a la respectiva Dirección de Salud el ingreso de pacientes vinculados, y de pacientes con capacidad de pago que no se encuentren afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Informar a los respectivos municipios los casos de atención inicial de urgencias y atención de urgencias de personas vinculadas, a efectos de que estas se afilien al Régimen Subsidiado.

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

3. El artículo [2o](#) de la Ley 10 de 1990 determina que todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios, en los términos que determine el Ministerio de Salud.

Por su parte la Ley 100 de 1993 en el numeral 2 del artículo [159](#) establece que se garantiza la atención de urgencias en todo el territorio nacional. A su vez el artículo [168](#) determina que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago, que su prestación no requiere contrato ni orden previa.

Sobre el tema, el artículo [9o](#) de la Resolución 5261 de 1994 define la urgencia como “la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que

comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras

Igualmente, en el numeral 2 del artículo [3o](#) del Decreto 412 de 1992 define la atención inicial de urgencias como “todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tienen como objetivo 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”.

Complementando el tema, el artículo [4o](#) del citado decreto determina las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención inicial de urgencia determinando que las mismas estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad que a cada entidad le sea determinado y en su párrafo establece claramente que la institución que haya prestado la atención inicial de urgencia tiene la responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión y el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la institución receptora.

En concordancia con lo anterior el artículo [16](#) del Decreto 806 de 1998 establece la atención inicial de urgencias, será prestada sin tener en cuenta los períodos mínimos de cotización y el Decreto [783](#) de 2000 que modifica el artículo [10](#) del Decreto 047 del 2000 establece que en concordancia con lo establecido en el artículo [41](#) del Decreto 1406 de 1999, durante los primeros treinta (30) días a partir de la afiliación del trabajador dependiente se cubrirá únicamente la atención inicial de urgencias, es decir, todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en:

- a) Las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales;
- b) La realización de un diagnóstico de impresión;
- c) La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia 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.

Finalmente, La Ley 1122 de 2007 en el párrafo del artículo [20](#) establece que se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país.

En consonancia con las normas enunciadas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben prestar la atención inicial de urgencias sin condicionamientos ni requerimiento alguno sobre período de carencia.

4. DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> El Gobierno Nacional, mediante la expedición del Decreto [1769](#) de 1994 y su aclaratorio el Decreto 1617 de 1995 reglamentó el artículo [189](#) de la Ley 100 de 1993 sobre el Mantenimiento Hospitalario.

La Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de las funciones otorgadas en el artículo [6o](#) numeral 1 del Decreto 1018 de 2007, este Despacho presenta en esta Circular, el marco legal, la justificación y

necesidad del plan de mantenimiento en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Se incluyeron también modelos de formatos que permiten el desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia por parte de las entidades territoriales, tanto en la elaboración y aplicación del plan de mantenimiento hospitalario, como en la asignación y ejecución de recursos para el mantenimiento hospitalario en las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción.

Notas del Editor

La referencia al Num. 21 del artículo 6 del Decreto 1018 de 2007, a raíz de su derogatoria, debe entenderse al Num. 28. del artículo 21 del Decreto 2462 de 2013, 'por medio del cual se modificó la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud', publicado en el Diario Oficial No. 48.967 del 11 de noviembre de 2013.

De conformidad con el artículo 1o del Decreto 1769 de 1994 los recursos financieros destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria corresponden al cinco por ciento (5%) del presupuesto total en los hospitales públicos y en los privados en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación y con las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos.

De conformidad con el artículo 9o del Decreto 1769 de 1994 tratándose de los hospitales públicos, los recursos destinados a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria serán presupuestados inicialmente para cada vigencia, con base en la apropiación total de ingresos aprobados para la institución. Dichos recursos deberán ajustarse durante la vigencia de manera tal que se adicionen los ingresos totales, simultáneamente se adicionen los recursos destinados al mantenimiento.

Los hospitales privados, en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representan más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales, tomarán como base para determinar los recursos destinados al mantenimiento hospitalario, los ingresos totales realizados durante el correspondiente período, conforme a la definición contenida en el artículo 38 del Decreto 2649 de 2000.

Para dar cumplimiento al párrafo del artículo 9o del Decreto 1769 de 1994, las Direcciones de Salud recibirán a más tardar el 30 de enero de cada año certificación escrita con la firma del representante del Revisor Fiscal de cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción en la que se indique el valor y el porcentaje del presupuesto y/o de los ingresos totales utilizados en las actividades de mantenimiento hospitalario, durante el año terminado el treinta y uno (31) de diciembre del año inmediatamente anterior. Para este efecto la Superintendencia ha diseñado el formato que hace parte del anexo técnico de la presente Circular.

Así mismo, esta Superintendencia ha diseñado el formato relacionado en el anexo técnico de la presente Circular con el fin de suministrar una guía para la elaboración de los planes de mantenimiento. Este instrumento, o uno que elabore la Dirección Seccional, Distrital o Municipal de Salud basado en este formato, deberá ser difundido a las Instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarias de su jurisdicción. El formato presentado contempla los puntos que se consideran esenciales y que deben estar incluidos en los planes de Mantenimiento y por lo tanto se configuran como los elementos mínimos de control por parte de las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud.

En el anexo técnico igualmente presenta la lista de algunos equipos y su clasificación para efectos de la distribución de los recursos asignados para el mantenimiento hospitalario. Esta clasificación se debe tener en cuenta para el diligenciamiento del informe de asignación y ejecución presupuestal.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá solicitar información correspondiente a los planes de

mantenimiento hospitalario y a las actividades de verificación que sobre la elaboración y aplicación haga la Dirección de Salud.

Por lo anterior se solicita que las Direcciones de Salud adelanten la programación de visitas e informe este despacho sobre las mismas.

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

4. De conformidad con el artículo [1o](#) del Decreto 1769 de 1994 los recursos financieros destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria corresponden al cinco por ciento del presupuesto total en los hospitales públicos y en los privados en los cuales el valor de los contratos con la Nación y con las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales.

El jefe o coordinador del servicio de mantenimiento y el director de la IPS, deberán elaborar anualmente los planes de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación de la institución prestadora de servicios de salud, aplicando el formato guía contenido en la presente circular. En estos se indicarán las actividades que van a ser desarrolladas, los objetos susceptibles del mantenimiento y los recursos destinados para estas, entre otras cosas.

Aplicando el formato incluido en los anexos técnicos de la presente circular, las IPS reportarán a las Direcciones de Salud a más tardar el 30 de enero de cada año, certificación escrita con la firma del representante legal, jefe de mantenimiento y/o revisor fiscal, en las que se indique el valor y el porcentaje del presupuesto y/o de los ingresos totales utilizados en las actividades de mantenimiento hospitalario durante el año inmediatamente anterior.

5. RED DE PRESTADORES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se define como Red de Prestadores de Servicios el conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y demás lineamientos del sistema de referencia y contrarreferencia establecido por la entidad administradora de plan de beneficios o de la dirección territorial de salud correspondiente; que busca garantizar la calidad de la atención en salud a sus afiliados.

En consonancia con lo anterior, cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que forme parte de esa red, debe tener habilitados los servicios que ofrezca para la prestación de salud y en la Territorial donde pretendan desarrollar su actividad.

La escogencia de la Institución Prestadora de Servicios de salud, dentro de la entidad administradora de salud que haya elegido libremente el afiliado, será voluntaria, sin que sea posible direccionar en sentido alguno tal escogencia.

En cualquier momento en que el afiliado desee cambiar de Institución Prestadora de Servicios de Salud dentro de la red de prestadores de su administradora, lo podrá hacer, informando de su decisión a la entidad correspondiente, y se hará efectivo en el mes subsiguiente al que se hace la manifestación.

6. SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

<Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> De conformidad dispuesto en la Resolución número [741](#) de 1997, las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud deberán tener libros de registro de traslado de usuarios foliados y con acta de apertura firmada por los responsables de los servicios donde se registre: el nombre del usuario, el número de la historia clínica, la fecha y hora de salida o ingreso y el nombre y firma del responsable del traslado.

Las Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud, deberán cumplir con las normas de referencia y contrarreferencia establecidas y dejar consignados en el libro de traslados los siguientes datos: el nombre del usuario, la fecha y hora del traslado, el nombre de la Institución remitente y de la receptora, nombre y cargo de quien ordena y autoriza el traslado y nombre del responsable del traslado.

El traslado externo de los usuarios a los que se refiere la presente resolución, deberá realizarse en compañía de un familiar o del representante legal y de un funcionario de la Institución remitente quien será responsable del usuario.

Notas de Vigencia

- Numeral 6 adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 10 de abril de 2008.

7. REPORTE DE INFORMACIÓN.

<Incisos adicionados por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud IPS y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes deberán reportar información, de calidad, financiera y contable para lo cual deberán estar habilitadas y registradas ante la Entidad Territorial de Salud Departamental o Distrital y reportadas al registro especial de prestador de servicio de salud del Ministerio de la Protección Social en concordancia con el artículo [18](#) del Decreto 1011 de 2006.

Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud IPS y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes son responsables de reportar las novedades a la Entidad Territorial de Salud Departamental o Distrital cuando haya cambios en lo declarado en el registro especial de prestadores de servicios de salud, con la finalidad de actualizar la base de datos del Ministerio de la Protección Social, en concordancia con el artículo [15](#) del Decreto 1011 de 2006.

Notas de Vigencia

- Incisos adicionados por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<Numeral adicionado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán reportar al SIVIGILA en los términos establecidos por el Ministerio de la Protección Social la información allí requerida.

Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios Oncológicos, deberán notificar con carácter obligatorio al Instituto Nacional de Salud, utilizando el flujo de información del SIVIGILA, todos los casos de leucemia aguda probable, leucemia linfocítica aguda confirmada y leucemia mielocítica aguda confirmada, en los últimos 15 años.

Notas de Vigencia

- Numeral 7 adicionado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de diciembre de 2008.

CAPITULO II.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PRIVADA.

1. MARCO NORMATIVO.

Conforme a la Ley 100 de 1993, artículo [156](#), literal i) “Las Instituciones Prestadoras de Salud son oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud”

De otra parte el artículo [185](#) de la Ley 100 de 1993 establece “son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley.

“Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de la posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud”

“Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.” (Hoy Ministerio de Protección Social).

De otra parte, las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán tener un sistema contable que permita reconocer los costos de los servicios que ofrecen, de conformidad con lo establecido en el artículo [2649](#) de 1993.

<Ver Notas del Editor> El Decreto 1018 de 2007, en el numeral 7 del artículo [4o](#) asigna a la Superintendencia Nacional de Salud las funciones de inspección, vigilancia y control de las Instituciones Prestadoras de Salud.

Notas del Editor

La referencia al numeral 7 del artículo [4](#) del Decreto 1018 de 2007, a raíz de su derogatoria, debe entenderse al numeral 121.3 del artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, 'por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011.

<Ver Notas del Editor> Así mismo, el numeral 11 del artículo [14](#) de la misma normatividad, establece la facultad de la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos del Sector Salud el “Vigilar el cumplimiento de las instrucciones, órdenes, circulares y demás actos administrativos que dicte el Superintendente Nacional de Salud relacionadas con sus funciones”.

Notas del Editor

La reforma a la estructura de la Supersalud por el Decreto [2462](#) de 2013, 'por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud', publicado en el Diario Oficial No. 48.967 de 7 de noviembre de 2013, eliminó la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para el Sector Salud.

2. INSTITUCIONES OBLIGADAS A REPORTAR.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

<Inciso modificado por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, IPS, y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes están obligados a reportar información, de calidad, financiera y contable a la Superintendencia Nacional de Salud.

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 49 de 2008:

<INCISO 1> Todas las IPS están obligadas a reportar información general, de calidad, financiera y contable a la Superintendencia Nacional de Salud.

Esta información deberá ser remitida de acuerdo con el período establecido en los anexos técnicos correspondientes.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2. Aquellas personas jurídicas que tengan habilitada ante la Entidad Territorial de Salud una infraestructura para prestar servicios de salud como IPS, independientemente de si esta es o no su actividad principal, se encuentran obligadas a remitir la información contenida en esta Circular.

No obstante, en el caso de las organizaciones en las que la actividad principal no es la prestación de servicios de salud, la información a remitir debe limitarse a la parte destinada a la prestación de servicios de salud para lo cual deben registrarse, como centro de costo, por los lineamientos contables del Plan Único de Cuentas.

Las IPS obligadas a reportar información financiera corresponderán a aquellas que al cierre del año respectivo reflejen activos superiores a 5.000 smlmv.

3. INSTITUCIONES EXCEPTUADAS DE REPORTAR. <Numeral excluido por la Circular [57](#) de

Notas de Vigencia

- Numeral excluido por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

3. Se exceptúan del reporte de información financiera de que trata la presente Circular, aquellas personas jurídicas de objeto múltiple y que cumplan con todos los requisitos que se enumeran a continuación:

3.1. Tenga habilitada sólo prestación de servicios de salud de nivel bajo de complejidad.

3.2. No vendan o presten servicios de salud a terceros.

Para el efecto, el Representante Legal de la persona jurídica deberá solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud el retiro de la IPS de la base de datos, para lo cual anexará los siguientes documentos:

- Certificado de existencia y representación legal.
- Copia del certificado de habilitación en la que se incluyan los servicios que tienen habilitados con nivel de complejidad.
- Constancia firmada por el representante legal en la que certifique que no venden o prestan servicios de salud a terceros.

4. CONDICIONES DE LAS IPS PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON LAS ASEGURADORAS.

Es importante anotar que, cuando la Institución Prestadora de Servicios de salud vaya a formar parte de la red de prestadores de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EPS, EMP, debe tener en cuenta que debe cumplir con las obligaciones y responsabilidades definidas en la normatividad vigente especial, las siguientes:

4.1. Tener habilitados los servicios de salud que se vayan a contratar con las Entidades, contando con la declaración de habilitación de los servicios presentada ante la Dirección Territorial de Salud correspondiente.

4.2. Tener posesionado el revisor fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud, según conste en la posesión del revisor fiscal expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

4.3. Estar a paz y salvo con el pago de la tasa anual que deben pagar a la Superintendencia Nacional de Salud por concepto del desarrollo de las funciones de supervisión, demostrable con la copia de la Resolución de liquidación de la tasa y del último recibo de consignación.

4.4. La IPS debe estar al día con el reporte de información que debe enviar a la Superintendencia Nacional de Salud.

4.5. Definir como parte de la relación contractual, las condiciones de atención de los afiliados, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como los procesos de mejora para el mejoramiento de la calidad de la atención, los indicadores y estándares de calidad que garanticen la accesibilidad, oportunidad, seguridad y calidad de la atención.

pertinencia y continuidad de la atención en salud.

4.6. Garantizar el acceso a la atención en salud para lo cual la consulta médica general no debe ser mayor de veinte (20) minutos, así mismo, la atención en salud no puede ser condicionada al pago de los servicios conforme la normatividad vigente.

5. INGRESO DE LA IPS EN LA BASE DE DATOS DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. <Numeral excluido por la Circular [57](#) de 2009>

Notas de Vigencia

- Numeral excluido por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

5. Este Despacho imparte las siguientes instrucciones relacionadas con el reporte de datos a la Superintendencia, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud recién constituidas deberán solicitar el ingreso de sus mismas a la base de datos, con el fin de obtener el acceso directo a la página web de la Superintendencia y proceder al envío de la respectiva información financiera, para lo cual deberán previamente allegar la siguiente documentación:

5.1. Solicitud dirigida al Director General para la Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos de Salud.

5.2. Certificado de Existencia y Representación Legal de la IPS, con fecha de expedición no superior a treinta días.

5.3. Copia del certificado de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de servicios de salud expedido por el ente territorial correspondiente.

Una vez surtido el trámite procedente, el representante legal de la IPS de naturaleza privada que sea una persona jurídica deberá reportar la información de carácter administrativo y financiero objeto de esta circular.

Los datos deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular.

La información reportada se deberá certificar por el Representante Legal, contador y revisor fiscal en los casos en que la entidad se encuentre obligada a tenerlo.

6. CERTIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS ADJUNTOS.

Los archivos adjuntos deberán certificarse así:

6.1. Certificación de Estados Financieros (elaborada de conformidad con el artículo [37](#) de la Ley 22 de 1995), suscrita por el Representante Legal y Contador de la IPS.

6.2. Notas a los estados financieros (presentadas en forma comparativa de un año con respecto al otro).

dando cumplimiento a los requisitos contenidos en el artículo [114](#) y [115](#) del Decreto 2649 de 1993) firmadas digitalmente por Representante Legal, Contador y Revisor Fiscal (para quienes tienen la obligación de tenerlo).

6.3. Informe de Gestión, avalado por el Representante Legal.

6.4. Dictamen del Revisor Fiscal, para las entidades obligadas a tenerlo, suscrito por él mismo.

7. DATOS A REPORTAR - INFORMACIÓN GENERAL Y DE TIPO FINANCIERO.

Las instituciones deberán enviar, en las condiciones aquí determinadas, los archivos que se establecen en el anexo técnico de la presente circular, los cuales contienen: Datos generales, Información de sucursales y agencias, Balance general, Estado de resultados, cartera por deudor, Pasivos externos, mantenimiento hospitalario, reclamaciones SOAT ante la subcuenta ECAT del Fosyga.

Se debe tener en cuenta que cuando la IPS reportante tenga sucursales o agencias, la información debe ser remitida en forma consolidada.

8. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los datos deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular. Las novedades que se presenten con relación al archivo 55 deben ser reportadas de inmediato a esta Superintendencia.

Notas de Vigencia

- Numeral 8. modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

8. Los datos deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular.

9. PLAZO.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La información debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma semestral, dentro de las fechas y períodos que se relacionan en el anexo técnico.

Los plazos establecidos son improrrogables, cuando la fecha de corte coincida con un día no hábil, el límite será el día hábil siguiente.

Notas de Vigencia

- Numeral 9. modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

9. La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma dentro de las fechas que se relacionan a continuación

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; El CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Los plazos establecidos son improrrogables.

10. CUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La información incompleta, la reportada de manera distinta a lo dispuesto en esta circular y aquella allegada con un medio que no pueda ser procesado debido a errores imputables al usuario, se considerará como no recibida; la página rechazará de inmediato toda información incompleta y/o inconsistente.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

10. La información incompleta, la reportada de manera distinta a lo dispuesto en esta circular y aquella allegada con un medio que no pueda ser procesado debido a errores imputables al usuario considerará como no recibida.

11. AJUSTES POR INFLACIÓN. <Ver Notas del Editor>

Notas del Editor

- Para la interpretación de este numeral, en criterio del editor, debe tenerse en cuenta que mediante el artículo [78](#) de la Ley 1111 de 2006, publicada en el Diario Oficial No. 46.494 de 27 de diciembre de 2006, 'por la cual se modifica el estatuto tributario de los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales' se derogaron los ajustes integrales por inflación, Título V del L

El numeral 18 del artículo [6o](#) del Decreto 1018 de 2007 establece que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud ejercer la inspección, vigilancia y control de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en relación con el cumplimiento de normas técnicas, científicas, administrativas y financieras del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El numeral 30 del artículo [6o](#) de la misma norma señala que la Superintendencia Nacional de Salud sujeción a los principios y normas de contabilidad generalmente aceptados en Colombia, los mecanismos y procedimientos contables que deben adoptar las entidades vigiladas, cuando no estén sujetas a la inspección, vigilancia y control de otra autoridad.

La Superintendencia Nacional de Salud mediante la Resolución 106 * del 22 de enero de 1998, ad

Notas de Vigencia

- La referencia a la Resolución 106 de 1998 fue modificada para hacer referencia a la Resolución de 2009, por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

El Decreto 1536 del 7 de mayo de 2007 modificó los Decretos [2649](#) y 2650 de 1993, en materia de ajustes por inflación, es decir que “Los estados financieros no deben ajustarse para reconocer el efecto de la inflación”. Por lo tanto, con fundamento en el precitado decreto los activos, pasivos y patrimonio no serán ajustados por inflación; en consecuencia, dicha norma estableció que: “Los ajustes por inflación contables acumulados en los activos monetarios, pasivos no monetarios y en cuentas de orden no monetarias, harán parte del saldo de sus respectivas cuentas para todos los efectos contables”.

Así mismo, el Decreto 1536 de 2007 estipula que “Los ajustes integrales por inflación aplicados por los estados económicos en lo corrido del año 2007, deberán revertirse”.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza privada deberán dar aplicación al Decreto 1536 del 7 de mayo de 2007, en cuanto al desmonte contable de los ajustes por inflación, es decir que los estados financieros no deberán ajustarse para reconocer el efecto de la inflación. Por lo tanto, los estados financieros que se reporten a la Superintendencia Nacional de Salud deberán contener la instrucción impartida en la presente circular.

12. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.

<Numeral eliminado por la Circular [49](#) de 2008>

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

12. La Superintendencia Nacional de Salud imparte las instrucciones que a continuación se enuncian acerca del mantenimiento hospitalario, que se entiende como la actividad técnico-administrativa que tiene como principal objetivo prevenir averías, y a restablecer la infraestructura y la dotación hospitalaria a su nivel normal de funcionamiento, así como las actividades tendientes a mejorar el funcionamiento de un equipo (artículo [70](#), Decreto 1769 de 1994).

12.1. Objetivos del mantenimiento hospitalario

La actividad de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria, tiene como objetivos generales los siguientes:

12.1.1. Garantizar la seguridad de los pacientes y del personal que administra y utiliza los recursos físicos del hospital.

12.1.2. Contribuir a que la atención en salud cumpla con las características de calidad previstas en el numeral 9, artículo [153](#) de la Ley 100 de 1993 y en el Decreto [2174](#) de 1996.

12.1.3. Asegurar la disponibilidad y garantizar el funcionamiento eficiente de los recursos físicos producción o el servicio, para obtener así el rendimiento máximo posible de la inversión económica los recursos para la atención en salud y contribuir a la reducción de los costos de operación de la Institución.

12.2. Concepto del plan de mantenimiento

El Plan de Mantenimiento se entiende como el instrumento gerencial diseñado para proporcionar acciones sistemáticas de trabajo al departamento o servicio de mantenimiento de cada institución

El plan deberá incluir los objetivos, las metas, la programación de actividades, los recursos humanos físicos, tecnológicos y financieros, necesarios para cumplir con los objetivos propios de cada institución y los mencionados en esta circular externa.

12.3. Responsabilidad en la elaboración de los planes de mantenimiento

El jefe o coordinador del servicio de mantenimiento y el director, deberán elaborar anualmente los planes de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación de la institución prestadora de servicios de salud. En estos se indicarán las actividades que van a ser desarrolladas, los objetos susceptibles de mantenimiento y los recursos destinados para estas, entre otras cosas. Lo anterior en cumplimiento del artículo [12](#) del Decreto 1769 de 1994.

12.4. Objetivos del plan de mantenimiento

El Plan de Mantenimiento de la infraestructura y dotación presenta los siguientes objetivos:

12.4.1. Asegurar la asignación, dentro de los recursos destinados por la institución, de los montos necesarios para el desarrollo de las labores de mantenimiento hospitalario, conforme a las necesidades previstas y manifiestas.

12.4.2. Distribuir los recursos humanos, físicos y económicos con el fin de cubrir las tareas de mantenimiento hospitalario.

12.4.3. Suministrar a las directivas de la institución y demás dependencias el cronograma de mantenimiento para que estas actúen coordinadamente, de igual manera proporcionar medios para el control y evaluación de la gestión de mantenimiento.

12.5. Organización del plan de mantenimiento

El plan de mantenimiento que elabore cada institución prestadora de salud deberá contemplar los que se definen para la infraestructura y para la dotación en los artículos [2o](#), [3o](#), [4o](#), [5o](#) y [6o](#) del Decreto 1769 de 1994 de acuerdo con las características y condiciones de la institución.

En este sentido, los planes de mantenimiento serán de elaboración anual y se sugiere que incluyan mínimo dos capítulos, uno para la infraestructura y otro para la dotación donde el contenido de cada capítulo sea como sigue.

12.5.1. Capítulo: Mantenimiento de la infraestructura

12.5.1.1. Edificios.

12.5.1.2. Instalaciones físicas.

12.5.1.3. Redes eléctricas, de sistemas y comunicaciones, telefónicas, hidráulicas y de vapor, redes cloacales, redes de conducción de gases medicinales.

12.5.1.4. Áreas adyacentes a las edificaciones.

12.5.1.5. Otros pertenecientes a la infraestructura.

12.5.2. Capítulo: Mantenimiento de la dotación

12.5.2.1. El equipo industrial de uso hospitalario

12.5.2.2. Plantas eléctricas.

12.5.2.3. Equipos de lavandería y cocina.

12.5.2.4. Calderas.

12.5.2.5. Bombas de agua.

12.5.2.6. Autoclaves y equipos de esterilización.

12.5.2.7. Equipos de refrigeración y aire acondicionado.

12.5.2.8. Equipos relacionados con servicios de apoyo hospitalario.

12.5.2.9. Otros equipos industriales.

12.5.2.10. Equipos de Seguridad.

12.5.2.11. El equipo biomédico. Se entiende como todo aparato o máquina, operacional y funcional que reúna piezas eléctricas, electrónicas, mecánicas y/o híbridas desarrollado para realizar las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en servicios de salud.

12.5.2.12. Los muebles para uso administrativo y para usos asistenciales.

12.5.2.13. Los equipos de comunicaciones e informática.

12.5.2.14. Equipos de cómputo.

12.5.2.15. Centrales telefónicas.

12.5.2.16. Equipos de radiocomunicaciones.

12.5.2.17. Equipos para el procesamiento, reproducción y transcripción de información.

12.5.2.18. Todos aquellos que conformen el sistema de información hospitalario.

12.5.2.19. Otros equipos de comunicaciones e informática.

12.6. Destinación de recursos

Los hospitales privados, en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representan más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales, tomarán como base para determinar los recursos destinados al mantenimiento hospitalario los ingresos totales realizados durante el correspondiente período, conforme a la definición contenida en el artículo [38](#) del Decreto

2649 de 1993.

CAPITULO III.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PÚBLICA

1. MARCO NORMATIVO.

El artículo [1o](#) del Decreto 1876 de 1994 definió a las Empresas Sociales del Estado como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas y reorganizadas por ley, o por las Asambleas o Concejos.

<Ver Notas del Editor> El Decreto 1018 de 2007, en su Capítulo II, artículo [3o](#), numeral 4 fijó como objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud: “Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud”.

Notas del Editor

- La referencia al numeral 3 del artículo [3](#) del Decreto 1018 de 2007, a raíz de su derogatoria, debe entenderse al literal f) del artículo [39](#) -objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud- de la Ley 1122 de 2007, 'por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007.

En el mismo capítulo, artículo [4o](#), numeral 7 se fija dentro del ámbito de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Notas de Vigencia

- Palabra subrayada adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

<Incisos eliminados por la Circular [49](#) de 2008>

Notas de Vigencia

- Incisos eliminados por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Dentro de los principios de la contabilidad pública están los principios de causación en la que se establece que los hechos financieros, económicos y sociales deben registrarse en el momento en que suceden, independientemente del instante en que se produzca para que sea confiable y verificable que los artículos [47](#) y [48](#) del Decreto 2649 de 1993 señalan:

“ARTICULO [47](#). RECONOCIMIENTO DE LOS HECHOS ECONOMICOS. El reconocimiento proceso de identificar y registrar o incorporar formalmente en la contabilidad los hechos económicos realizados.

Para que un hecho económico realizado pueda ser reconocido se requiere que corresponda con la definición de un elemento de los estados financieros, que pueda ser medido, que sea pertinente y pueda representarse de manera confiable.

La administración debe reconocer las transacciones en la misma forma cada período, salvo que sea indispensable hacer cambios para mejorar la información. En adición a lo previsto en este decreto normas especiales pueden permitir que para la preparación y presentación de estados financieros en períodos intermedios, el reconocimiento se efectúe con fundamento en bases estadísticas.

Artículo [48](#). Contabilidad de causación o por acumulación. Los hechos económicos deben ser reconocidos en el período en el cual se realicen y no solamente cuando sea recibido o pagado el efecto o su equivalente.”

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> El Decreto 139 de 1996 establece en el artículo [40](#), numerales 7, 9 y 10, y el artículo [70](#), las funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público así:

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<INCISO >. El Decreto 139 de 1996, establece en los artículos [40](#), numerales 7, 9, 10, y el artículo [70](#), las funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público así:

“Artículo [40](#). De las funciones del cargo de gerente de Empresas Social del Estado y de Director de Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública del primer nivel de atención. Son funciones de Gerente de Empresas Social del Estado y de Director de Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública del primer nivel de atención, además de las definidas en la Ley, Ordenanza o Acuerdo, las siguientes:

7. Velar por la utilización eficiente de los recursos humanos, técnicos y financieros de la entidad y el cumplimiento de las metas y programas aprobados por la Junta Directiva.

9. Adaptar la entidad a las nuevas condiciones empresariales establecidas en el marco del Sistema C de Seguridad Social en Salud, garantizando tanto la eficiencia social como económica de la entidad como la competitividad de la institución.

10. Organizar el sistema contable y de costos de los servicios y propender por la eficiente utilización del recurso financiero.

Artículo 7o. De las funciones. Son funciones del Gerente de Empresa Social del Estado y de Directa Institución Prestadora de Servicios de Salud Pública del segundo y tercer nivel de atención además definidas en el artículo 4o de este decreto, las siguientes...”.

<Incisos eliminados por la Circular 49 de 2008.>

Notas de Vigencia

- Incisos eliminados por la Circular 49 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

En virtud de los principios de coordinación y colaboración de que trata el artículo 6o de la Ley 48 de 1998, la Superintendencia Nacional de Salud y la Contaduría General de la Nación, suscribieron un convenio interadministrativo, con el fin de aunar esfuerzos y recursos humanos, técnicos y logísticos que le permitan a las Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos presentar la información financiera económica y social de tal manera que la Contaduría General de la Nación pueda procesar y consolidar la información de esta parte del Sector Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud y la Contaduría General de la Nación en ejercicio de sus atribuciones legales, expidieron la Circular Externa Conjunta 120SNS-043CGN del 11 de septiembre de 2001, la cual fue publicada en el diario Oficial número 44551 de septiembre 14 de 2001, con el fin de solicitar Información Básica de las Empresas Sociales del Estado e Instituciones Hospitalarias, en la cual se estableció que “La Contaduría General de la Nación en cumplimiento del convenio interinstitucional, solicitará trimestralmente a las Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos además de la información financiera económica y social, información relacionada con Presupuesto, Facturación, Cuentas por Cobrar y Cuentas por Pagar, para lo cual la Superintendencia suministra el respectivo software junto con el manual e instructivo técnico el cual hace parte integral de esta Circular”.

El surgimiento de nuevas herramientas tecnológicas en el campo de la computación y las comunicaciones que facilitan y agilizan la interacción entre las organizaciones, hace evidente la necesidad de actualizar la forma y oportunidad del flujo de información entre la Superintendencia y los vigilados. Con el objeto de mejorar su tarea de inspección, vigilancia y control, la Superintendencia Nacional de Salud, viene desarrollando un sistema de información que busca aplicar esas nuevas tecnologías, optimizar la calidad de la información y facilitar a los vigilados el cumplimiento de sus obligaciones.

Los responsables de remitir la información financiera complementaria relacionada con Presupuesto, Facturación, Deudores y Acreedores a la Superintendencia Nacional de Salud, serán los Representantes Legales de las Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos.

<Inciso adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> El párrafo del artículo de la Ley 100 de 1993 establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán tener sistema contable que les permita registrar los costos de los servicios que ofrecen.

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Por lo anterior, este Despacho imparte las siguientes instrucciones relacionadas con el reporte de datos a la Superintendencia, por parte de las Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos.

Notas de Vigencia

- Orden de inciso invertido por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

2. DATOS A REPORTAR - INFORMACIÓN GENERAL Y DE TIPO FINANCIERO.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las instituciones deberán enviar, en las condiciones aquí determinadas, los archivos que se establecen en el anexo técnico de la presente circular, los cuales contienen: Datos generales, deudores, acreedores, facturación, presupuesto de ingresos, presupuesto de egresos, personal, mantenimiento hospitalario.

Notas de Vigencia

- Numeral 2. modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2. Las instituciones deberán enviar, en las condiciones aquí determinadas, los archivos que se establecen en el anexo técnico de la presente circular, los cuales contienen: Datos generales, deudores, acreedores, facturación, presupuesto de ingresos, presupuesto de egresos, personal, mantenimiento hospitalario, reclamaciones SOAT ante la subcuenta ECAT del Fosyga.

3. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.

Los datos deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular.

4. PLAZO.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La información de tipo financiero solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma semestral y dentro de las fechas que se relacionan en el anexo técnico correspondiente.

Los plazos establecidos son improrrogables.

Notas de Vigencia

- Numeral 4. modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

4. La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma en miles de pesos y dentro de las fechas que se relacionan a continuación

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; El CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Los plazos establecidos son improrrogables.

5. CUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA.

La información incompleta, la reportada de manera distinta a lo dispuesto en el esta circular y aque allegada con un medio que no pueda ser procesado debido a errores imputables al usuario, se consi como no recibida.

6. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.

<Numeral eliminado por la Circular [49](#) de 2008>

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

6. La Superintendencia Nacional de Salud imparte las instrucciones que a continuación se enuncia acerca del mantenimiento hospitalario, que se entiende como la actividad técnico-administrativa (principalmente a prevenir averías, y a restablecer la infraestructura y la dotación hospitalaria a su normal de funcionamiento, así como las actividades tendientes a mejorar el funcionamiento de un equipo (artículo [7o](#), Decreto 1769 de 1994).

6.1. Objetivos del mantenimiento hospitalario.

La actividad de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria, tiene como obje generales los siguientes:

6.1.1. Garantizar la seguridad de los pacientes y del personal que administra y utiliza los recursos del hospital.

6.1.2. Contribuir a que la atención en salud cumpla con las características de calidad previstas en numeral 9, artículo [153](#) de la Ley 100 de 1993 y en el Decreto [2174](#) de 1996.

6.1.3. Asegurar la disponibilidad y garantizar el funcionamiento eficiente de los recursos físicos p

producción o el servicio, para obtener así el rendimiento máximo posible de la inversión económica de los recursos para la atención en salud y contribuir a la reducción de los costos de operación de la Institución.

6.2. Concepto del plan de mantenimiento

El Plan de Mantenimiento se entiende como el instrumento gerencial diseñado para proporcionar acciones sistemáticas de trabajo al departamento o servicio de mantenimiento de cada institución.

El plan deberá incluir los objetivos, las metas, la programación de actividades, los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, necesarios para cumplir con los objetivos propios de cada institución y los mencionados en esta circular externa.

6.3. Responsabilidad en la elaboración de los planes de mantenimiento

El jefe o coordinador del servicio de mantenimiento y el director, deberán elaborar anualmente los planes de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación de la institución prestadora de servicios de salud. En estos se indicarán las actividades que van a ser desarrolladas, los objetos susceptibles de mantenimiento y los recursos destinados para estas, entre otras cosas. Lo anterior en cumplimiento del artículo [12](#) del Decreto 1769 de 1994.

6.4. Objetivos del plan de mantenimiento

El Plan de Mantenimiento de la infraestructura y dotación presenta los siguientes objetivos:

6.4.1. Asegurar la asignación, dentro de los recursos destinados por la institución, de los montos necesarios para el desarrollo de las labores de mantenimiento hospitalario, conforme a las necesidades previstas y manifiestas.

6.4.2. Distribuir los recursos humanos, físicos y económicos con el fin de cubrir las tareas de mantenimiento hospitalario.

6.4.3. Suministrar a las directivas de la institución y demás dependencias el cronograma de mantenimiento para que estas actúen coordinadamente, de igual manera proporcionar medios para el control y evaluación de la gestión de mantenimiento.

6.5. Organización del plan de mantenimiento.

El plan de mantenimiento que elabore cada institución prestadora de salud deberá contemplar los que se definen para la infraestructura y para la dotación en los artículos [2o](#), [3o](#), [4o](#), [5o](#) y [6o](#) del Decreto 1769 de 1994 de acuerdo con las características y condiciones de la institución.

En este sentido, los planes de mantenimiento serán de elaboración anual y se sugiere que incluyan mínimo dos capítulos, uno para la infraestructura y otro para la dotación donde el contenido de cada capítulo sea como sigue.

6.5.1. Capítulo: Mantenimiento de la infraestructura

6.5.1.1. Edificios.

6.5.1.2. Instalaciones físicas.

6.5.1.3. Redes eléctricas, de sistemas y comunicaciones, telefónicas, hidráulicas y de vapor, redes

cloacales, redes de conducción de gases medicinales.

6.5.1.4. Áreas adyacentes a las edificaciones.

6.5.1.5. Otros pertenecientes a la infraestructura.

6.5.2. Capítulo: Mantenimiento de la dotación

6.5.2.1. El equipo industrial de uso hospitalario

6.5.2.2. Plantas eléctricas.

6.5.2.3. Equipos de lavandería y cocina.

6.5.2.4. Calderas.

6.5.2.5. Bombas de agua.

6.5.2.6. Autoclaves y equipos de esterilización.

6.5.2.7. Equipos de refrigeración y aire acondicionado.

6.5.2.8. Equipos relacionados con servicios de apoyo hospitalario.

6.5.2.9. Otros equipos industriales.

6.5.2.10. Equipos de Seguridad.

6.5.2.11. El equipo biomédico. Se entiende como todo aparato o máquina, operacional y funcional, que reúna piezas eléctricas, electrónicas, mecánicas y/o híbridas desarrollado para realizar las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación en servicios de salud.

6.5.2.12. Los muebles para uso administrativo y para usos asistenciales.

6.5.2.13. Los equipos de comunicaciones e informática.

6.5.2.14. Equipos de cómputo.

6.5.2.15. Centrales telefónicas.

6.5.2.16. Equipos de radiocomunicaciones.

6.5.2.17. Equipos para el procesamiento, reproducción y transcripción de información.

6.5.2.18. Todos aquellos que conformen el sistema de información hospitalario.

6.5.2.19. Otros equipos de comunicaciones e informática.

6.6. Destinación de recursos

De conformidad con el artículo [9o](#) del Decreto 1769 de 1994 “Tratándose de los hospitales públicos, los recursos destinados a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria serán presupuestados inicialmente para cada vigencia, con base en la apropiación total de ingresos aprobados para la institución. Dichos recursos deberán ajustarse durante la vigencia de manera tal que se adicionen los ingresos totales, simultáneamente se adicionen los recursos destinados al

mantenimiento”.

El párrafo del artículo [185](#) de la Ley 100 de 1993 establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán tener un sistema contable que les permita registrar los costos de los servicios que ofrecen; así mismo, los artículos [27](#) y [39](#) del Decreto 2649 de 1993 definen los estados de costos y los costos en la prestación de servicios.

Por lo anterior, este Despacho imparte las siguientes instrucciones relacionadas con el reporte de la Superintendencia, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública.

La información de carácter administrativo y financiero objeto de esta circular debe ser reportada por el representante legal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública.

TITULO V.

ENTIDADES TERRITORIALES.

1. ASPECTOS GENERALES. <Título insertado como numeral 2 por la Circular [49](#) de 2008>

Notas de Vigencia

- Título insertado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de agosto de 2008.

El presupuesto de salud en las entidades departamentales, distritales y municipales, de acuerdo a lo establecido en el artículo [57](#) de la Ley 715 de 2001, se manejarán como “...una cuenta especial de presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso, los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial. El manejo contable de los fondos de salud debe regirse por las disposiciones que en tal sentido expida la Contaduría General de la Nación.

Los recursos del Régimen Subsidiado no podrán hacer unidad de caja con ningún otro recurso.

A los fondos departamentales, distritales o municipales de salud deberán girarse todas las rentas nacidas o transferidas con destinación específica para salud, los recursos libremente asignados para por el ente territorial, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan destinación, los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud, y en general los destinados a la salud, que deban ser ejecutados por la entidad territorial.

PARÁGRAFO 1o. Para vigilar y controlar el recaudo y adecuada destinación de los ingresos del Fondo de Salud, la Contraloría General de la República deberá exigir la información necesaria a las entidades territoriales y demás entes, organismos y dependencias que generen, recauden o capten recursos destinados a la salud.

PARÁGRAFO 2o. Sólo se podrán realizar giros del Sistema General de Participaciones a los fondos de salud”.

Se reitera lo anterior, en el literal b) del artículo [13](#) de la Ley 1122 cuando señala que “Todos los re-

de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, Régimen Subsidiado de Salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, excepto las excepciones de algunos rubros que en salud pública colectiva o en prestación de servicios de salud cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social.

Las cuentas maestras deberán abrirse con entidades financieras que garanticen el pago de intereses comerciales aceptables, el incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo 10 de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley;...”

Mediante Resolución [3042](#) del 31 de agosto de 2007 el Ministerio de la Protección Social reglamentó lo anterior.

El literal c) del artículo [13](#) de la Ley 1122 de 2007 dispone que “Los pagos, efectuados por la entidad territorial a las EPS del Régimen Subsidiado se harán bimestre anticipado dentro de los primeros 15 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas en las entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo establecido en el artículo [617](#) del Estatuto Tributario;”

El artículo [10](#) del Decreto 1281 de 2002 define la eficiencia y oportunidad en el manejo de los recursos. “Para efectos del presente decreto, se entenderá por eficiencia, la mejor utilización social y económica de los recursos financieros disponibles para que los beneficios que se garantizan con los recursos del Sistema de Salud de que trata el presente decreto, se presten en forma adecuada y oportuna.

La oportunidad hace referencia a los términos dentro de los cuales cada una de las entidades, instituciones o personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia, protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afrente el derecho de ninguno de los actores a recibir el pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentado en que se garantice el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población del país”.

El presupuesto de la Entidad deberá regirse por las normas orgánicas de la respectiva Entidad Territorial dependiendo si es del orden Departamental, Distrital o Municipal.

En todo caso deberá tenerse en cuenta lo enunciado por la Corte Constitucional sobre el presupuesto desequilibrado, en la Sentencia C-315/97 del 25 de junio de 1997, Magistrado Ponente, doctor Hernán Herrera Vergara, donde se señaló: “debe existir un mecanismo legal, como el consagrado en el presente artículo, que lo autorice a reducir o aplazar las apropiaciones presupuestales, prohibiendo o suspendiendo en condiciones especiales la asunción de nuevos compromisos y obligaciones, ya que la ejecución de presupuesto desequilibrado atentaría contra la coherencia macroeconómica”.

<Incisos eliminados por la Circular [49](#) de 2008>

Notas de Vigencia

- Incisos eliminados por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Dentro de los principios de la contabilidad pública están los principios de causación en la que se establece que los hechos financieros, económicos y sociales deben registrarse en el momento en que suceden, independientemente del instante en que se produzca para que sea confiable y verificable que los artículos [47](#) y [48](#) del Decreto 2649 de 1993 señalan:

“Artículo [47](#). Reconocimiento de los hechos económicos. El reconocimiento es el proceso de identificar y registrar o incorporar formalmente en la contabilidad los hechos económicos realizados.

Para que un hecho económico realizado pueda ser reconocido se requiere que corresponda con la definición de un elemento de los estados financieros, que pueda ser medido, que sea pertinente y pueda representarse de manera confiable.

La administración debe reconocer las transacciones en la misma forma cada período, salvo que sea indispensable hacer cambios para mejorar la información. En adición a lo previsto en este Decreto, las normas especiales pueden permitir que para la preparación y presentación de estados financieros en períodos intermedios, el reconocimiento se efectúe con fundamento en bases estadísticas.

Artículo [48](#). Contabilidad de causación o por acumulación. Los hechos económicos deben ser reconocidos en el período en el cual se realicen y no solamente cuando sea recibido o pagado el efecto o su equivalente”.

De otra parte, es importante recordar que los pagos a las instituciones prestadoras de servicios de salud deben realizar de acuerdo a lo establecido en la Ley [1122](#) de 2007.

Observaciones que deben ser acatadas por las entidades territoriales (Departamentos, Municipios y Distritos) en el manejo de sus estados financieros (Balance General), presupuesto y contabilidad de salud.

2. INTERVENTORÍA. <Título insertado como numeral 2 por la Circular [49](#) de 2008>

Notas de Vigencia

- Título insertado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de agosto de 2008.

Por su parte, también le es exigible a las entidades territoriales ejercer la interventoría a los contratos como una herramienta que permite hacer seguimiento, intervención, ejercer control, hacer cumplir lo pactado. Debe durar tanto como los contratos tanto de Régimen Subsidiado como de prestación de servicios a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda.

La interventoría es también una herramienta de gestión que permite medir los resultados y el impacto de las acciones realizadas en la ejecución de los contratos y retroalimenta a las direcciones de salud para la toma de decisiones.

Para que el resultado de la interventoría cumpla con su objetivo se requiere un interventor que se caracterice por su liderazgo, objetividad, autonomía, capacidad decisoria, imparcialidad, integridad y diligencia profesional, por ello se requiere que el interventor posea un manejo en aspectos administrativos, financieros, técnicos y legales así:

2.1. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

Notas de Vigencia

- Numeral 1 reenumerado como 2.1 por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No 46.951 de 5 de abril de 2008.

Estar informado sobre los trámites administrativos que debe realizar el contratista desde el momento se aprueba la póliza de cumplimiento para los contratos que se rigen por la ley [80](#) de 1993 (o a partir de la firma del contrato en aquellos que se rigen por el derecho privado), y existe la disponibilidad presupuestal a las que debe acudir por razón del mismo, con el objeto de asesorarlo en el momento oportuno. Así como el manejo administrativo que se le debe dar al contrato, lo cual debe relacionar en los informes administrativos de progreso.

2.2. ASPECTOS FINANCIEROS.

Notas de Vigencia

- Numeral 2 reenumerado como 2.2 por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No 46.951 de 5 de abril de 2008.

El interventor debe tener conocimiento sobre el manejo presupuestal del contrato (disponibilidad, recursos presupuestal, etc.).

2.3. ASPECTOS TÉCNICOS.

Notas de Vigencia

- Numeral 3 reenumerado como 2.3 por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No 46.951 de 5 de abril de 2008.

El interventor debe tener conocimientos respecto a la forma de preparación y presentación de informes, así como la revisión y aprobación de los documentos e informes técnicos.

2.4. ASPECTOS LEGALES.

Notas de Vigencia

- Numeral 4 reenumerado como 2.4 por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No 46.951 de 5 de abril de 2008.

En este sentido es importante resaltar que de acuerdo con las responsabilidades del interventor es indispensable que quien desempeñe dicho rol debe estar debidamente capacitado y preparado en el desempeño, cualquiera sea la posibilidad seleccionada, ya sea una interventoría interna o externa, es necesario que las personas encargadas de realizarla conozcan el marco constitucional y legal de la contratación y del Sistema General de Seguridad Social en Salud -en particular respecto al objeto del contrato.

Ahora bien, respecto de las actas e informes que presenta el interventor del contrato estos son considerados como un medio de prueba para la conciliación de conflictos y aplicación de sanciones y correctivos, por lo que los documentos escritos mediante los cuales el interventor registra su actuación y hace con

cumplimiento efectivo de sus funciones, constituyen la prueba de los comentarios, observaciones, recomendaciones realizadas por él durante la ejecución del contrato objeto de supervisión. Dichos documentos de igual manera son medios para garantizarle al contratista el derecho de defensa y contradicción de su actuación.

La interventoría es sinónimo de control a cargo de los entes territoriales, de ahí su responsabilidad en ejercerla con eficiencia en procura del adecuado manejo de los recursos financieros públicos destinados a los programas sociales en salud de la comunidad colombiana.

<Incisos eliminados por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Notas de Vigencia

- Incisos eliminados por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<INCISO > En los casos en que no haya acuerdo para la liquidación o que los entes territoriales no hagan una vez vencido el plazo señalado en el presente artículo, el Ministerio de la Protección Social reglamentará el mecanismo por el cual se permita que, a través de un mecanismo de arbitramento técnico se proceda a la liquidación de los mismos, en el menor tiempo posible”.

<INCISO > El Ministerio de la Protección Social mediante Resolución [3309](#) del 18 de septiembre de 2007 reglamenta el inciso segundo del artículo [17](#) de la Ley 1122 de 2007, disposición que debe ser acatada por las entidades territoriales.

3. LIQUIDACIÓN CONTRATOS.

<Numeral modificado por la Circular [61](#) de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

<Ver Notas del Editor> El numeral 44.2.3 del artículo [44](#) de la Ley 715 de 2001 establece: “44.2.3. contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y rea seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.”

Notas del Editor

- El numeral 44.2.3 fue derogado por el artículo [145](#) de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011.

El artículo [17](#) de la Ley 1122 de 2007 estableció “Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las Entidades territoriales, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial”.

Así mismo, el artículo [50](#) del Decreto 050 de 2003 establece: Liquidación y/o aclaración y pago de los contratos del Régimen Subsidiado. De conformidad con lo dispuesto en el artículo [216](#) de la Ley 1993, en los contratos de administración del régimen subsidiado suscritos entre las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) podrá pactarse la cláusula de liquidación unilateral prevista en la Ley [80](#) de 1993.

En el evento en que no se pacte, todo contrato de administración del régimen subsidiado suscrito en entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, deberá ser objeto de ac y pago de los saldos pendientes a su favor o en contra, dentro de los cuatro (4) meses siguientes a su terminación.

Si vencido este término, no se ha efectuado por mutuo acuerdo, la aclaración y pago de los saldos pendientes a favor o en contra, la entidad territorial procederá a realizarla dentro de los diez (10) días siguientes al vencimiento del término.”

Adicionalmente el artículo [11](#) de la Ley 1150 de 2007 determinó que “la liquidación de los contratos de mutuo acuerdo dentro del término fijado en los pliegos de condiciones o sus equivalentes, o dentro de los que acuerden las partes para el efecto. De no existir tal término, la liquidación se realizará dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la expiración del término previsto para la ejecución del contrato o a la expedición del acto administrativo que ordene la terminación, o a la fecha del acuerdo que la disponga”.

En aquellos casos en que el contratista no se presente a la liquidación previa notificación o convocatoria hecha por la entidad, o las partes no lleguen a un acuerdo sobre su contenido, la entidad tendrá la facultad de liquidar en forma unilateral dentro de los dos (2) meses siguientes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo [136](#) del C. C. A.

Si vencido el plazo anteriormente establecido no se ha realizado la liquidación, la misma podrá ser realizada en cualquier tiempo dentro de los dos años siguientes al vencimiento del término a que se refieren los incisos anteriores, de mutuo acuerdo o unilateralmente, sin perjuicio de lo previsto en el artículo [136](#) del C. C. A.

Los contratistas tendrán derecho a efectuar salvedades a la liquidación por mutuo acuerdo, y en este caso la liquidación unilateral solo procederá en relación con los aspectos que no hayan sido objeto de acuerdo.

De igual forma, el artículo [68](#) del Acuerdo 415 de 2009 del Consejo Nacional de Seguridad Social estableció que “la liquidación del contrato deberá efectuarse a más tardar cuatro (4) meses finalizado el período contractual. Las Entidades Territoriales responsables de la operación del régimen subsidiado que se encuentren en cobertura superior, no podrán acceder a recursos de ampliación de cobertura sin cumplir con este requisito.”

Finalmente, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en su Circular 17 del 3 de junio de 2010 indicó que “La Ley 1122 de 2007 en su artículo [17](#) estableció la obligación de las entidades territoriales de realizar la liquidación de mutuo acuerdo de los contratos de régimen subsidiado a más tardar en seis meses a partir de la expedición de la norma. En desarrollo del artículo anteriormente mencionado, el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución [3309](#) de 2007, modificada por la Sentencia C-[035](#)/08 de la Corte Constitucional, en este orden de ideas, las EPS`S y las entidades territoriales debieron liquidar los contratos suscritos y ejecutados en su totalidad al cierre de la vigencia 2007.

En razón a que la obligación de liquidar no ha sido cumplida por las entidades territoriales dentro de los plazos señalados, y en la medida que se están configurando eventos de riesgo que afectan el cumplimiento de las metas de continuidad, cobertura y calidad en la prestación de los servicios de salud, esta directiva considera perentorio, que en **un término no mayor a un mes sean liquidados unilateralmente aquellos contratos ejecutados y finalizados antes del cierre de la vigencia fiscal 2008, y de dos meses para aquellos ejecutados y finalizados a 30 de septiembre 2009, términos contados a partir de la expedición de esta circular.**

Aquellos contratos ejecutados y finalizados a partir del primero de octubre de 2009 y a la fecha de expedición de esta circular, serán liquidados en los términos del artículo [11](#) de la Ley 1150 de 2007, ello, también se tendrá en cuenta lo establecido en el artículo [38](#) de la Ley 1122 de 2007.

Si como consecuencia de la liquidación de los contratos resultaren valores a favor de las EPS`S o de la entidad territorial, por concepto del aseguramiento, estos deberán ser destinados (sic) de acuerdo a los lineamientos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

De no darse cumplimiento a lo anterior en el término establecido, hecho del que dará razón el Ministerio de la Protección Social, la Dirección General de Apoyo Fiscal, en cumplimiento de sus funciones respecto al seguimiento y control al uso de los recursos del Sistema General de Participaciones, que le fueron asignados al Ministerio de Hacienda y Crédito Público mediante el Decreto 791 de 2009, dará aplicación al procedimiento establecido en el Decreto [028](#) de 2008 y sus normas reglamentarias para ordenar la adopción de medidas preventivas y/o correctivas, entre las que se encuentran la suspensión de giros, el giro directo, y la suspensión temporal de la competencia.

Todo lo anterior sin perjuicio de las consecuencias que la no liquidación contractual tenga frente a las competencias directas de los órganos de control, el ministerio Sectorial y la Superintendencia de Salud.

Por lo anterior la no liquidación de contratos dará lugar a las sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de las medidas preventivas y correctivas a las que hace referencia el Decreto [028](#) de 2008 y la normatividad vigente.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [61](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.769 de 1º de julio de 2010.
- Numeral 3. adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 1º de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 49 de 2008:

3. Liquidación de contratos. <Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Por la naturaleza de los recursos comprometidos en los contratos de administración del Régimen Subsidiado estos deben ser liquidados por las partes (municipios y EPS-S) de conformidad con lo previsto en el mismo contrato y en las diferentes normas que regulan el tema, como son, entre otras, la Ley [715](#) de 2001, el Decreto [050](#) de 2003, la Circular Externa Conjunta 018 MS-[074](#) SNS de 1999 y la Circular [009](#) de 1999 del entonces Ministerio de Salud, así como lo mencionó el Ministerio de Protección Social mediante oficio con Radicado 273591 del 18 de diciembre de 2007.

Sin perjuicio de lo anterior, existen elementos para liquidar los contratos y establecer, entre otros, el cumplimiento del objeto contractual y las obligaciones correlativas de las partes. En tal sentido deberá tenerse en cuenta que, entre otros mecanismos, la Ley 1122 de 2007, en su artículo [38](#) establece que la Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, para resolver los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y sus usuarios.

4. ENVÍO DE LA INFORMACIÓN.

<Numeral modificado por la Circular [60](#) de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> El departamento

remitir la información que corresponde al departamento como tal.

Esta información, debe ser enviada vía página web a la Superintendencia Nacional de Salud, siguiendo los pasos que se indican en el anexo técnico.

Los municipios por su parte, deben remitir la información directamente a la Superintendencia Nacional de Salud, siguiendo el proceso señalado para los departamentos.

Los Distritos, por su parte, deben remitir la información directamente a la Superintendencia Nacional de Salud, siguiendo el proceso señalado para los departamentos.

Los archivos reportados a la Superintendencia deberán llegar debidamente autenticados, a través de firma digital por parte del representante legal o de quien él delegue.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [60](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.640 de 3 marzo de 2010.
- Numeral 4 adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 1 abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 49 de 2008:

4. Las entidades territoriales deben tener en cuenta los siguientes aspectos e instrucciones para la remisión de la información:

Los municipios deben elaborar sus respectivos archivos planos, consolidar la información de su jurisdicción y presentarla en medio magnético a la respectiva Dirección Departamental de Salud. Adjunto a estos archivos se debe entregar una certificación en la que conste que los datos registrados en cada uno de los archivos fueron tomados de los documentos soporte debidamente legalizados. Es importante tener en cuenta que el único responsable de la consolidación y envío de la información es el Representante de la Dirección Departamental de Salud, pero el reporte a la Superintendencia Nacional de Salud es responsabilidad directa del municipio.

El departamento debe consolidar tanto la información de todos los municipios de su propia jurisdicción como la que corresponde al departamento como tal. Esta información ya consolidada, debe ser enviada vía página web a la Superintendencia Nacional de Salud, siguiendo los pasos que se indican en el anexo técnico.

Los Distritos, por su parte, deben remitir la información directamente a la Superintendencia Nacional de Salud, siguiendo el proceso señalado para los departamentos.

Las Direcciones Departamentales de Salud deben establecer los cronogramas donde se incluyan las fechas de reporte de información de sus municipios con el fin de garantizar el cumplimiento de los plazos establecidos del envío de información a la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Direcciones Departamentales de Salud en ejercicio de sus competencias de vigilancia y control deben adoptar los instrumentos y mecanismos que permitan verificar la veracidad de la información reportada por los municipios.

En ningún caso podrá modificarse la estructura de los archivos planos y las tablas de referencia que relacionan en el anexo técnico.

Las Direcciones Departamentales de Salud designarán un funcionario que coordine con los municipios de su jurisdicción el proceso de divulgación, recopilación y envío de la información.

Los archivos reportados a la Superintendencia deberán llegar debidamente autenticados, a través de firma digital por parte del representante legal o de quien él delegue.

5. FECHAS DE ENVÍO DE LA INFORMACIÓN.

<Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los municipios deberán enviar a la Dirección Departamental de Salud la información de acuerdo con los cortes especificados en las fechas señaladas en el título de anexos técnicos.

Las Direcciones Departamentales de Salud deberán remitir la información de acuerdo con los cortes especificados y en las fechas señaladas en el título de anexos técnicos.

Cuando la fecha de presentación coincida con un día no laborable, el reporte de la información deberá efectuarse el día hábil siguiente y en ningún caso la Superintendencia Nacional de Salud otorgará prorroga para su presentación.

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

6. COMPETENCIAS Y OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN LO RELACIONADO A RENTAS CEDIDAS Y MONOPOLIOS RENTÍSTICOS. <Numeral adicionado por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

<Inciso modificado por la Circular [62](#) de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> Ley 223 de 1995 en su artículo [221](#) determinó que la fiscalización, liquidación oficial, discusión, cobro, y recaudo de los impuestos al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y de cigarrillos y tabaco elaborado, nacionales y extranjeros, es de competencia de los departamentos, la cual se ejercerá a través de los órganos encargados de la administración fiscal.

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular [62](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.777 de 21 de mayo de 2010.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 57 de 2009:

<INCISO 1> Ley 223 de 1995 en su artículo [221](#) determinó que la fiscalización, liquidación oficial, discusión, cobro, y recaudo de los impuestos al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, nacionales y extranjeros, es de competencia de los departamentos, la cual se ejercerá a través de los órganos encargados de la administración fiscal.

El Decreto [1542](#) de 1998, dispone que:

“Artículo [1º](#). De conformidad con los artículos [356](#), [357](#) y [359](#) de la Constitución Política, las participaciones establecidas en la Constitución y en la ley en favor de las entidades territoriales con al sector salud, tienen una destinación específica. Las autoridades locales y los demás servidores públicos del nivel territorial que tengan a su cargo la distribución y utilización de dichos recursos responderán fiscal y disciplinariamente cuando estos se apliquen a fines distintos de los previstos en la Constitución y la ley.” Negrilla fuera de texto.

La Ley [715](#) de 2001, por la cual se dictaron normas orgánicas en materia de recursos y competencias estableció al sector salud de cada departamento, entre otras, las siguientes funciones y reglas:

1. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y el Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.

2. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

1. Adecuar y orientar su estructura administrativa, técnica y de gestión, para el ejercicio de las competencias asignadas, que deberán cumplirse con recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud y con recursos propios.

2. Disponer de un sistema que genere información periódica sobre el manejo presupuestal y contable de los recursos destinados a salud.

Con la expedición de la Ley [788](#) de 2002 el IVA cedido al sector salud, por licores, vinos, aperitivos similares, quedó incorporado dentro de la tarifa del impuesto al consumo, o dentro de la tarifa de la participación, según el caso, y se liquida como un único impuesto o participación, por tanto, los Departamentos son los competentes para adelantar las funciones de administración y control del tributo.

En relación con la fiscalización del IVA generado en las cervezas de producción nacional y extranjera, tiene que la Ley [788](#) ídem dispuso que a las autoridades tributarias de los Departamentos y el Distrito Capital les compete la fiscalización, liquidación oficial y discusión del impuesto al consumo.

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009. El numeral 6 y sus subnumerales del texto original son reenumerados como 7 y sus subnumerales.

<Incisos adicionados por la Circular [62](#) de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

Mediante la Ley 1393 de julio 12 de 2010, “por la cual se definen rentas de destinación específica para el sector salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones”, artículo [6º](#) se crea una sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco equivalente al 10% de la base gravable; y el artículo [7º](#) determina que los recursos que se generen se destinan por los Departamentos y el Distrito Capital para el sector salud.

El párrafo 1º del artículo [8º](#) de la Ley 1393 de julio 12 de 2010, establece que “Del total recaudado por concepto del impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y/o participación, una vez descontado el porcentaje de IVA cedido a que se refiere el párrafo 2º del artículo [50](#) de la Ley 78

2002, los departamentos destinarán un 6% en primer lugar a la universalización en el aseguramiento incluyendo la primera atención a los vinculados según la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional; en segundo lugar, a la unificación de los planes de beneficios obligatorios de salud en los regímenes contributivo y subsidiado...”.

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular [62](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.777 de 21 julio de 2010.

7. <6> INFORMACIÓN SOBRE RENTAS CEDIDAS.

Notas de Vigencia

- Numeral reenumerado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 octubre de 2009.

7.1. <6.1> LOTERÍAS Y APUESTAS PERMANENTES - CHANCE.

La información que se relaciona en los anexos técnicos correspondientes es la que debe ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Salud Departamentales, Direcciones Territoriales de Salud, Institutos Seccionales de Salud; Fondos Departamentales de Salud y Secretaría Distrital de Salud de cada uno de los departamentos, territorios y distrito capital.

A partir de la entrada en vigencia de la presente circular sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información remitida.

<Tabla modificada por la Circular [57](#) de 2009. Rige a partir de la vigencia 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

Formulario	Periodicidad	Plazo
Reporte de Pagos	Mensual	10 primeros días de cada mes

Notas de Vigencia

- Tabla modificada por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009. Dicha modificación empezará a regir a partir de la vigencia 2010, por lo tanto el reporte se enviará dentro los primeros días del mes de febrero.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Formulario Periodicidad Plazo

Reporte de Pagos Mensual 10 primeros días calendario de cada mes

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información. El anexo y los manuales se pueden consultar en la página web www.supersalud.gov.co de la Superintendencia Nacional de Salud.

Notas de Vigencia

- Numeral reenumerado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de octubre de 2009.

7.2. <6.2> OTROS JUEGOS DE SUERTE Y AZAR.

La información que se relaciona en los anexos técnicos correspondientes es la que debe ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Salud Municipales y Secretaría Distrital de Salud Bogotá. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información remitida.

<Tabla modificada por la Circular [57](#) de 2009. Rige a partir de la vigencia 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

Formulario	Periodicidad	Plazo
Reporte de Pagos	Mensual	10 primeros días de cada mes

Notas de Vigencia

- Tabla modificada por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009. Dicha modificación empezará a regir a partir de la vigencia 2010, por lo tanto el reporte se enviará dentro los primeros días del mes de febrero.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Formulario Periodicidad Plazo

Reporte de Pagos Mensual 10 primeros días calendario de cada mes

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información. El anexo y los manuales se pueden consultar en la página web www.supersalud.gov.co Superintendencia Nacional de Salud.

Notas de Vigencia

- Numeral 6.2 reenumerado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de octubre de 2009.

7.3. <6.3> IVA CEDIDO A SALUD Y RENTAS DE MONOPOLIO DE LICORES.

7.3.1. <6.3.1.> <Inciso modificado por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Secretarías de Salud Departamentales, Direcciones Territoriales de Salud, Institutos Seccionales de Salud; Fondos Departamentales de Salud y Secretaría Distrital de Salud Bogotá. La información correspondiente al impuesto cedido de cervezas, licores, vinos, aperitivos y similares deberá ser diligenciada y remitida por estas entidades. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular solo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<INCISO> La información correspondiente a IVA cedido de cervezas, licores, vinos, aperitivos y similares deberá ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Salud Departamentales; Direcciones Territoriales de Salud, Institutos Seccionales de Salud; Fondos Departamentales de Salud y la Secretaría Distrital de Salud Bogotá. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular sólo deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información remitida.

Formulario	Periodicidad	Plazo
Reporte de Pagos	Mensual	10 primeros días calendario de cada mes

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información. El anexo y los manuales se pueden consultar en la página web www.supersalud.gov.co Superintendencia Nacional de Salud.

El Secretario de Salud y/o Director o Jefe del Fondo Departamental de Salud, dentro de los diez (10) días calendario siguientes al finalizar cada semestre, remitirá una relación de los dineros recibidos, invertidos, ejecutados o proyectos adelantados por el departamento en el sector salud con los recursos provenientes de las rentas del monopolio de licores, indicando la modalidad, las fechas en que fueron realizados y los conceptos.

7.3.2. <6.3.2> <Inciso modificado por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Secretaría de Hacienda. La información que se establece en los anexos técnicos respectivos es la que debe ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Hacienda relacionada con el impuesto al consumo, participación porcentual, así como con el IVA cedido a salud. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular solo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<INCISO> La información que se establece en los anexos técnicos respectivos es la que debe ser diligenciada y remitida por parte de las Secretarías de Hacienda relacionada con el IVA cedido a salud. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en el momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

7.3.2.1. <6.3.2.1> Las tarifas de impuesto al consumo y/o participación porcentual adoptadas en la territorial deberán ser remitidas, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de expedición del administrativo, al correo electrónico licores@supersalud.gov.co

7.3.2.2. <6.3.2.2> Los plazos establecidos son:

<Tabla modificada por la Circular [57](#) de 2009. Rige a partir de la vigencia 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

Formulario	Periodicidad	Plazo
Cobros al Fondo Cuenta	Mensual	10 primeros días de cada mes
Declaraciones y Pagos	Mensual	

Notas de Vigencia

- Tabla modificada por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009. Dicha modificación empezará a regir a partir de la vigencia 2010, por lo tanto el reporte se enviará dentro los días primeros días del mes de febrero.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Formulario Periodicidad Plazo

Actualización Entidades Mensual 10 primeros días calendario de cada mes

Cobros al Fondo Cuenta Mensual

Reporte de Producción Mensual

Declaraciones y Pagos Mensual

Reporte de Actuaciones Mensual

7.3.2.3. <6.3.2.3> <Numeral modificado por la Circular [62](#) de 2010. El nuevo texto es el siguiente: Secretaría de Hacienda Distrital de Bogotá sólo deberá reportar los formularios denominados “Cobros al Fondo Cuenta” y “Declaraciones y Pagos”, correspondientes a cervezas y sifones.

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular [62](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.777 de 21 de diciembre de 2010.

Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 57 de 2009:

7.3.2.3 La Secretaría de Hacienda Distrital de Bogotá sólo deberá reportar los formularios denominados “Cobros al Fondo Cuenta”, “Declaraciones y Pagos” y “Reporte de Actuaciones”, correspondientes a cervezas y sifones.

7.3.2.4. <6.3.2.4> En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligencia remisión de la información. El anexo y los manuales se pueden consultar en la página web www.supersalud.gov.co de la Superintendencia Nacional de Salud.

7.3.2.5. <6.3.2.5> Una vez esta Superintendencia ponga en conocimiento de las Secretarías de Hacienda Departamentales las inconsistencias detectadas en la liquidación y pago del IVA, de conformidad con la información reportada en el Capítulo IV del Título III de esta Circular Única, deberán dar inicio a los procesos tributarios a más tardar dentro del mes siguiente.

7.3.2.6. <6.3.2.6> Las Secretarías de Hacienda Departamental deberán informar al departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina los productos que fueron despachados para consumo en la Isla de los tres (3) días hábiles siguientes al envío, indicando:

7.3.2.6.1. <6.3.2.6.1> Productor.

6.3.2.6.2. <6.3.2.6.2> Nombre de los productos, presentación y cantidad, por cada producto enviado.

7.3.2.6.3. <6.3.2.6.7> <sic, 6.3.2.6.3> Fecha del envío.

7.3.2.7. <6.3.2.7> La Secretaría de Hacienda del Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina deberá informar, al respectivo departamento, los productos que ingresaron a la Isla, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al recibo, indicando:

7.3.2.7.1. <6.3.2.7.1> Productor.

7.3.2.7.2. <6.3.2.7.2> Nombre de los productos, presentación y cantidad, por cada producto recibido.

7.3.2.7.3. <6.3.2.7.3> Fecha del ingreso.

7.3.2.8. <6.3.2.8> Las respectivas Secretarías de Hacienda darán inicio a los procesos tributarios cuando surjan diferencias entre los productos enviados para consumo en el departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y los efectivamente ingresados, a más tardar dentro del mes siguiente.

Notas de Vigencia

- Numeral 6.3 y subnumerales reenumerados por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

7.4. <6.4> MONOPOLIO DE LICORES-SECRETARÍAS DE HACIENDA DEPARTAMENTAL

La información que se relaciona a continuación corresponde a la que debe ser diligenciada y remitida por la parte de las Secretarías de Hacienda sobre las Rentas del Monopolio de Licores Destilados, así:

7.4.1. <6.4.1.> Dentro de los diez (10) días calendario siguientes al finalizar cada semestre, los montos recaudados, en el semestre inmediatamente anterior, por rentas del monopolio de licores, detalladas por cada concepto, a saber, Impuesto al Consumo y/o Participación Porcentual, Excedentes de la Licencia Departamental, Derechos de Explotación y las demás que se originen como producto del ejercicio del monopolio.

7.4.2. <6.4.2> <Numeral modificado por la Circular [59](#) de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> Dentro de los diez (10) días calendario siguientes al finalizar cada semestre, los montos recaudados, en el semestre inmediatamente anterior, por rentas del monopolio de licores, detallados por cada concepto, a saber,

Impuesto al Consumo y/o Participación Porcentual, Excedentes de la Licorera Departamental, Derechos de Explotación y las demás que se originen como producto del ejercicio del monopolio. De igual manera los montos ejecutados, discriminados por cada rubro específico de gasto, en la financiación de salud y educación.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [59](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 10 febrero de 2010.
- Numeral modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 octubre de 2009.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 57 de 2009:

7.4.2 Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la aprobación del presupuesto del departamento deberán remitir los montos programados en el ingreso por rentas del monopolio de licores, detallados por cada concepto, a saber: Impuesto al Consumo y/o Participación Porcentual, Excedentes de la Licorera Departamental, Derechos de Explotación y las demás que se originen como producto del ejercicio del monopolio. Así mismo los montos incorporados con destino a la financiación de los servicios de salud y educación, discriminados por cada rubro específico de gasto, de manera que se pueda identificar la aplicación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

6.4.2. Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la aprobación del presupuesto los montos incorporados en el presupuesto del departamento con destino a la financiación de los servicios de salud y educación, discriminando por cada rubro específico de gasto, la fuente de financiación, de manera que se pueda identificar la aplicación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio, así como los demás recursos que se destinan a salud.

7.4.3. <6.4.3> <Numeral modificado por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al cierre de cada vigencia fiscal deberán remitir los montos efectivamente recaudados, detallados por cada concepto, a saber: Impuesto al Consumo y/o Participación Porcentual, Excedentes de la Licorera Departamental, Derechos de Explotación y las demás que se originen como producto del ejercicio del monopolio; y los ejecutados en los sectores de salud y educación, por rubro específico de gasto, de manera que se pueda identificar la aplicación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, de conformidad con los conceptos de gasto establecidos en el Decreto [4692](#) de 2005 y demás normas vigentes.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 octubre de 2009.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

6.4.3 Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al cierre de cada vigencia fiscal los montos efectivamente ejecutados el sector salud por rentas del monopolio de licores discriminando por cada rubro específico de gasto la fuente de financiación, de manera que se pueda identificar la aplicación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, de conformidad con los conceptos de gasto establecidos en el Decreto [4692](#) de 2005 y demás normas vigentes.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

Notas de Vigencia

- Numeral 6.4 y subnumerales reenumerados por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

8. <7> FACULTADES DE LA ENTIDAD TERRITORIAL EN LA ATENCIÓN EN SALUD.

Notas de Vigencia

- Numeral reenumerado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

8.1. <7.1> INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL. <Numeral reemplazado por la Circular [54](#) de 2009, según lo dispuesto por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Notas del Editor

El editor encuentra en la publicación que la Supersalud hace de esta circular una numeración especial para facilitar las futuras referencias a los mismos la NUMERACIÓN INTERNA se señala conforme a esta publicación. La Numeración que la Super da a los Títulos y Capítulos se repite por lo que el editor incorpora su propia numeración.

<8.1.1> TITULO III-

DE LA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS ENTES TERRITORIALES MUNICIPALES

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.1.1> CAPITULO I-

DE LA INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES MUNICIPALES EN EL ÁREA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

<Numeral correspondiente a la Circular [54](#) de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones y competencias en la inspección, vigilancia y control que deben realizar los municipios en el territorio de su jurisdicción:

relacionadas con la prestación de servicios de salud:

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

<8.1.1.2.1> 1.1. El Inciso 3o del párrafo del artículo [16](#) del Decreto 1011 del 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” reza:

“Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de registrarlos en el Registro Específico de Prestadores de Servicios de Salud y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Específico de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación”.

8.1.1.2.2 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. <Numeral modificado de la Circular [12](#) de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Las Entidades Territoriales de Salud del Orden Departamental, Distrital y Municipal, en el contexto de la normativa vigente, son responsables de realizar las siguientes actividades y gestiones:

a) Elaboración, implementación y evaluación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) en su condición de compradores de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA).

Las Entidades Territoriales de Salud en su condición de compradores de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA) en lo no cubierto con subsidios a la demanda, deberán implementar, incorporar y desarrollar estrategias o acciones a través del PAMEC, con miras a mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud de la Población Pobre No Asegurada (PPNA) a través de su relación con los prestadores, para lo cual deberán elaborar su documento PAMEC siguiendo las pautas y guías para la elaboración establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los municipios certificados una vez elaborado su documento PAMEC como comprador de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA), deberán remitirlo a la Dirección Territorial de Salud del Orden departamental de su jurisdicción para que esta realice el respectivo seguimiento.

Las Entidades Territoriales de Salud del Orden Departamental y Distrital deberán reportar la formulación del Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada y los resultados de evaluación de su PAMEC a la Superintendencia Nacional de Salud, según lo dispuesto en el Anexo Técnico – Archivo Tipo número ST001. En cualquier caso, la Superintendencia podrá requerir la inclusión de acciones adicionales de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, las cuales deben ser adoptadas y monitoreadas por la entidad. El reporte de la formulación del Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada debe llevarse a cabo a más tardar el 31 de julio del año en curso y el reporte de los resultados de evaluación de las actividades ejecutadas debe llevarse a cabo a más tardar el 28 de febrero del año siguiente;

b) Realizar inspección, vigilancia y control a la formulación y cumplimiento de los contenidos del PAMEC de los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción, a los que les sea aplicable el PAMEC.

Las Entidades Territoriales de Salud del Orden Departamental y Distrital, en el ejercicio de sus competencias, deberán realizar inspección, vigilancia y control a la formulación y cumplimiento de los contenidos del PAMEC de los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción, a los que les sea aplicable el PAMEC, según las pautas de la normativa vigente.

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital, deberán enviar anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud un informe con los resultados de seguimiento a la formulación resultados de ejecución de los PAMEC de los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción que les aplique realizar el PAMEC) según lo dispuesto en el Anexo Técnico – Archivo Tipo número

Las Entidades Territoriales en salud en su evaluación de Habilitación y del PAMEC podrán disponer información que será reportada por la IPS a esta Superintendencia, con base en lo reportado en el Anexo técnico - Archivo Tipo número ST002, para su evaluación y seguimiento;

c) Realizar inspección y vigilancia a la formulación y cumplimiento de los contenidos del PAMEC municipios certificados de su jurisdicción, en su condición de compradores de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA).

Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital, en el ejercicio de sus competencias deberán realizar inspección y vigilancia a la formulación y cumplimiento de los contenidos del PAI los municipios certificados de su jurisdicción, en su condición de compradores de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA), según las pautas de la normativa vigente.

Las Entidades Territoriales de Salud del Orden Departamental y Distrital, deberán enviar anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud, un informe con los resultados de seguimiento a la formulación resultados de ejecución de los PAMEC de los municipios certificados de su jurisdicción según lo dispuesto en el Anexo Técnico – Archivo Tipo número ST003.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Proceso de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

Legislación Anterior

Texto incorporado por la Circular 57 de 2009:

1.2. El artículo [50](#) del Decreto 1011 del 2006 “por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”:

“Artículo [50](#). Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en Salud. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

...

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.

1.2.1. Los artículos [53](#) y [54](#) del Decreto 1011 del 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

reglamenta entre otras lo referente a la Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, rezan:

“Artículo [53](#). Aplicación de las medidas sanitarias de seguridad. El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas”.

“Artículo [54](#). Sanciones. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo [577](#) y siguientes de la Ley 9a de 1979 y las normas que la modifiquen o sustituyan”.

Los artículos [577](#), [578](#), [579](#), [580](#) y [581](#) de la Ley 9a de 1979 establecen:

“Artículo [577](#). Teniendo en cuenta la gravedad del hecho y mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta ley, será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con cualquiera o algunas de las siguientes sanciones:

- a) Amonestación;
- b) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución;
- c) Decomiso de productos;
- d) Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y
- e) Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

Artículo [578](#). Cuando del incumplimiento de las disposiciones de la presente ley, se deriven riesgos para la salud de las personas, deberá darse publicidad a tal hecho para prevenir a los usuarios.

Artículo [579](#). El pago de las multas no exime al infractor de la ejecución de la obra, obras o medidas de carácter sanitario que hayan sido ordenadas por la entidad responsable del control.

Artículo [580](#). Las sanciones administrativas impuestas por las autoridades sanitarias, no eximen de responsabilidad civil o penal a que haya lugar por las violaciones a los preceptos de la ley.

Artículo [581](#). Cuando para su funcionamiento un establecimiento o empresa necesitare dos o más licencias, el Ministerio de Salud podrá otorgar una que comprenda todas las requeridas”.

8.1.1.2.3 Sistema de Información para la Calidad (SIC) <Numeral modificado por la Circular [12](#) del 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Las Entidades Territoriales de Salud del Orden Departamental y Distrital, en el contexto de la normativa vigente, serán responsables de realizar inspección, vigilancia y control a las Instituciones prestadoras de servicios de salud y a los servicios de transporte especial de pacientes en su jurisdicción frente al Sistema de Información para la Calidad.

Las Entidades territoriales Departamentales y Distritales de Salud deberán realizar el reporte sobre el monitoreo realizado a Instituciones prestadoras de servicios de salud y a los servicios de transporte especial de pacientes, en el marco del Sistema de Información para la Calidad (SIC), según lo dispuesto en el

Técnico-Archivo Tipo número ST004.

En cualquier caso, la Superintendencia podrá requerir a la Entidad Territorial, a las Instituciones prestadoras de servicios de salud y/o a los Servicios de transporte especial de pacientes la ampliación de la información reportada por la Entidad Territorial.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

Legislación Anterior

Texto incorporado por la Circular 57 de 2009:

1.3. El artículo [6o](#) de la Resolución 1446 de 2006 expedida por el Ministerio de la Protección Social es:

“Artículo [6o](#). Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud y a las entidades territoriales, el desarrollo de sus competencias, cumplir y hacer cumplir las disposiciones establecidas en la presente resolución y en caso de incumplimiento, adelantar las acciones a que hubiere lugar”.

La Circular 51 de 2007 expedida por el Ministerio de la Protección Social estableció:

“De conformidad con lo señalado, se precisa que las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud en ejercicio de sus facultades de vigilancia y control, deben adelantar las gestiones a fin de cumplir con lo dispuesto en el artículo [4o](#) de la Resolución 001446 de 2006, a saber:

- a) Brindar a los prestadores de servicios de salud del área de su influencia, la asistencia técnica necesaria para el reporte oportuno de la información de los indicadores de calidad, cuando a ello hubiere lugar;
- b) Efectuar los requerimientos a los prestadores de servicios de salud que hayan incumplido con el reporte, advirtiéndoles que ninguna institución será sancionada por los contenidos de la información reportada; no obstante, en el evento de omitirla, la dirección territorial de salud se verá avocada a aplicar las sanciones previstas en la normatividad vigente, sin perjuicio de la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud prevista en el artículo [6o](#) del Decreto 1018 de 2007”.

En desarrollo de dicha función, las autoridades municipales de salud podrán en cualquier momento solicitar por escrito a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su jurisdicción copia de los reportes de información de los indicadores de monitoría del sistema, enviados a la Superintendencia Nacional de Salud.

Los indicadores del nivel de monitoría del sistema que deben reportar las instituciones prestadoras de servicios de salud son:

INDICADORES DEL NIVEL DE MONITORIA DEL SISTEMA

<Consultar tabla en la Circular [54](#) de 2009>

<8.1.1.2.4> 1.4. La Resolución [1043](#) de 2006, “por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de

para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”, en su artículo [10](#), inciso final establece:

“Las disposiciones contenidas en la Resolución [4445](#) de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionales o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada o modificada, a partir del 1º de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución [4445](#) de 1996, al servicio creado o modificado”.

El artículo [38](#) de la Resolución 4445 de 1996, por el cual se dictan normas para el cumplimiento de lo contenido del Título IV de la Ley [9a](#) de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares” reza:

“Artículo [38](#). Facultades para vigilancia y control.

Corresponde a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud, establecer los mecanismos para el cumplimiento a las disposiciones de la presente resolución”.

<8.1.1.2.4.1> 1.4.1. Los artículos [43](#), [40](#), [41](#), [42](#), [44](#), [47](#), [48](#) y [49](#) de la Resolución 4445 de 1996 “por la cual se dictan normas para el cumplimiento de lo contenido del Título IV de la Ley [9a](#) de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares” rezan:

“Artículo [43](#). Autoridades competentes.

La competencia para la aplicación de las medidas de seguridad la tienen la Dirección Seccional, Distrital o Local de salud y los funcionarios que por decisión de esta, cumplan funciones de vigilancia y control en el ámbito de la presente resolución.

PARÁGRAFO. Los funcionarios que deban cumplir las funciones de vigilancia y control serán identificados por sus respectivos cargos”.

“Artículo [40](#). De cuáles son las medidas de seguridad.

De acuerdo con el artículo [576](#) de la Ley 9a de 1979, son medidas de seguridad, las siguientes:

- La clausura temporal de la institución prestadora de servicios de salud, que podrá ser total o parcial.
- La suspensión total o parcial de trabajos o de servicios.
- El decomiso de objetos o productos.
- La destrucción o desnaturalización de artículos o productos.
- La congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos, mientras se tome una decisión definitiva al respecto”.

“Artículo [41](#). Ejecución de las Medidas de Seguridad.

Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplican sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar. Se levantarán cuando se compruebe que no han desaparecido las causas que las originaron”.

“Artículo [42](#). Efectos de las Medidas de Seguridad.

Las medidas de seguridad surten efectos inmediatos, contra ellas no procede recurso alguno y no re-

formalidades especiales”.

“Artículo [44](#). De la imposición de una medida Sanitaria de Seguridad.

De la imposición de una medida de seguridad se levantará un acta en la cual consten las circunstancias que han originado la medida y su duración, la cual podrá ser prorrogada”.

“Artículo [47](#). Iniciación del proceso Sancionatorio.

Aplicada una medida de seguridad, se procederá inmediatamente a iniciar el proceso Sancionatorio

SANCIONES

“Artículo [48](#). De cuáles son las sanciones.

De conformidad con el artículo [577](#) de la Ley 9a de 1979, las sanciones podrán consistir en:

- a) Amonestación.
- b) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a diez mil (10.000) salarios diarios mínimos legales
- c) Decomiso de productos.
- d) Suspensión o cancelación del registro o de la autorización, y
- e) Cierre temporal o definitivo de la institución prestadora de servicios de salud o servicio respectivo

“Artículo [49](#). Plazos para traslados de instituciones prestadoras de Servicios de Salud.

A las instituciones prestadoras de servicios de salud que a la fecha de vigencia de la presente resolución funcionen en edificaciones no susceptibles de cumplir con las normas de la Ley [9a](#) de 1979, de las Resoluciones [4445](#) de 1996, [4252](#) de 1997 y de la presente resolución, ya sea mediante modificaciones o ampliaciones, la Dirección de Salud competente, previo el estudio de la situación y las características de cada caso, fijará los plazos que de común acuerdo resulten necesarios para su traslado.

PARÁGRAFO 1o. Toda nueva construcción destinada a cumplir las funciones de Institución Prestadora de Servicios de Salud debe cumplir en su totalidad con los requisitos establecidos en la Resolución [44](#) de 1996.

PARÁGRAFO 2o. Cuando las edificaciones destinadas a cumplir la función de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, construidas con anterioridad a la vigencia de la Resolución [4445](#) de 1996, no cumplan con los requisitos en ella previstos y sean susceptibles de adaptarse a la norma, las respectivas instituciones deberán establecer un plan de cumplimiento en coordinación con la Dirección de Salud competente, cuya duración podrá fijarse, de acuerdo con la magnitud de las adecuaciones requeridas.

Establecimientos Cosmetología

<8.1.1.2.5> **1.5.** El artículo [12](#) de la Ley 711 de 2001 “por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de la cosmetología y se dictan otras disposiciones en materia de salud estética”. Reza:

“Artículo [12](#). Supervisión. Los organismos encargados de supervisar la prestación de servicios de salud en los municipios y distritos del país deberán verificar el estricto cumplimiento de las normas y requisitos sanitarios de los establecimientos donde se lleven a cabo actividades a las que se refiere la presente resolución. Asimismo, tendrán a su cargo las tareas de inspección, vigilancia y control de los servicios de cosmetología”.

que se presten en su jurisdicción para efectos de lo cual procederán a elaborar un censo de centros y personas dedicados a la ocupación, dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de esta ley. censo será actualizado cada año”.

<8.1.1.2.5.1> 1.5.1. Los artículos [17](#), [18](#) y [19](#) de la Ley 711 del 2001 “Por la cual se reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología y se dictan otras disposiciones en materia de salud estética”. Re

“Artículo [17](#). Sanciones. El incumplimiento e inobservancia de las disposiciones consagradas en la ley, sin perjuicio de las demás acciones administrativas, penales, civiles o policivas, según el caso, las siguientes sanciones:

- a) Amonestación privada;
- b) Amonestación pública;
- c) Multas sucesivas de hasta de cien (100) salarios mínimos legales vigentes (smlv);
- d) Suspensión de la personería jurídica;
- e) Cierre temporal del centro de estética o de cosmetología;
- f) Cancelación de la personería jurídica o del concepto de ubicación o documento que lo reemplace definitivo del centro de cosmetología o estética”.

“Artículo [18](#). Imposición. La imposición de sanciones se regirá por las siguientes reglas:

- a) La violación de lo dispuesto en los artículos [6o](#) y [11](#) de la presente ley dará lugar a las sanciones contempladas en los literales a), b) o c) del artículo anterior, según la gravedad del asunto;
- b) Quienes entorpezcan la función de inspección y vigilancia de las autoridades estarán sujetos a la de multa prevista en el literal c) del artículo anterior;
- c) La violación de lo dispuesto en el artículo [5o](#) de esta ley dará lugar a la sanción allí prevista;
- d) La violación de lo dispuesto en los artículos [7o](#), [8o](#) y [9o](#) de la presente ley dará lugar a las sanciones previstas en los literales d), e) o f) del artículo anterior;
- e) La violación de lo dispuesto en el artículo [9o](#) de la presente ley dará lugar a sanciones establecidas en los literales b), c), d) y e) del artículo anterior, en forma sucesiva si existe reincidencia, las cuales se aplicarán vencido el plazo de transición previsto en ese artículo.

PARÁGRAFO 1o. Corresponde a las autoridades de salud del respectivo municipio imponer las sanciones en primera instancia, con apelación ante los alcaldes.

PARÁGRAFO 2o. Los procedimientos aplicables serán los previstos en la parte general del Código Contencioso Administrativo.”

“Artículo [19](#). De la caducidad y la prescripción. La acción administrativa, caducará a los cinco (5) años a partir del último acto constitutivo de falta y la sanción prescribirá en un término de cinco (5) años”.

Manual bioseguridad establecimientos actividades cosméticas.

<8.1.1.2.6> 1.6. El artículo [2o](#) de la Resolución 2827 del año 2006, por la cual se adopta el Manual bioseguridad para establecimientos que desarrollen actividades cosméticas o con fines de embellecimiento

facial, capilar, corporal y ornamental” expedida por el Ministerio de la Protección Social reza:

“Artículo 2o. Las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales realizarán la vigi el control sobre el cumplimiento del manual de bioseguridad, en los establecimientos dedicados al embellecimiento facial, capilar, corporal y ornamental, el cual debe ser conocido y aplicado por tod prestadores del servicio”.

Mantenimiento hospitalario

<8.1.1.2.7> 1.7. El numeral 7.6. del Título V de la Circular Unica del año 2007 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud reza:

“...De conformidad con la normatividad mencionada, respecto al deber de las Direcciones Seccion Distritales y Municipales de Salud de la inspección y vigilancia en el cumplimiento de las normas t administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, les corresponde a estas velar porqu instituciones prestadoras de salud de su jurisdicción elaboren los informes de asignación, ejecución aplicación de los recursos destinados al mantenimiento hospitalario. De igual manera las Direccion Salud canalizarán los informes de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud y los env esta Superintendencia, previa verificación de su exactitud y veracidad...”

Participación Social

<8.1.1.2.8> 1.8. El artículo 4o del Decreto 1757 de 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 c en el numeral 11 del artículo 4o del Decreto-ley 1298 de 1994 reza:

“Artículo 7o. Comités de participación comunitaria. En todos los municipios se conformarán los Co 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

1. El alcalde municipal, distrital o metropolitano o su respectivo delegado, quien lo presidirá. En lo 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 presidirá el Comité en ausencia de la autoridad administrativa de que trata el numeral 1o de este art asistencia del director es indelegable.

4. Un representante por cada una de las formas organizativas sociales y comunitarias y aquellas pro 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 Cove, Madres Comunitarias, Gestores de Salud, Empresas Solidarias de Salud, entre otras;

b) Las Juntas administradoras locales;

c) Las organizaciones de la comunidad de carácter veredal, barrial, municipal;

d) Las asociaciones de usuarios y/o gremios de la producción, la comercialización o los servicios, legalmente reconocidos;

e) El sector educativo;

f) La Iglesia.

PARÁGRAFO 1o. Los representantes ante los Comités de Participación Comunitaria serán elegidos por períodos de tres (3) años; podrán ser reelegidos máximo por otro período y deberán estar acreditados por la organización que representen.

PARÁGRAFO 2o. 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 3o. En las grandes ciudades, los Comités de Participación Comunitaria, tendrán como referente espacial la comuna, la localidad o el barrio respectivo, si ellos se hubieren establecido.

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

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.1.2> CAPITULO II-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES MUNICIPALES EN EL ÁREA DE ASEGURAMIENTO DE LA POBLACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

<Numeral correspondiente a la Circular [54](#) de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los municipios en el territorio de su jurisdicción:

<8.1.2.1> Aseguramiento Régimen Subsidiado

1.1. <Ver Notas del Editor> El artículo [44.2.3](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

Notas del Editor

- El numeral 44.2.3 fue derogado por el artículo [145](#) de la Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011.

“44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías”.

<8.1.2.2> Aseguramiento Régimen Contributivo-Evasión y Elusión de Aportes

1.2. El artículo [44.2.4](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“44.2.4. Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de

Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de a

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.1.3> CAPITULO III-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES MUNICIPALES EN EL ÁREA DE SALUD PÚBLICA.

<Numeral correspondiente a la Circular [54](#) de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los municipios en el territorio de su jurisdicción:

Salud Pública

<8.1.3.1> 1.1. El artículo [44.3.3](#) y subsiguientes de la Ley 715 del 2001 rezan:

“44.3.3. Además de las funciones antes señaladas, los distritos y municipios de categoría especial, y los municipios de categoría ordinaria deberán ejercer las siguientes competencias de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud humana presentes en el ambiente, en coordinación con las autoridades ambientales.

44.3.3.1. Vigilar y controlar en su jurisdicción, la calidad, producción, comercialización y distribución de alimentos para consumo humano, con prioridad en los de alto riesgo epidemiológico, así como los insumos y materia prima para consumo animal que representen riesgo para la salud humana.

44.3.3.3. Vigilar en su jurisdicción, la calidad del agua para consumo humano; la recolección, transporte y disposición final de residuos sólidos; manejo y disposición final de radiaciones ionizantes, excretas y residuos líquidos y aguas servidas; así como la calidad del aire. Para tal efecto, coordinará con las autoridades competentes las acciones de control a que haya lugar”.

<8.1.3.2> 1.2. El artículo [44.3.4](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“44.3.4. Formular y ejecutar las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis”.

<8.1.3.3> 1.3. El artículo [44.3.5](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“44.3.5. Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías, ancianatos, puertos, aeropuertos y terminales terrestres, transporte público, piscinas, estadios, coliseos, gimnasios, bares, tabernas, supermercados y similares, plazas de mercado, de abasto público y plantas de sacrificio de animales, entre otros.”

<8.1.3.4> 1.4. El inciso 1o del artículo [44.3.6](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“44.3.6. Cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción las normas de orden sanitario previstas en la Ley 1799 de 2016 y su reglamentación o las que la modifiquen, adicionen o sustituyan”.

<8.1.3.4.1> 1.4.1. Los artículos referentes a medidas de seguridad y sanciones del Título XI “Vigilancia y control” de la Ley 9a de 1979 rezan:

“Medidas de seguridad.

Artículo 576. Podrán aplicarse como medidas de seguridad encaminadas a proteger la Salud Pública las siguientes:

- a) Clausura temporal del establecimiento, que podrá ser total o parcial;
- b) La suspensión total o parcial de trabajos o de servicios;
- c) El decomiso de objetos y productos;
- d) La destrucción o desnaturalización de artículos o productos, si es el caso, y
- e) La congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos, mientras se toma la decisión definitiva al respecto.

PARÁGRAFO. Las medidas a que se refiere este artículo serán de inmediata ejecución, tendrán carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar”.

Sanciones.

Artículo 577. Teniendo en cuenta la gravedad del hecho y mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta ley, será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con alguna de las siguientes sanciones:

- a) Amonestación;
- b) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al momento vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución;
- c) Decomiso de productos;
- d) Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y
- e) Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

Artículo 578. Cuando del incumplimiento de las disposiciones de la presente ley, se deriven riesgos para la salud de las personas, deberá darse publicidad a tal hecho para prevenir a los usuarios.

Artículo 579. El pago de las multas no exime al infractor de la ejecución de la obra, obras o medidas de carácter sanitario que hayan sido ordenadas por la entidad responsable del control.

Artículo 580. Las sanciones administrativas impuestas por las autoridades sanitarias, no eximen de responsabilidad civil o penal a que haya lugar por las violaciones a los preceptos de la ley.

Artículo 581. Cuando para su funcionamiento un establecimiento o empresa necesitare dos o más tipos de licencias, el Ministerio de Salud podrá otorgar una que comprenda todas las requeridas.

Sistema de Vigilancia en Salud Pública

<8.1.3.5> 1.5. El artículo 10 del Decreto 3518 del 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema

Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones”. reza:

“Artículo [10](#). Funciones de las Direcciones Municipales de Salud. Las direcciones municipales de salud de dependencia que haga sus veces, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

- a) Desarrollar los procesos básicos de vigilancia de su competencia, de acuerdo con lo previsto en el [715](#) de 2001 y de conformidad con lo dispuesto en el presente decreto o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan;
- b) Garantizar la infraestructura y el talento humano necesarios para la gestión de la vigilancia en el municipio de acuerdo a su categoría;
- c) Organizar y coordinar la red de vigilancia en Salud Pública de su jurisdicción de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social;
- d) Adoptar e implementar el sistema de información para la vigilancia en Salud Pública establecido por el Ministerio de la Protección Social;
- e) Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y desarrollo de acciones de vigilancia y garantizar el flujo continuo de información de interés en Salud Pública requerida por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción, conforme a sus competencias;
- f) Organizar la comunidad para lograr la participación de la misma en la realización de actividades de la vigilancia en Salud Pública;
- g) Realizar la búsqueda activa de casos y contactos para los eventos que así lo requieran e investigar brotes o epidemias que se presenten en su área de influencia;
- h) Realizar el análisis de la situación de salud en su jurisdicción; i) Dar aplicación al principio de subsidiariedad en los términos del literal d) del artículo [30](#) de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de Salud Pública de cualquiera de las áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen”.

<8.1.3.5.1> 1.5.1. El Capítulo V del Decreto [3518](#) del 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones”. Reza:

“Capítulo V.

Régimen de Vigilancia y Control, Medidas Sanitarias y Sanciones.

Artículo [39](#). Responsabilidades Frente a la Obligatoriedad de la Información Epidemiológica. Las Unidades Primarias Generadoras de Datos y las Unidades Notificadoras son responsables de la notificación oportuna y continuo de información veraz y de calidad, requerida para la vigilancia en Salud Pública, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad. El incumplimiento de estas disposiciones dará lugar a las sanciones disciplinarias, civiles, penales, administrativas y demás, de conformidad con las normas legales vigentes.

Artículo [40](#). Autoridades Sanitarias del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Para efectos de la aplicación del presente decreto, entiéndase por Autoridades Sanitarias del Sistema de Vigilancia, el Ministerio de la Protección Social; el Instituto Nacional de Salud, INS; el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Territoriales de Salud, y todas aquellas entidades que de acuerdo a la ley ejerzan funciones de vigilancia y control sanitario, las cuales deben adoptar medidas sanitarias

garanticen la protección de la Salud Pública y el cumplimiento de lo dispuesto en esta norma, así como adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que hubiere lugar.

Artículo [41](#). Medidas Sanitarias. Con el objeto de prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o existencia de una situación que atenten contra la salud individual o colectiva, se consideran las siguientes medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control:

- a) Aislamiento o internación de personas y/o animales enfermos;
- b) Cuarentena de personas y/o animales sanos;
- c) Vacunación u otras medidas profilácticas de personas y animales;
- d) Control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios;
- e) Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas;
- f) Clausura temporal parcial o total de establecimientos;
- g) Suspensión parcial o total de trabajos o servicios;
- h) Decomiso de objetos o productos;
- i) Destrucción o desnaturalización de artículos o productos si fuere el caso;
- j) Congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos.

PARÁGRAFO 1o. Sin perjuicio de las medidas antes señaladas y en caso de epidemias o situaciones de emergencia sanitaria nacional o internacional, se podrán adoptar medidas de carácter urgente y otras precauciones basadas en principios científicos recomendadas por expertos con el objetivo de limitar la diseminación de una enfermedad o un riesgo que se haya extendido ampliamente dentro de un grupo o comunidad en una zona determinada.

PARÁGRAFO 2o. Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio de las sanciones a que hubiere lugar.

Artículo [42](#). Aislamiento o Internación de Personas y/o animales enfermos. Consiste en el aislamiento o internación de individuos o grupos de personas y/o animales, afectados por una enfermedad transmisible u otros riesgos ambientales, químicos y físicos, que pueda diseminarse o tener efectos en la salud de otras personas y/o animales susceptibles. El aislamiento se hará con base en certificado médico y/o veterinario expedido por autoridad sanitaria y se prolongará sólo por el tiempo estrictamente necesario para que desaparezca el peligro de contagio o diseminación del riesgo.

Artículo [43](#). Cuarentena de Personas y/o Animales Sanos. Consiste en la restricción de las actividades de personas y/o animales sanos que hayan estado expuestos, o que se consideran que tuvieron un alto nivel de exposición durante el periodo de transmisibilidad o contagio a enfermedades transmisibles u otros riesgos que puedan diseminarse o tener efectos en la salud de otras personas y/o animales no expuestos. La cuarentena podrá hacerse en forma selectiva y adaptarse a situaciones especiales según se requiera la segregación de un individuo o grupo susceptible o la limitación parcial de la libertad de movimiento, la cual se procederá en coordinación con las autoridades pertinentes y atendiendo las regulaciones especiales sobre la materia. Su duración será por un lapso que no exceda del periodo máximo de incubación de la enfermedad o hasta que se compruebe la desaparición del peligro de diseminación del riesgo observado, de forma tal que se evite el contacto efectivo con individuos que no hayan estado expuestos.

Artículo [44](#). Vacunación y otras medidas profilácticas. Se refiere a la aplicación de métodos y procedimientos de protección específica de comprobada eficacia y seguridad, existentes para la prevención y/o tratamiento presuntivo de enfermedades y riesgos para la salud. Estas medidas podrán exigirse o aplicarse en situaciones de riesgo inminente de acuerdo con las recomendaciones de las autoridades sanitarias.

Artículo [45](#). Control de Agentes y Materiales Infecciosos y Tóxicos, Vectores y Reservorios. Consiste en las medidas y procedimientos existentes para el control o eliminación de agentes o materiales infecciosos, tóxicos, vectores y reservorios, presentes en las personas, animales, plantas, materia inerte, productos de consumo u otros objetos inanimados, que puedan constituir un riesgo para la Salud Pública. Incluye desinfección, descontaminación, desinfestación, desinsectación y desratización.

Artículo [46](#). Desocupación o Desalojamiento de Establecimientos o Viviendas. Consiste en la ordenación por razones de prevención o control epidemiológico, de desocupación o desalojo de un establecimiento o vivienda, cuando se considere que representa un riesgo inminente para la salud y vida de las personas.

Artículo [47](#). Clausura Temporal de Establecimientos. Consiste en impedir, por razones de prevención o control epidemiológico y por un tiempo determinado, las tareas que se desarrollan en un establecimiento cuando se considere que están causando un problema sanitario. La clausura podrá aplicarse sobre todo el establecimiento o sobre parte del mismo.

Artículo [48](#). Suspensión Parcial o Total de Trabajos o Servicios. Consiste en la ordenación, por razones de prevención o control epidemiológico, de cese de actividades o servicios, cuando con estos se estén incumpliendo las normas sanitarias. La suspensión podrá ordenarse sobre todos o parte de los trabajos o servicios adelantados o se presten.

Artículo [49](#). Decomiso de Objetos o Productos. El decomiso de objetos o productos consiste en su aprehensión material, cuando no cumplan con los requisitos, normas o disposiciones sanitarias y por el motivo constituyan un factor de riesgo epidemiológico. El decomiso se cumplirá colocando los bienes en depósito, en poder de la autoridad sanitaria.

Artículo [50](#). Destrucción o Desnaturalización de Artículos o Productos. La destrucción consiste en la inutilización de un producto o artículo. La desnaturalización consiste en la aplicación de medios físicos o químicos o biológicos, tendientes a modificar la forma, las propiedades de un producto o artículo. Se ordena a cabo con el objeto de evitar que se afecte la salud de la comunidad.

Artículo [51](#). Congelación o Suspensión Temporal de la Venta o Empleo de Productos y Objetos. Consiste en colocar fuera del comercio, temporalmente y hasta por sesenta (60) días, cualquier producto cuyas condiciones normales, pueda constituir un factor de riesgo desde el punto de vista epidemiológico. Esta medida se cumplirá mediante depósito dejado en poder del tenedor, quien responderá por los bienes. Ordenada la congelación se practicarán una o más diligencias en los lugares en donde se encontraron las existencias y se colocarán bandas, sellos u otras señales de seguridad, si es el caso. El producto cuyo empleo haya sido suspendido o congelado deberá ser sometido a un análisis en el cual se verifique si sus condiciones se ajustan o no a las normas sanitarias. Según el resultado del análisis el producto se podrá decomisar o devolver a los interesados.

Artículo [52](#). Aplicación de Medidas Sanitarias. Para la aplicación de las medidas sanitarias, las autoridades competentes podrán actuar de oficio, por conocimiento directo o por información de cualquier persona o parte del interesado. Una vez conocido el hecho o recibida la información, según el caso, la autoridad sanitaria procederá a evaluarlos de manera inmediata y a establecer la necesidad de aplicar las medidas.

sanitarias pertinentes, con base en los peligros que pueda representar desde el punto de vista epidemiológico.

Establecida la necesidad de aplicar una medida sanitaria, la autoridad competente, con base en la naturaleza del problema sanitario específico, en la incidencia que tiene sobre la salud individual o colectiva y los hechos que origina la violación de las normas sanitarias, aplicará aquella que corresponda al caso. Una vez decretada una medida sanitaria se procederá inmediatamente a iniciar el procedimiento sancionatorio.

Artículo [53](#). Efectos de las Medidas Sanitarias. Las medidas sanitarias surten efectos inmediatos, contra las que no procede recurso alguno y solo requieren para su formalización, el levantamiento de acta detallada, en la cual consten las circunstancias que han originado la medida y su duración, si es del caso, en la cual podrá ser prorrogada. El acta será suscrita por el funcionario y las personas que intervengan en la diligencia dejando constancia de las sanciones en que incurra quien viole las medidas impuestas. Las medidas sanitarias se levantarán cuando desaparezcan las causas que las originaron.

Artículo [54](#). Iniciación del Procedimiento Sancionatorio. El procedimiento sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud o información de funcionario público, por denuncia o queja debidamente fundamentada presentada por cualquier persona o como consecuencia de haberse tomado previamente una medida sanitaria de prevención, seguridad o control en Salud Pública. El denunciante podrá intervenir en el procedimiento, a solicitud de autoridad competente, para dar los informes que se le pidan. Aplicada una medida sanitaria, esta deberá obrar dentro del respectivo proceso sancionatorio.

Artículo [55](#). Obligación de Denunciar a la Justicia Ordinaria. Si los hechos materia del procedimiento sancionatorio fueren constitutivos de delito, se pondrán en conocimiento de la autoridad competente acompañando copia de las acciones surtidas. La existencia de un proceso penal o de otra índole, no dará lugar a la suspensión del procedimiento sancionatorio.

Artículo [56](#). Verificación de los Hechos Objeto del Procedimiento. Conocido el hecho o recibida la denuncia o el aviso, la autoridad competente ordenará la correspondiente investigación para verificar los hechos o las omisiones constitutivas de infracción a las disposiciones sanitarias. En orden a dicha verificación, podrán realizarse todas aquellas diligencias tales como visitas, investigaciones de campo, tomas de muestras, exámenes de laboratorio, mediciones, pruebas químicas o de otra índole, inspecciones sanitarias y en general las que se consideren conducentes. El término para la práctica de estas diligencias podrá exceder de dos (2) meses, contados a partir de la fecha de iniciación de la correspondiente investigación.

Artículo [57](#). Cesación del Procedimiento. Cuando la autoridad competente encuentre que aparece plenamente comprobado que el hecho investigativo no ha existido, que el presunto infractor no lo comete, que las disposiciones legales de carácter sanitario no lo consideran como violación o que el procedimiento sancionatorio no podía iniciarse o proseguir, procederá a declararlo así y se ordenará cesar todo procedimiento contra el inculcado. La decisión deberá notificarse personalmente al presunto infractor de su defecto por edicto conforme a lo dispuesto en el Código Contencioso Administrativo.

Artículo [58](#). Formulación de Cargos. Si de las diligencias practicadas se concluye que existe mérito para adelantar la investigación, se procederá a notificar personalmente al presunto infractor los cargos que se le formulen. El inculcado podrá conocer y examinar el expediente de la investigación y obtener copia del mismo a su costa. Si no fuere posible hacer la notificación personal, se dejará una citación escrita por la persona indicada concurra a notificarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes; si no lo ha hecho, se fijará un edicto en la Secretaría de la autoridad sanitaria competente, durante otros cinco (5) días hábiles siguientes, al vencimiento de los cuales se entenderá como surtida la notificación.

Artículo [59](#). Término para Presentar Descargos, Aportar y Solicitar Pruebas. Dentro de los diez (10) hábiles siguientes a la notificación, el presunto infractor, directamente o por medio de apoderado, d presentar sus descargos por escrito y aportar o solicitar la práctica de las pruebas que considere per

Artículo [60](#). Decreto y Práctica de Pruebas. La autoridad competente declarará la práctica de las pr considere conducentes, señalando para los efectos un término que no podrá ser inferior a quince (15) hábiles, que podrán prorrogarse por un periodo igual si en el término inicial no se hubieran podido las decretadas.

Artículo [61](#). Calificación de la Falta e Imposición de la Sanción. Vencido el término de que trata el anterior y dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al mismo, la autoridad competente proced calificar la falta y a imponer la sanción correspondiente de acuerdo con dicha clasificación.

Artículo [62](#). Circunstancias Agravantes. Se consideran circunstancias agravantes de una infracción, siguientes:

- a) Reincidir en la comisión de la misma falta;
- b) Realizar el hecho con pleno conocimiento de sus efectos dañosos o con la complicidad de subalt su participación bajo indebida presión;
- c) Cometer la falta para ocultar otra;
- d) Rehuir la responsabilidad o atribuírsela a otro u otros;
- e) Infringir varias obligaciones con la misma conducta,
- f) Preparar premeditadamente la infracción y sus modalidades.

Artículo [63](#). Circunstancias Atenuantes. Se consideran circunstancias atenuantes de una infracción siguientes:

- a) No haber sido sancionado anteriormente o no haber sido objeto de medidas sanitarias;
- b) Confesar la falta voluntariamente antes de que se produzca daño a la salud individual o colectiva;
- c) Procurar, por iniciativa propia, resarcir el daño o compensar el perjuicio causado, antes de la imp de la sanción.

Artículo [64](#). Exoneración de Responsabilidad y Archivo del Expediente. Si se encuentra que no se l incurrido en violación de las disposiciones sanitarias, se expedirá una resolución por la cual se decl presunto infractor exonerado de responsabilidad y se ordenará archivar el expediente.

Artículo [65](#). Imposición de Sanciones. Las sanciones deberán imponerse mediante resolución motiv expedida por la autoridad sanitaria, y deberá notificarse personalmente al afectado dentro de los cir días hábiles siguientes a la fecha de su expedición. Si no pudiere hacerse la notificación personal, s por edicto de conformidad con lo dispuesto por el Código Contencioso Administrativo. El funcioni competente que no defina la situación bajo su estudio, incurrirá en causal de mala conducta.

Artículo [66](#). Recursos contra los Actos que Imponen Sanciones. Contra los actos administrativos q imponen una sanción proceden los recursos de reposición y apelación dentro de los cinco (5) días h siguientes a la fecha de la notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo. recursos deberán interponerse y sustentarse por escrito.

Artículo [67](#). Clases de Sanciones. Las sanciones podrán consistir en amonestaciones, multas, decomiso de productos o artículos, suspensión de permiso sanitario de funcionamiento de establecimientos y ser cierre temporal o definitivo de establecimiento, edificación o servicio respectivo.

Artículo [68](#). Amonestación. La amonestación consiste en la llamada de atención que se hace por esa persona que ha violado una disposición sanitaria, sin que dicha violación implique peligro para la salud o de las personas y tiene por finalidad hacer ver las consecuencias del hecho, de la actividad o de la conducta así como conminar que se impondrá una sanción mayor si se reincide en la falta. En el escrito de amonestación se precisará el plazo que se da al infractor para el cumplimiento de las disposiciones si es el caso.

Artículo [69](#). Multas. La multa consiste en la sanción pecuniaria que se impone a una persona natural o jurídica por la violación de las disposiciones sanitarias, mediante la ejecución de una actividad o la omisión de una conducta. Las multas podrán ser sucesivas y su valor en total podrá ser hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales vigentes al momento de imponerse.

Las multas deberán cancelarse en la entidad que las hubiere impuesto, dentro de los cinco (5) días siguientes a la ejecutoria de la providencia que las impone. El no pago en los términos y cuantías señalados dará lugar al cobro por jurisdicción coactiva.

Artículo [70](#). Decomiso. El decomiso de productos o artículos consiste en su incautación definitiva cuando no cumplan con las disposiciones sanitarias y con ellos se atente contra la salud individual y colectiva. El decomiso será impuesto mediante resolución motivada, expedida por las autoridades sanitarias competentes en sus respectivas jurisdicciones y será realizado por el funcionario designado al efecto y de la diligencia levantará un acta que suscribirán el funcionario y las personas que intervengan en la diligencia. Una vez entregará a la persona a cuyo cuidado se hubiere encontrado los bienes decomisados.

Artículo [71](#). Suspensión de permiso sanitario de funcionamiento de establecimientos o servicios. Consiste en la privación temporal que confiere el otorgamiento del permiso de funcionamiento por haberse inculcado en conductas contrarias a las disposiciones del presente decreto y demás normas sanitarias; dependiendo de la gravedad de la falta, podrá establecerse hasta por el término de un (1) año y podrá levantarse al término de la sanción siempre y cuando desaparezcan las causas que la originaron. Durante el tiempo de suspensión los establecimientos o servicios no podrán desarrollar actividad alguna.

Artículo [72](#). Cierre Temporal o Definitivo de Establecimientos, Edificaciones o Servicios. El cierre temporal o definitivo de establecimientos, edificaciones o servicios consiste en poner fin a las actividades que ellos se desarrollan por la existencia de hechos o conductas contrarias a las disposiciones sanitarias. El cierre deberá ser impuesto mediante resolución motivada expedida por la autoridad sanitaria y podrá ordenarse para todo el establecimiento, edificación o servicio o solo para una parte o proceso que se desarrolle en él. La autoridad sanitaria podrá tomar las medidas conducentes a la ejecución de la sanción tales como imposición de sellos, bandas u otros sistemas apropiados.

PARÁGRAFO 1o. El cierre temporal, total o parcial, según el caso, procede cuando se presenten riesgos para la salud de las personas cuya causa pueda ser controlada en un tiempo determinado o determinable por la autoridad sanitaria que impone la sanción. Durante el tiempo de cierre temporal, los establecimientos o servicios no podrán desarrollar actividad alguna.

PARÁGRAFO 2o. El cierre definitivo, total o parcial, según el caso, procede cuando las causas no pueden ser controladas en un tiempo determinado o determinable. El cierre definitivo total implica la cancelación del permiso sanitario de funcionamiento que se hubiere concedido al establecimiento o servicio.

Artículo [73](#). Término de las Sanciones. Cuando una sanción se imponga por un período, este empezará a contarse a partir de la ejecutoria de la providencia que la imponga y se computará para efectos de la sanción el tiempo transcurrido bajo una medida de seguridad o preventiva.

Artículo [74](#). Coexistencia de Sanciones. Las sanciones impuestas de conformidad con las normas del presente Decreto, no eximen de la responsabilidad civil, penal, o de otro orden en que pudiere incurrir la violación de la Ley [9ª](#) de 1979 y sus disposiciones reglamentarias. El cumplimiento de una sanción exige al infractor de la ejecución de las medidas sanitarias que hayan sido ordenadas por la autoridad sanitaria.

Artículo [75](#). Publicidad de los Hechos para Prevenir Riesgos Sanitarios. Las autoridades sanitarias darán publicidad a los hechos que, como resultado del incumplimiento de las disposiciones sanitarias, representen riesgos para la salud de las personas con el objeto de prevenir a la comunidad.

Artículo [76](#). Obligación de Remitir las Diligencias a otras Autoridades Competentes. Cuando, como resultado de una investigación adelantada por una entidad sanitaria, se encuentra que la sanción a imponer es de competencia de otra autoridad, deberán remitirse a ella las diligencias adelantadas para lo que sea pertinente.

Artículo [77](#). Coordinación de actividades. Cuando quiera que existan materias comunes que, para la imposición de medidas sanitarias y/o sanciones, permitan la competencia de diversas autoridades sanitarias, deberá actuarse en forma coordinada con el objeto de que solo una de ellas adelante el procedimiento.

Artículo [78](#). Aportes de Pruebas por otras Entidades. Cuando una autoridad judicial o entidad pública de otro sector tenga pruebas en relación con conducta, hecho u omisión que esté investigando una autoridad sanitaria, deberán ser puestas a disposición de la autoridad sanitaria, de oficio o a solicitud de esta, para que formen parte de la investigación.

PARÁGRAFO. Las autoridades sanitarias podrán comisionar a entidades de otros sectores para que practiquen u obtengan pruebas ordenadas o de interés para una investigación o procedimiento a su vez.

Artículo [79](#). Atribuciones Policivas de las Autoridades Sanitarias. Para efectos de la vigilancia y cumplimiento de las normas y la imposición de medidas y sanciones de que trata este decreto, las autoridades sanitarias competentes en cada caso serán consideradas como de policía de conformidad con el artículo 35 del Decreto-ley 1355 de 1970 (Código Nacional de Policía).

PARÁGRAFO. Las autoridades de policía del orden nacional, departamental, distrital o municipal prestarán toda su colaboración a las autoridades sanitarias en orden al cumplimiento de sus funciones.

Laboratorios Públicos y Privados

<8.1.3.6> 1.6. El artículo [17](#) del Decreto 2323 del año 2006 reza:

“Artículo [17](#). Responsabilidades de las Direcciones Locales de Salud. Las direcciones locales de salud estarán encargadas de identificar y mantener un directorio actualizado de los laboratorios públicos y privados de la jurisdicción municipal, independientemente del sector al que pertenezcan, del nivel de complejidad, especialización, o áreas temáticas desarrolladas, así como los servicios de toma de muestras y redes de microscopistas, con el propósito de contribuir con el nivel departamental en la integración funcional de estos a la Red Nacional de Laboratorios y al cumplimiento de metas propuestas en temas relacionados con la gestión de la misma.

PARÁGRAFO. El municipio deberá dar aplicación al principio de subsidiariedad en los términos

d) del artículo [3o](#) de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de Salud Pública de cualquiera de de su jurisdicción lo requiera y justifique”.

Plan Nacional de Salud Pública

<8.1.3.7> 1.7. La línea de política número 4 “Vigilancia en salud y gestión del conocimiento” del c III del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 establece dentro de las estrategias de la vigilancia salud y gestión del conocimiento, como estrategias a cargo de las entidades territoriales:

“..A cargo de las entidades territoriales:

- a) Desarrollo e implementación de las acciones de vigilancia en salud en su jurisdicción;
- b) Monitoreo, evaluación, y análisis de la situación de salud en su jurisdicción;
- c) Evaluación del impacto de las políticas y estrategias formuladas para atender las prioridades del Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción;
- d) Implementación del sistema de evaluación de gestión y de resultados en salud y bienestar del Sis Protección Social, en su jurisdicción;
- e) Implementación del sistema de información de salud en su jurisdicción;
- f) Desarrollo de estrategias de difusión de resultados en salud en su jurisdicción;”

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.1.4> CAPITULO IV-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES MUNICIPALES EN EL AREA DE FINANCIAMIENTO DEL SGSSS.

<Numeral correspondiente a la Circular [54](#) de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) d El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los municipios en el territorio de su jurisdicción:

Financiación Direcciones Territoriales-Financiamiento Funciones IVC Régimen Subsidiado y Salud

<8.1.4.1> 1.1. El artículo [60](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [60](#). Financiación de las Direcciones Territoriales de Salud. Los gastos de funcionamiento dependencias y organismos de dirección de los departamentos, distritos y municipios podrán financiar sus ingresos corrientes de libre destinación y podrán destinar hasta un 25% de las rentas cedidas pa

No menos del veinte por ciento (20%) del monto de las rentas cedidas que se destinen a gastos de funcionamiento, podrán financiar las funciones de asesoría y asistencia técnica, inspección, vigilancia y control del Régimen Subsidiado y Salud Pública, de acuerdo con las competencias establecidas en el artículo [44](#) de la presente ley. En caso de no acreditar la capacidad técnica establecida o que sus res

no sean satisfactorios, según evaluación y supervisión realizada por la Superintendencia Nacional y el Departamento contratará dichos procesos con entidades externas.

Se excluyen de lo dispuesto en este artículo los departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Cas Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada, los cuales se rigen por lo dispuesto en el artículo

En ningún caso se podrá financiar gastos de funcionamiento con recursos provenientes del Sistema de Participaciones.”

De otra parte, el artículo [59](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [59](#). Rentas Cedidas y Gastos de Funcionamiento. Adiciónase al artículo [42](#) de la Ley 643 el siguiente párrafo:

“Párrafo 4o. Del 80% contemplado en el literal a) del artículo [42](#) de la Ley 643 de 2001, los departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y podrán destinar hasta un cuarenta por ciento (40%) para cubrir los gastos de funcionamiento de las secretarías o direcciones seccionales de salud, mientras estas mantengan la doble característica de administradoras y prestadoras de servicios de salud en su jurisdicción”.

Recursos con destinación específica para salud

<8.1.4.2> 1.2. El literal f) del artículo [12](#) de la Ley 10 de 1990 reza:

“Artículo [12](#). Dirección Local del Sistema de Salud. En los municipios, el Distrito Especial de Bogotá, Distrito Cultural y Turístico de Cartagena y las áreas metropolitanas, corresponde a la Dirección Local del Sistema de Salud, que autónomamente se organice:

...

f) Supervisar y controlar el recaudo de los recursos locales que tienen distinción específica para salud

<8.1.4.2.1> 1.2.1. Los artículos [49](#) y [50](#) de la Ley 10 de 1990 rezan:

“Artículo [49](#). Sanciones. En desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia, las autoridades competentes, según el caso, podrán imponer, según la naturaleza y gravedad de la infracción de cualquiera de las normas previstas en la presente ley, las siguientes sanciones:

a) Multas en cuantía hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales;

b) Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que prestan servicios de salud por un término hasta de seis meses;

c) Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten servicios de salud;

d) Suspensión o pérdida de autorización para prestar servicios de salud.

PARÁGRAFO. Las instituciones de seguridad, previsión social y subsidio familiar, conservarán el deber de inspección y vigilancia que poseen en la actualidad.

Artículo [50](#). Sanción Disciplinaria. El incumplimiento de cualquiera de las disposiciones de esta ley por parte de los empleados responsables, es causal de mala conducta la que acarrea la sanción de destitución.

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.2> TITULO IV-

DE LA INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS ENTES TERRITORIALES DEPARTAMENTALES.

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.2.1> CAPITULO I-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES DEPARTAMENTALES EN EL ÁREA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

<Numeral correspondiente a la Circular [54](#) de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los departamentos en el territorio de su jurisdicción, relacionadas con la prestación de los servicios de salud:

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

<8.1.2.1.1> 1.1. Los artículos [43.1.5](#) y [43.2.6](#) de la Ley 715 del 2001 rezan:

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

“43.2.6. Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y control correspondiente”.

Conforme al numeral anterior, los artículos [16](#), [19](#), [21](#), y [23](#) del Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. rezan:

“Artículo [16](#). Reporte de Novedades. Con el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el Ministerio de la Protección Social establecerá el “Formulario de Reporte de Novedades”, a través del cual se efectuará la actualización de dicho registro por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud en su respectiva jurisdicción.

PARÁGRAFO. Dentro de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud remitirán al Ministerio de la Protección Social

información correspondiente a las novedades presentadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud durante cada trimestre. La información remitida debe incluir las sanciones impuestas de conformidad con las normas legales vigentes, así como los procesos de investigación en curso y las de seguridad impuestas y levantadas.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales de Salud remitir trimestralmente a los municipios de su jurisdicción, la información relacionada con el estado de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud, de sus correspondientes áreas de influencia.

Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de remitir a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación”.

“Artículo [19](#). Verificación del Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnica-administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos [8](#)o y [9](#)o del presente decreto.

En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social, se realizará con un plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo [21](#) del presente decreto”.

“Artículo [21](#). Plan de Visitas. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico-administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles. De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y demás soportes documentales adoptados para este proceso.

PARÁGRAFO. Las visitas de verificación podrán ser realizadas mediante contratación externa, acompañadas por un funcionario capacitado de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo [20](#) del presente Decreto y las metas perseguidas de visitas que determine el Ministerio de la Protección Social.

Las Entidades Territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación”.

“Artículo [23](#). Certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la “Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación”, en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

PARÁGRAFO. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud no podrán negar la certificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación por el incumplimiento de normas distintas a las que se exigen para la habilitación”.

Los artículos [8o](#) y [9o](#) de la Resolución 1043 de 2006, por la cual se establecen las condiciones que cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones” rezan:

“Artículo [8o](#). Verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación. Con el fin de verificar las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud, las entidades departamentales y distritales de salud, aplicarán el “Manual Unico de Estándares y Verificación” Anexo Técnico número 2 que hace parte integral de la presente Resolución. No se podrán exigir estándares diferentes a los establecidos en dicho Manual.

Las visitas de verificación de las condiciones de la habilitación, deben ser notificadas como mínimo (1) día de antelación a su realización y efectuarse de acuerdo con los lineamientos establecidos en el “Manual Unico de Procedimientos de Habilitación” Anexo Técnico número 2, que hace parte integral de la presente resolución. Una vez notificada la fecha de visita de verificación al prestador, este no podrá presentar novedades de cierre o apertura de servicios, mientras la visita no haya concluido”.

“Artículo [9o](#). Plan de Visitas. Las entidades departamentales y distritales de salud deberán realizar y reportar al Ministerio la programación anual de visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención, con base en las prioridades establecidas en el anexo técnico número 2 que hace parte de la presente resolución, de manera que cada año se verifique por lo menos el 25% del total de prestadores inscritos en la respectiva vigencia, garantizando que se realice al menos una visita de verificación, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación. Los porcentajes anuales de verificación serán acumulativos.

Las entidades departamentales y distritales de salud, una vez efectuadas las visitas de verificación a los prestadores de servicios de salud, reportarán al Ministerio de la Protección Social, la información que defina mediante circular. Esta información deberá ser remitida dentro de los cinco (5) primeros días hábiles siguientes de haberse efectuado la visita de verificación.

Si efectuada la visita de verificación se genera algún proceso sancionatorio que ocasione el cierre de la actividad del prestador de servicios de salud o de un servicio y en consecuencia la revocatoria de la habilitación, la entidad territorial deberá diligenciar la novedad en el formulario de reporte de novedades definido por el Ministerio de la Protección Social. Esta información deberá reportarse al Ministerio de la Protección Social dentro de los cinco (5) primeros días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre.

El Anexo Técnico número 2 de la Resolución número [1043](#) de 2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones, reza en sus numerales 2.4, 2.6 y 7.:

“2.4 Proceso de Verificación.

Antes de iniciar el proceso de verificación la Entidad Departamental o Distrital de salud debe realizar las siguientes actividades:

- La dependencia de Vigilancia y Control o la que haga sus veces, de la Entidad Territorial de Salud debe identificar el total de prestadores de servicios de salud en la jurisdicción. Debe identificar prestadores que no presentaron declaración de habilitación acudiendo a la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Identificar prestadores que no presentaron declaración en un proceso activo de búsqueda en diversa

fuentes: Prensa, Directorios telefónicos, Censos físicos del DANE o un programa de censo físico de entidad territorial municipal, distrital o departamental.

- Conformar el grupo de profesionales encargados de la verificación. Calcular el recurso humano para la verificación del total de entidades en un periodo máximo de cuatro (4) años, pero las visitas deberán distribuirse con metas anuales de cumplimiento según la Resolución de habilitación. Las entidades departamentales y distritales de salud deberán realizar e informar al Ministerio la programación anual de visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación, de tal manera que cada entidad verifique por lo menos el 25% del total de prestadores inscritos en la respectiva vigencia, garantizando que se realice al menos una visita de verificación, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación.

- Realizar entrenamiento del grupo de profesionales encargados de la verificación en convenio con una Institución educativa con base en el manual único de estándares y verificación.

- Diseñar el cronograma de visitas de verificación. Priorizar las visitas a los prestadores verificados y certificados, continuar con los que no fueron verificados, luego con los certificados que presenten riesgo de apertura de nuevos servicios con base en el anexo técnico número 1 que hace parte integral de la resolución, y finalmente con los certificados sin novedades; dentro de cada grupo iniciar con los prestadores que presenten mayor riesgo en la prestación de servicios o cubran mayor número de usuarios. Dichas visitas deberán programarse y cumplirse anualmente.

- Los servicios nuevos de urgencias, deberán ser verificados por la entidad territorial correspondiente dentro de los 90 días siguientes a la solicitud de la habilitación (previo proceso de inscripción).

“2.6 Monitorización y Seguimiento a la Implementación del Sistema de Habilitación.

El seguimiento a la implementación del sistema de habilitación, se realizará a través del registro y reporte de novedades, y reporte de visitas de verificación de manera trimestral, y de los indicadores definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Ministerio de la Protección Social. En el nivel regional, las direcciones departamentales y distritales de salud implementarán estos mismos indicadores y adicionalmente realizarán un seguimiento a los principales indicadores de seguimiento a riesgos de salud en el Único de Habilitación en los prestadores de servicios de salud en su ámbito de jurisdicción.

La medición del impacto se realizará en conjunto con todo el Sistema de Garantía de Calidad, mediante los indicadores definidos en el componente del Sistema de Información para la Calidad del Ministerio de la Protección Social.

El seguimiento a la implementación del sistema de habilitación, se realizará de manera estricta a partir del siguiente mes de su formulación, mensualmente, y se reportará al Ministerio de la Protección Social a la Dirección General de Calidad o quien haga sus veces, los cinco (5) primeros días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre, se realizarán seguimientos de los siguientes indicadores señalados en el anexo 1 y a continuación y demás información solicitada por el Ministerio de la Protección Social. La fuente de la información será el Registro Especial de Prestadores y el reporte de las visitas de verificación según lo solicitado por el Ministerio de la Protección Social, para realizar el seguimiento desde el nivel nacional hasta todo el país. En el nivel territorial, Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud implementarán esta información en su ámbito de jurisdicción.

La medición del impacto se realizará en conjunto con todo el Sistema de Garantía de Calidad, mediante las fichas técnicas de los indicadores definidos en el Sistema de Información para la Calidad.

Tabla 2. Indicadores de Seguimiento al Proceso de Implementación de habilitación.

1. Oferta de servicios de salud por entes territoriales: Total de IPS públicas, IPS privadas, Profesores Independientes.
2. Proporción de verificación de Prestadores de Servicios de Salud inscritos en el registro especial de prestadores.(desagregado según resultado de la visita)
3. Proporción de Prestadores de servicios de salud con sanción (amonestación, cierre parcial de servicios, cierre total con revocatoria de la habilitación de toda la institución).
4. Proporción de cumplimiento de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en prestadores verificados.
5. Proporción de sanciones por incumplimiento de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

...

“7. Distintivo de Habilitación

...

Frente al Distintivo de Habilitación, la entidad territorial se compromete a:

1. Velar por la existencia de las condiciones de habilitación exigidas para cada servicio habilitado que ostente el Distintivo.
2. Atender las quejas, reclamos y cualquier tipo de inquietud que los usuarios manifiesten respecto a servicios de salud que ostenten el distintivo y que en su concepto, no constituyan garantía de calidad de atención.
3. Verificar diligentemente el cumplimiento de las condiciones de habilitación de los servicios sobre los cuales existe reclamo alguno por parte de los usuarios.
4. Retirar inmediatamente el distintivo de todo servicio que no mantenga las condiciones de habilitación que ameritaron su expedición y autorización de uso.
5. Verificar el restablecimiento pleno de las condiciones de habilitación que ameritaron su retiro en caso de que así haya sido, antes de volverlo a entregar.
6. Promover el uso adecuado del Distintivo de Habilitación y su apropiamiento por parte de los usuarios como mecanismo de fortalecimiento de su participación activa en su autocuidado y el control de la calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
7. La entidad territorial se encargará de la custodia del distintivo y podrá ser entregado a la misma entidad en caso de reapertura del servicio en un plazo no mayor a un año, posterior a esta fecha o en caso de deterioro podrá ser destruido, dejando constancia escrita de cada situación.

...

Sanciones:

La adulteración, modificación o duplicación por cualquier medio del Distintivo de Habilitación, así

fijación de un facsímil de cualquier naturaleza diferente al original será causal de revocatoria de la habilitación del servicio si la tuviere o de las sanciones equivalentes a la operación de un servicio de habilitación en caso contrario, sin menoscabo de las acciones civiles, penales o disciplinarias a que lugar por esta conducta fraudulenta”.

<8.1.2.1.1.1> 1.1.1. Los artículos [24](#), [49](#), [53](#) y [54](#) del Decreto 1011 del 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” rezan:

“Artículo [24](#). Revocatoria de la Habilitación. La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida, mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento respetando el debido proceso”.

“Artículo [49](#). Inspección, Vigilancia y Control del Sistema Único de Habilitación. La inspección, verificación y control del Sistema Único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo [21](#) del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar y controlar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones”.

“Artículo [53](#). Aplicación de las medidas Sanitarias de Seguridad. El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las leyes, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas”.

“Artículo [54](#). Sanciones. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo [577](#) y siguientes de la Ley 9a de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan”.

Los artículos [577](#), [578](#), [579](#), [580](#) y [581](#) de la Ley 9a de 1979 establecen:

“Artículo [577](#). Teniendo en cuenta la gravedad del hecho y mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta ley, será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con algunas de las siguientes sanciones:

- a) Amonestación;
- b) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al momento de dictarse la respectiva resolución;
- c) Decomiso de productos;
- d) Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y
- e) Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

Artículo [578](#). Cuando del incumplimiento de las disposiciones de la presente ley, se deriven riesgos para la salud de las personas, deberá darse publicidad a tal hecho para prevenir a los usuarios.

Artículo [579](#). El pago de las multas no exime al infractor de la ejecución de la obra, obras o medidas

carácter sanitario que hayan sido ordenadas por la entidad responsable del control.

Artículo [580](#). Las sanciones administrativas impuestas por las autoridades sanitarias, no eximen de responsabilidad civil o penal a que haya lugar por las violaciones a los preceptos de la ley.

Artículo [581](#). Cuando para su funcionamiento un establecimiento o empresa necesitare dos o más tipos de licencias, el Ministerio de Salud podrá otorgar una que comprenda todas las requeridas”.

<8.1.2.1.2> 1.2. El artículo [50](#) del Decreto 1011 del 2006 reza:

“Artículo [50](#). Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en Salud. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

...

Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso”.

<8.1.2.1.2.1> 1.2.1. Las medidas que conforme a la normatividad vigente son aplicables en caso de incumplimiento del numeral 1.2 precitado, corresponden a las contempladas en los artículos [53](#) y [54](#) del Decreto 1011 de 2006.

<8.1.2.1.3> 1.3. <Ver Notas del Editor> El artículo [60](#) de la Resolución 1446 del año 2006 expedida por el Ministerio de la Protección Social reza:

“Artículo [60](#). Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud y a las entidades territoriales, en el desarrollo de sus competencias, cumplir y hacer cumplir las disposiciones establecidas en la presente resolución y en caso de incumplimiento, adelantar las acciones a que hubiere lugar”.

Notas del Editor

- Tener en cuenta que la Resolución 1446 de 2006 fue derogada por el artículo [16](#) de la Resolución 001446 de 2016, 'por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad de la Atención en Salud', publicada en el Diario Oficial No. 49.794 de 22 de febrero de 2016. Tener presente el término de transición dispuesto en el artículo [17](#) de la Resolución 001446 de 2016.

La Circular [51](#) de 2007 expedida por el Ministerio de la Protección Social estableció:

“De conformidad con lo señalado, se precisa que las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud en ejercicio de sus facultades de vigilancia y control, deben adelantar las gestiones a fin de cumplir con lo dispuesto en el artículo [40](#) de la Resolución 001446 de 2006, a saber:

- a) Brindar a los prestadores de servicios de salud del área de su influencia, la asistencia técnica necesaria para el reporte oportuno de la información de los indicadores de calidad, cuando a ello hubiere lugar

b) Efectuar los requerimientos a los prestadores de servicios de salud que hayan incumplido con el advirtiéndolo que ninguna institución será sancionada por los contenidos de la información reportada obstante, en el evento de omitirla, la dirección territorial de salud se verá avocada a aplicar las sanciones previstas en la normatividad vigente, sin perjuicio de la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud prevista en el artículo 6o del Decreto 1018 de 2007.

Notas del Editor

La referencia al artículo 6 del Decreto 1018 de 2007, a raíz de su derogatoria, debe entenderse al artículo 6 del Decreto 2462 de 2013, 'por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud', publicado en el Diario Oficial No. 48.967 de 7 de noviembre de 2013.

En desarrollo de dicha función, las autoridades departamentales y distritales de salud podrán en cualquier momento solicitar por escrito a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su jurisdicción íntegra de los reportes de información de los indicadores de monitoría del sistema, enviados a la Superintendencia Nacional de Salud.

Los indicadores del nivel de monitoría del sistema que deben reportar las instituciones prestadoras de servicios de salud son:

INDICADORES DEL NIVEL DE MONITORIA DEL SISTEMA

DOMINIO	NOMBRE	NUMERADOR	DENOMINADOR
1. ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita.	Número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución
	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución
	Proporción de cancelación de cirugía programada	Número total de cirugías canceladas en el período	Número de cirugías programadas en período
	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias
	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de imagenología y el momento en el cual es prestado el	Total de atenciones en servicios de imagenología

		servicio	
Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General		Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas odontológicas generales asignadas a la Institución
Oportunidad en la realización de cirugía programada		Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía	Número de cirugías programadas realizadas en el período
2. CALIDAD TÉCNICA	Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el período	Número total de pacientes vivos en el período
Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada		Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en Evidencia	Número total de pacientes hipertensos diagnosticados
3. GERENCIA DEL RIESGO	Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso	Número total de pacientes hospitalizados
Tasa de Infección intrahospitalaria		Número de pacientes con infección nosocomial	Número total de pacientes hospitalizados
Proporción de vigilancia de Eventos adversos		Número total de eventos adversos detectados y gestionados	Número total de eventos adversos detectados
4. SATISFACCIÓN / LEALTAD	Tasa de Satisfacción Global	Número total de pacientes que se consideran con los servicios recibidos por la IPS	Número total de pacientes encuestados por la IPS

<8.1.2.1.3.1> 1.3.1 El artículo 52, del Decreto 1011 del 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” reglamenta entre otras lo referente al Sistema de Información para la Calidad de que trata la Resolución 1446 del 2006, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud” expedida por el Ministerio de la Protección Social, reza:

“Artículo 52. Sistema de Información para La Calidad. Las acciones de inspección, vigilancia y control de la calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Vigilancia y Control en lo de sus competencias”.

Las medidas que conforme a la normatividad vigente son aplicables en caso de incumplimiento del 1.3 precitado, corresponden a las contempladas en los artículos [53](#) y [54](#) del Decreto 1011 de 2006.

Construcción y Mantenimiento IPS-Centros de Bienestar del Anciano

<8.1.2.1.4> 1.4. El artículo [43.2.8](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“43.2.8. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de los centros de bienestar del anciano”.

La Resolución 1043 de 2006, “por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”, en su artículo [1o](#), literal final establece:

“Las disposiciones contenidas en la Resolución [4445](#) de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada o modificada, a partir del 1o de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución [4445](#) de 1996, al servicio creado o modificado”.

El artículo [38](#) de la Resolución 4445 de 1996, por el cual se dictan normas para el cumplimiento de lo contenido del Título IV de la Ley [9a](#) de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares” reza:

“Artículo [38](#). Facultades para vigilancia y control.

Corresponde a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud, establecer los mecanismos para el cumplimiento a las disposiciones de la presente resolución”.

<8.1.2.1.4.1> 1.4.1. Los artículos [43](#), [40](#), [41](#), [42](#), [44](#), [47](#), [48](#) y [49](#) de la Resolución 4445 de 1996, por la cual se dictan normas para el cumplimiento de lo contenido del Título IV de la Ley [9a](#) de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares” rezan:

“Artículo [43](#). Autoridades competentes.

La competencia para la aplicación de las medidas de seguridad la tiene la Dirección Seccional, Distrital o Local de salud y los funcionarios que por decisión de esta, cumplan funciones de vigilancia y control en el ámbito de la presente resolución.

PARÁGRAFO. Los funcionarios que deban cumplir las funciones de vigilancia y control serán identificados por sus respectivos cargos”.

“Artículo [40](#). De cuales son las medidas de seguridad.

De acuerdo con el artículo [576](#) de la Ley 9a de 1979, son medidas de seguridad, las siguientes:

- La clausura temporal de la institución prestadora de servicios de salud, que podrá ser total o parcial.
- La suspensión total o parcial de trabajos o de servicios.
- El decomiso de objetos o productos.

- La destrucción o desnaturalización de artículos o productos.
- La congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos, mientras se tome una decisión definitiva al respecto”.

“Artículo [41](#). Ejecución de las medidas de seguridad.

Las medidas de seguridad son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplican sin perjuicio de las sanciones a que haya lugar. Se levantarán cuando se compruebe que no han desaparecido las causas que las originaron”.

“Artículo [42](#). Efectos de las medidas de seguridad.

Las medidas de seguridad surten efectos inmediatos, contra ellas no procede recurso alguno y no requieren formalidades especiales”.

“Artículo [44](#). De la imposición de una medida sanitaria de seguridad.

De la imposición de una medida de seguridad se levantará un acta en la cual consten las circunstancias que han originado la medida y su duración, la cual podrá ser prorrogada”.

“Artículo [47](#). Iniciación del Proceso Sancionatorio.

Aplicada una medida de seguridad, se procederá inmediatamente a iniciar el proceso sancionatorio”.

SANCIONES

“Artículo [48](#). De cuales son las sanciones.

De conformidad con el artículo [577](#) de la Ley 9a de 1979, las sanciones podrán consistir en:

- a) Amonestación.
- b) Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a diez mil (10.000) salarios diarios mínimos legales vigentes.
- c) Decomiso de productos.
- d) Suspensión o cancelación del registro o de la autorización, y
- e) Cierre temporal o definitivo de la institución prestadora de servicios de salud o servicio respectivo.

“Artículo [49](#). Plazos para traslados de instituciones prestadoras de Servicios de Salud.

A las instituciones prestadoras de servicios de salud que a la fecha de vigencia de la presente resolución funcionen en edificaciones no susceptibles de cumplir con las normas de la Ley [9a](#) de 1979, de las Resoluciones 4445 de 1996, 4252 de 1997 y de la presente resolución, ya sea mediante modificaciones o ampliaciones, la Dirección de Salud competente, previo el estudio de la situación y las características de cada caso, fijará los plazos que de común acuerdo resulten necesarios para su traslado.

PARÁGRAFO 1o. Toda nueva construcción destinada a cumplir las funciones de Institución Prestadora de Servicios de Salud debe cumplir en su totalidad con los requisitos establecidos en la Resolución [44](#) de 1996.

PARÁGRAFO 2o. Cuando las edificaciones destinadas a cumplir la función de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no cumplen con los requisitos establecidos en la Resolución [44](#) de 1996, la Dirección de Salud competente, previo el estudio de la situación y las características de cada caso, fijará los plazos que de común acuerdo resulten necesarios para su traslado.

de Servicios de Salud, construidas con anterioridad a la vigencia de la Resolución [4445](#) de 1996, no cumplan con los requisitos en ella previstos y sean susceptibles de adaptarse a la norma, las respectivas instituciones deberán establecer un plan de cumplimiento en coordinación con la Dirección de Salud competente, cuya duración podrá fijarse, de acuerdo con la magnitud de las adecuaciones requeridas.

Bancos de Sangre

<8.1.2.1.5> 1.5. Los artículos [86](#) y [87](#) del Decreto 1571 de 1993, por el cual se reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley [9a](#) 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”. Rezan:

“Artículo [86](#). Del control y vigilancia. Sin perjuicio de la competencia atribuida a la Superintendencia Nacional de Salud corresponde a las Direcciones Seccionales de Salud y a la Secretaría Distrital de Santafé de Bogotá, D. C., o a las entidades que hagan sus veces, ejercer la vigilancia, el control y la inspección indispensables y adoptar las medidas de prevención y corrección necesarias para dar cumplimiento a las disposiciones y a los requisitos y prescripciones que para cada caso en particular establecen en el presente decreto y en las demás disposiciones sanitarias, así como adoptar las medidas sanitarias de seguridad, adelantar los procedimientos y establecer las sanciones que se deriven de su incumplimiento.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud podrá delegar esta facultad a las Direcciones Locales de Salud previo análisis de sus condiciones técnicas y administrativas.

Artículo [87](#). Del conocimiento de las disposiciones sanitarias. Las Direcciones de Salud, para garantizar el cumplimiento de las normas establecidas en el presente decreto y demás normas sanitarias y la protección de la comunidad, deberán en cualquier tiempo prevenir a esa sobre la existencia de las disposiciones sanitarias y de los efectos que conlleva su incumplimiento”.

<8.1.2.1.5.1> 1.5.1. Los artículos comprendidos entre el número [88](#) y el [134](#) del Decreto 1571 de 1993, por el cual se reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley [9a](#) 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”. Rezan:

“Artículo [88](#). De las medidas sanitarias de seguridad. De conformidad con lo establecido en el artículo 9a de la Ley 9a de 1979, son medidas sanitarias de seguridad las siguientes:

- a) La clausura temporal del establecimiento, que podrá ser parcial o total.
- b) La suspensión parcial o total de actividades y servicios.
- c) El decomiso de objetos, productos, elementos y equipos.
- d) La destrucción o desnaturalización de Unidades de Sangre o de sus componentes y reactivos, si es el caso.
- e) La congelación de productos u objetos o elementos.

Artículo [89](#). De la definición de las medidas sanitarias de seguridad. Para efectos del presente Decreto definen las siguientes medidas sanitarias de seguridad:

Clausura temporal, parcial o total del establecimiento. Consiste en impedir temporalmente el funcionamiento de un establecimiento o una parte de este, cuando se considere que está causando un problema sanitario, medida que se adoptará a través de la respectiva aposición de sellos, en la que se expresa la leyenda “Clausurado temporal, total o parcialmente, hasta nueva orden impartida por la autoridad sanitaria”.

De la suspensión parcial o total de servicios. Consiste en la orden, por razones de prevención o control sanitario, del cese de actividades o servicios cuando se considere que están siendo ejecutados con violación de las normas sanitarias. La suspensión podrá ordenarse sobre todos o parte de los trabajos o servicios que se adelanten o se presten.

Del decomiso de los objetos o los productos. Consiste en su aprehensión material, cuando no cumplan los requisitos, normas o disposiciones sanitarias y en especial las contenidas en este decreto y, por tal motivo, constituyan un factor de riesgo para la salud individual o colectiva. El decomiso se cumplirá colocando tales bienes en depósito, en poder o bajo la custodia de la autoridad sanitaria del nivel correspondiente.

La destrucción de artículos o productos. Consiste en la inutilización de un producto, artículo o elemento.

La desnaturalización consiste en la aplicación de medios físicos, químicos o biológicos tendientes a modificar la forma, las propiedades o las condiciones de un producto o artículo.

La destrucción o desnaturalización se llevará a cabo con el objeto de evitar que se afecte la salud individual o colectiva.

La congelación de productos u objetos. Consiste en colocar temporalmente fuera del comercio, mientras se toma una decisión definitiva al respecto, hasta por un lapso que no exceda de sesenta (60) días, cualquier producto con cuyo uso se violen las condiciones consagradas en el presente decreto u otras normas sanitarias.

Esta medida se cumplirá mediante depósito dejado en poder del tenedor, quien responderá por los daños. Ordenada la congelación se practicarán una o más diligencias en los lugares en donde se encontrare existencias y se colocarán bandas, sellos u otras señales o medios de seguridad, si es el caso.

El producto cuyo empleo haya sido congelado, deberá ser sometido a un análisis en el cual se verifique si sus condiciones se ajustan o no a las disposiciones del presente decreto y otras normas sanitarias, según el resultado del análisis, el producto se podrá decomisar o devolver a los interesados.

Artículo 90. Objeto de las medidas sanitarias de seguridad. Las medidas sanitarias de seguridad tienen por objeto prevenir o impedir que la ocurrencia de un hecho o la existencia de una situación atenten o puedan significar peligro para la salud individual o colectiva de la comunidad.

Artículo 91. De la actuación. Para la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad, las autoridades sanitarias competentes podrán actuar de oficio o por solicitud de cualquier persona.

Artículo 92. De la comprobación o verificación. Una vez conocido el hecho o recibida la información o solicitud, según el caso, la autoridad sanitaria que tenga la competencia procederá a evaluar la situación de manera inmediata y a establecer si existe o no la necesidad de aplicar una medida de seguridad con consecuencia de la violación al presente decreto u otras normas sanitarias o de los peligros que la misma pueda comportar para la salud individual o colectiva.

Artículo 93. De la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad. Establecida la necesidad de aplicar

medida sanitaria de seguridad, la autoridad competente, teniendo en cuenta la naturaleza del producto, tipo de servicio, el hecho que origina la violación de las disposiciones de este decreto y demás normas sanitarias o de la incidencia sobre la salud individual o colectiva, impondrá aquella que considere apropiada al caso.

Artículo [94](#). De la diligencia. Para efectos de aplicar una medida sanitaria de seguridad, deberá levantarse un acta por triplicado que suscribirá el funcionario que la practica y las personas que intervengan en la diligencia, en la cual deberá indicarse la dirección o ubicación donde se practica la diligencia, los nombres de los funcionarios intervinientes, las circunstancias que haya originado la medida, la clase de medida que se imponga y la indicación de las normas sanitarias presuntamente violadas, copia de la misma se entregará a la persona que atienda la diligencia.

Artículo [95](#). Del carácter de las medidas sanitarias de seguridad. Por su naturaleza son de inmediata ejecución, tienen carácter preventivo y transitorio y se aplicarán sin perjuicio a las sanciones a que lugar, se levantarán cuando se compruebe que han desaparecido las causas que la originaron y cuando no procede recurso alguno.

Artículo [96](#). De las medidas sanitarias de seguridad y la iniciación del procedimiento. Aplicada una medida de seguridad se procederá de manera inmediata a iniciar el procedimiento sancionatorio correspondiente.

Artículo [97](#). De la iniciación del procedimiento sancionatorio. El procedimiento sancionatorio se inicia de oficio, a solicitud o información de funcionario público, por denuncia o queja debidamente fundamentada presentada por cualquier persona o, como consecuencia de haber sido tomada previamente una medida sanitaria de seguridad.

PARÁGRAFO. Aplicada una medida de seguridad, esta deberá obrar dentro del respectivo proceso sancionatorio.

Artículo [98](#). De la intervención del denunciante. El denunciante o quejoso podrá intervenir en el procedimiento para aportar pruebas, o para auxiliar al funcionario competente designado para adelantar la respectiva investigación.

Artículo [99](#). De la obligación de informar a la justicia ordinaria. Si los hechos materia del procedimiento sancionatorio se considera que pueden llegar a ser constitutivos de delito, se pondrán en conocimiento de la autoridad competente, acompañando copia de las actuaciones surtidas.

PARÁGRAFO. La existencia de un proceso penal o de otra índole no dará lugar a la suspensión del procedimiento sancionatorio previsto en este decreto.

Artículo [100](#). De la verificación de los hechos. Conocido el hecho o recibida la denuncia o el aviso, la autoridad sanitaria competente ordenará la correspondiente investigación, en orden a verificar los hechos y las omisiones constitutivas de infracción a las disposiciones sanitarias.

Artículo [101](#). De la diligencia para la verificación de los hechos. En orden a la verificación de los hechos y las omisiones, podrán realizarse todas aquellas diligencias que se consideren pertinentes, tales como visitas, inspecciones sanitarias, toma de muestras, exámenes de laboratorio, pruebas de campo, químicas, físicas, de dictámenes periciales y, en general, todas aquellas que se consideren conducentes, el término para la práctica de esta diligencia no podrá exceder de dos (2) meses, contados a partir de la fecha de iniciación de la investigación.

Artículo [102](#). De la cesación del procedimiento. Cuando la Dirección Seccional de Salud competente

encuentre con base en las diligencias practicadas que aparece plenamente comprobado que el hecho investigado no ha existido, que el presunto infractor no lo cometió, que las normas técnico - sanitarias consideran como infracción o que el procedimiento sancionatorio no podía iniciarse o proseguirse, procederá a dictar un auto que así lo declare y ordenará cesar todo procedimiento contra el presunto infractor. Este asunto deberá notificarse personalmente al investigado o, en su defecto, por edicto, o a lo dispuesto en el Código Contencioso Administrativo.

Artículo [103](#). De la formulación de cargos. Si de las diligencias practicadas se concluye que existe para adelantar la investigación, o por haberse practicado una medida sanitaria de seguridad, se procederá a notificar personalmente al presunto infractor de los cargos que se le formulan.

PARÁGRAFO. Si no pudiere hacerse la notificación personal, se dejará una citación escrita con un empleado responsable del establecimiento, para que la persona indicada concurra a notificarse dentro de cinco (5) días calendario siguientes. Si así no lo hiciere, se fijará un edicto en lugar público y visible en la secretaría de la oficina de la autoridad sanitaria competente, por un término de diez (10) días, vencidos los cuales se entenderá surtida la notificación.

Artículo [104](#). Del término para presentar descargos. Dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación, el presunto infractor, directamente o por medio de apoderado, podrá presentar sus descargos en forma escrita y aportar y solicitar la práctica de las pruebas que considere pertinentes.

Artículo [105](#). Decreto y práctica de pruebas. La autoridad competente decretará la práctica de las pruebas que considere conducentes, señalando para los efectos un término de quince (15) días hábiles, que podrá prorrogarse por un periodo igual, si en el término inicial no se hubiere podido practicar las decretadas.

Artículo [106](#). De la calificación de la falta e imposición de las sanciones. Vencido el término de que trata el artículo anterior y dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al mismo, la autoridad competente procederá a calificar la falta y a imponer la sanción, si a ello hubiere lugar, de acuerdo con dicha calificación.

Artículo [107](#). De las circunstancias agravantes. Se consideran circunstancias agravantes de una infracción sanitaria, las siguientes:

- a) Realizar el hecho con pleno conocimiento de sus efectos dañosos, o con la complicidad de subalternos con su participación bajo indebida presión.
- b) Cometer la falta para ocultar otra.
- c) Rehuir la responsabilidad o atribuírsela sin razones a otro u otros.
- d) Infringir varias disposiciones sanitarias con la misma conducta.
- e) Preparar premeditadamente la infracción y sus modalidades.

Artículo [108](#). De las circunstancias atenuantes. Se consideran circunstancias atenuantes de una infracción sanitaria, las siguientes:

- a) El no haber sido sancionado anteriormente o no haber sido objeto de medida sanitaria de seguridad decretada por la autoridad competente.
- b) El confesar la falta voluntariamente antes de que se produzca daño a la salud individual o colectiva.
- c) Procurar por iniciativa propia, resarcir el daño o compensar el perjuicio causado, antes de la iniciación del procedimiento.

del procedimiento sancionatorio.

Artículo [109](#). De la exoneración de responsabilidad. Si se encontrare que no se ha incurrido en violaciones de las disposiciones sanitarias, se expedirá una resolución por medio de la cual se declare exonerado de responsabilidad al presunto infractor y se ordenará archivar el expediente.

PARÁGRAFO. El funcionario competente que no defina la situación bajo su estudio, en el término para ello, incurrirá en causal de mala conducta.

Artículo [110](#). De la formalidad de las providencias mediante las cuales se imponga una sanción. Las sanciones deberán imponerse mediante resolución motivada, expedida por la autoridad sanitaria competente, la cual deberá notificarse personalmente al afectado o a su representante legal o a su apoderado, dentro del término de los cinco (5) días hábiles posteriores a su expedición.

PARÁGRAFO. Si la notificación no pudiere hacerse en forma personal, se hará mediante edicto de conformidad con lo dispuesto por el Código Contencioso Administrativo.

Artículo [111](#). De los recursos. Contra las providencias que impongan una sanción, de conformidad con el Código contencioso Administrativo, proceden los recursos de reposición y apelación dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de su notificación.

PARÁGRAFO 1o. El recurso de reposición se presentará ante la misma autoridad que expidió la providencia, el de apelación ante el Ministerio de Salud, según el caso.

PARÁGRAFO 2o. Contra las providencias expedidas por el Ministro de Salud, sólo procede el recurso de reposición.

PARÁGRAFO 3o. El recurso de apelación sólo podrá concederse en el efecto devolutivo.

Artículo [112](#). De las clases de sanción. De conformidad con el artículo [577](#) de la Ley 9a de 1979, las sanciones podrán consistir en:

- a) Amonestación.
- b) Multas.
- c) Decomiso de productos.
- d) Suspensión o cancelación del Registro o de la Licencia respectiva.
- e) Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

PARÁGRAFO. El cumplimiento de una sanción, no exime al infractor de la ejecución de una obra o de una medida de carácter sanitario que haya sido ordenada por la autoridad sanitaria competente.

Artículo [113](#). De la amonestación. Consiste en la llamada de atención que se hace por escrito a quien ha violado cualquiera de las disposiciones sanitarias, sin que dicha violación implique riesgo para la salud de las personas, y tiene por finalidad hacer ver las consecuencias del hecho, de la actividad o de la omisión y tendrá como consecuencia la conminación.

En el escrito de amonestación se precisará el plazo que se da al infractor para el cumplimiento de las disposiciones violadas, si es el caso.

Artículo [114](#). De la competencia para amonestar. La amonestación deberá ser impuesta por el Jefe o

Dirección Seccional de Salud o de la entidad que haga sus veces, por la Secretaría de Salud de Santia Bogotá, D. C., o por el Ministerio de Salud, cuando sea del caso.

Artículo [115](#). De la multa. Esta consiste en la sanción pecuniaria que se impone a una persona natu jurídica por la violación de las disposiciones sanitarias por la ejecución de una actividad o la emisión conducta.

Artículo [116](#). Del valor de las multas. De acuerdo con la naturaleza y calificación de la falta, la aut sanitaria competente, mediante resolución motivada podrá imponer multas hasta por una suma equi diez mil (10.000) salarios mínimos legales diarios al máximo valor vigente en el momento de dicta respectiva resolución, a los responsables por la infracción de las normas sanitarias.

Artículo [117](#). Lugar y término para el pago de las multas. Las multas deberán cancelarse en la entid las hubiere impuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecutoria de la providenci impone.

El no pago en los términos y cuantías señaladas dará lugar al cobro por jurisdicción coactiva.

Artículo [118](#). Del decomiso de productos, elementos o equipos. Consiste en su incautación definiti cuando se compruebe que no cumplen las disposiciones sanitarias y con ellos se atente contra la sal individual o colectiva.

Artículo [119](#). De la competencia para ordenar el decomiso. Los Jefes de las Direcciones Seccionale Salud, o las entidades que hagan sus veces o el Ministerio de Salud, según el caso, podrán mediante resolución motivada ordenar el decomiso de los productos.

Artículo [120](#). Del procedimiento para aplicar el decomiso. El decomiso será realizado por el funcio designado para el efecto. De la diligencia se levantará acta por triplicado, la cual suscribirá los func y personas que intervengan en la diligencia. Copia del acta se entregará a la persona a cuyo cuidado hubieran encontrado los bienes decomisados.

Artículo [121](#). De la suspensión de la licencia sanitaria de funcionamiento o del registro sanitario. C en la privación temporal del derecho que confiere el otorgamiento de los mismos, por haberse incurr conductas contrarias a las disposiciones del presente Decreto y demás normas sanitarias, dependien gravedad de la falta podrá establecerse por un término no mayor de un (1) año.

Artículo [122](#). De la cancelación de una licencia sanitaria de funcionamiento. Consiste en la privación definitiva de la autorización o derecho que se había conferido, por haberse incurrido en conductas c a las disposiciones del presente decreto y demás normas sanitarias.

Artículo [123](#). De la prohibición de desarrollar actividades por suspensión o cancelación. A partir de ejecutoria de la resolución por la cual se imponga la suspensión o cancelación de licencia, no podrá desarrollarse actividad alguna en el banco de sangre o establecimiento relacionada con el fundamer sanción, salvo la necesaria para evitar el deterioro de los equipos o conservación del inmueble.

Artículo [124](#). De la competencia para la cancelación de registro o licencia. La Licencia Sanitaria de Funcionamiento, será cancelada por la autoridad sanitaria que la haya otorgado.

Artículo [125](#). De la prohibición de solicitar licencia por cancelación. Cuando se imponga la cancela la licencia sanitaria de funcionamiento, no podrá solicitarse una nueva para el mismo establecimien tanto no se verifique previamente por la autoridad sanitaria que han desaparecido las causas sanitari originaron y dé cumplimiento estricto a la legislación sanitaria exigidas para dicho fin.

Artículo [126](#). Del cierre temporal o definitivo del banco de sangre. Consiste en poner fin a las tareas en las que se desarrollan, por la existencia de hechos o conductas contrarias a las disposiciones del presente decreto y demás normas sanitarias, una vez se hayan demostrado, a través del respectivo procedimiento, que se han violado las disposiciones de la Ley 9a de 1979 y sus normas reglamentarias. El cierre podrá ordenarse para todo el establecimiento o edificación o sólo para una parte o para un proceso que se desarrolle en él, y puede ser temporal o definitivo.

PARÁGRAFO. El cierre es temporal si se impone por un periodo previamente determinado por la autoridad sanitaria competente, el cual no podrá ser superior a seis (6) meses y es definitivo cuando no se fije límite en el tiempo.

Artículo [127](#). Consecuencias del cierre definitivo, total o parcial. El cierre definitivo, total implica la cancelación de la licencia que se hubiere concedido al Banco de Sangre o servicio respectivo.

El cierre definitivo parcial, implica que la licencia no ampare la parte del banco de sangre o servicio afectado.

Artículo [128](#). De la competencia para la aplicación del cierre temporal o definitivo. La sanción de cierre será impuesta mediante resolución motivada, expedida por los jefes de las Direcciones Seccionales o las entidades que hagan sus veces, según el caso.

Artículo [129](#). De la ejecución de la sanción de cierre. Las entidades enunciadas en el artículo anterior podrán tomar las medidas pertinentes para la ejecución de la sanción tales como aposición de sellos o u otros sistemas apropiados.

PARÁGRAFO. Igualmente deberán dar a la publicidad los hechos que como resultado del incumplimiento de las disposiciones sanitarias deriven riesgo para la salud de las personas con el objeto de prevenir la reincidencia de los usuarios; sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal o de otro orden en que pudiera incurrirse por la violación de la Ley [9a](#) de 1979 y sus normas reglamentarias.

Artículo [130](#). Del término de las sanciones. Cuando una sanción se imponga por un periodo determinado, este empezará a contarse a partir de la fecha de ejecutoria de la providencia que la imponga y se computará para efectos de la misma, el tiempo transcurrido bajo una medida sanitaria de seguridad.

Artículo [131](#). Carácter policivo de las autoridades sanitarias. Para efectos de la vigilancia, del cumplimiento de las normas y de la imposición de medidas sanitarias y sanciones de que trata este decreto, las autoridades sanitarias competentes, en cada caso, serán consideradas como de policía.

PARÁGRAFO. Las autoridades de policía del orden nacional, departamental, distrital o municipal prestarán toda su colaboración a las autoridades sanitarias en orden al cumplimiento de sus funciones.

Artículo [132](#). Traslado de diligencias por incompetencia. Cuando, como resultado de una investigación adelantada por una autoridad sanitaria, se encontrare que la sanción a imponer es de competencia de otra autoridad, deberán remitirse a ellas las diligencias adelantadas, para lo que sea pertinente.

Artículo [133](#). Cuando se deban practicar pruebas fuera de la jurisdicción de la Dirección del Sistema de Salud o de la entidad que haga sus veces, que se encuentre adelantando un procedimiento sancionatorio, el Director de la misma podrá comisionar al de otra Dirección para su práctica, caso en el cual señalará los términos apropiados.

Artículo [134](#). Aporte de pruebas por otras entidades. Cuando una entidad oficial, distinta de las que conforman el Sistema de Salud, tengan pruebas en relación con conductas, hechos u omisiones que esté investi-

una autoridad sanitaria, tales pruebas deberán ser puestas a disposición de la autoridad correspondiente de oficio o a solicitud de esta, para que formen parte de la investigación.

PARÁGRAFO. Igualmente la autoridad sanitaria podrá comisionar a entidades oficiales que no forme parte del Sistema de Salud, para que practiquen u obtengan pruebas ordenadas o de interés para una investigación o procedimiento adelantado por la autoridad sanitaria”.

Referencia y Contrarreferencia

<8.1.2.1.6> **1.6.** Con respecto a los procesos de referencia y contrarreferencia, los literales b) y II) c) del artículo [11](#) de la Ley 10 de 1990, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan disposiciones”. Rezan:

“Artículo [11](#). Funciones de la Dirección Seccional del Sistema de Salud. En los departamentos, intencionales y comisarías, corresponde a la Dirección Seccional del Sistema de Salud:

...

b) Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio seccional

...

II) Adaptar y aplicar las normas y programas señalados por el Ministerio de Salud, para organizar los regímenes de referencia y contrarreferencia, con el fin de articular los diferentes niveles de atención y de complejidad, los cuales serán de obligatoria observancia para todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud en la respectiva sección territorial”.

Centros Reguladores de Urgencias

<8.1.2.1.7> **1.7.** El artículo [18](#) del Decreto 4747 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”. Reza:

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

VIH-SIDA

<8.1.2.1.8> **1.8.** El artículo [72](#) del Decreto 1543 de 1997, por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)”. Reza:

“Artículo [72](#). Autoridad Sancionatoria. Cuando sea el caso iniciar o adelantar procedimiento sancionatorio, práctica de pruebas o investigación, la competencia será de las Direcciones Territoriales de Salud. Cuando se deba practicar pruebas fuera del territorio de una dirección seccional, distrital o local de salud, el

la misma podrá comisionar al de la otra dirección para su práctica, caso en el cual señalará los términos de su duración”.

<8.1.2.1.8.1> 1.8.1. Los artículos [55](#), [56](#), [57](#), [58](#), [59](#), [60](#), [61](#), [62](#), [63](#), [64](#), [65](#), [66](#), [67](#), [68](#), [69](#), [70](#) y [71](#) del decreto 1543 de 1997, por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)” Rezan:

“Artículo [55](#). Propagación de la Epidemia. Las personas que incumplan los deberes consagrados en los artículos [36](#) y [41](#) del Capítulo V del presente decreto, podrán ser denunciadas para que se investigue la posible existencia de delitos por propagación de epidemia, violación de medidas sanitarias y las señaladas en el Código Penal.

Artículo [56](#). Sanciones. El incumplimiento de las disposiciones del presente decreto por parte de las instituciones públicas, privadas o personas naturales o jurídicas, dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en la Ley [10](#) de 1990, las cuales serán impuestas por las autoridades sanitarias en el ejercicio de las funciones de inspección y vigilancia, de acuerdo a la gravedad de la falta, así:

- a) Multas en cuantía hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales;
- b) Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que presten servicios de salud por un término de seis (6) meses;
- c) Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten servicios de salud;
- d) Suspensión o pérdida de la autorización para la prestación de servicios de salud.

Artículo [57](#). Proceso Sancionatorio. El proceso sancionatorio se iniciará de oficio, a solicitud de parte interesada, por información del funcionario público, por denuncia, o queja presentada por cualquier persona o como consecuencia de haberse tomado con antelación una medida de seguridad y preventiva.

PARÁGRAFO. Las medidas de seguridad y preventivas a que se refiere el presente artículo se aplicarán observando las disposiciones sobre la materia previstas en cuanto a vigilancia, control epidemiológico y medidas de bioseguridad contempladas en la Ley [9](#) de 1979, decretos reglamentarios y demás normas complementarias.

Artículo [58](#). Información a la Autoridad Competente. Si los hechos materia del proceso sancionatorio constitutivos de delito, se pondrán en conocimiento de la autoridad competente, acompañados de la evidencia y pruebas pertinentes.

Artículo [59](#). Denunciante. El denunciante podrá intervenir en el curso del procedimiento a solicitud de la autoridad competente, para dar los informes que se requieran.

Artículo [60](#). Existencia de otro Proceso. La existencia de un proceso penal o de otra índole no dará lugar a la suspensión del proceso sancionatorio.

Artículo [61](#). Investigación. Conocido el hecho o recibida la denuncia o el aviso, la autoridad sanitaria procederá a:

- a) Iniciar investigación preliminar si no existieren pruebas que permitan la formulación de cargos;
- b) formular los cargos a que haya lugar cuando exista un indicio grave de responsabilidad o una prueba

suficiente de la comisión del hecho.

Para la verificación de los hechos u omisiones podrán realizarse diligencias tales como visitas, tom muestras, exámenes de laboratorio, mediciones, pruebas químicas o de otra índole, inspección ocul general, las que se consideren conducentes.

Artículo [62](#). Cesación de Procedimiento. Cuando la autoridad competente encuentre que aparece plenamente comprobado que el hecho investigado no ha existido, que el presunto infractor no lo co que la ley no lo considera como infracción, o que el procedimiento sancionatorio no podía iniciarse proseguirse, procederá a declararlo así, y ordenará cesar todo procedimiento. Contra esta providenc procederán los recursos de ley y deberá notificarse de conformidad con las disposiciones del Códig Contencioso Administrativo.

Artículo [63](#). Formulación de Cargos. Realizadas las anteriores diligencias, se pondrá en conocimier presunto infractor los cargos que se formulen mediante notificación personal, quien podrá conocer ; examinar el expediente de la investigación.

Artículo [64](#). Notificación. Si no fuere posible hacer la notificación personal, se le enviará por corre certificado una citación a la dirección que aquél haya anotado al intervenir por primera vez en la ac o a la nueva que figure en la comunicación hecha especialmente para tal propósito. La constancia d se anexará al expediente. Si no lo hiciere se fijará un edicto en la secretaría de la entidad sanitaria competente, por el término de diez (10) días con inserción de la parte correspondiente a los cargos, vencimiento de los cuales se entenderá surtida la notificación.

Artículo [65](#). Descargos. Dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, el presunto infract directamente o por medio de apoderado podrá presentar sus descargos por escrito, aportar las prueba solicitar la práctica de las que considere pertinentes y de las que sean conducentes.

Artículo [66](#). Práctica de pruebas. La autoridad competente decretará, a costa de la persona interesac práctica de las pruebas que considere conducentes, las que llevará a efecto dentro de un término má treinta (30) días, el cual podrá prorrogarse hasta por un término igual al inicialmente fijado.

Artículo [67](#). Sanciones. Vencido el término del artículo anterior y dentro de los diez (10) días sigui mismo, la autoridad sanitaria procederá a calificar la falta y a imponer la sanción que corresponda.

Artículo [68](#). Circunstancias Agravantes. Son circunstancias agravantes de una infracción las sigui

- a) Haber obrado por motivos innobles o fútiles;
- b) Realizar el hecho con la complicidad de personas subalternas o con su participación bajo indebic presión;
- c) Cometer la falta para ocultar otra;
- d) Rehuir la responsabilidad o atribuírsela a otra u otras personas;
- e) Ejecutar el hecho aprovechando calamidad, infortunio o peligro común;
- f) Preparar premeditadamente la infracción y sus modalidades.

Artículo [69](#). Circunstancias Atenuantes. Son circunstancias atenuantes de una infracción las sigui

- a) Los buenos antecedentes o conducta anterior;

b) La indiferencia o la falta de ilustración cuando haya influido en la ejecución del hecho;

c) Procurar por iniciativa propia resarcir el daño o compensar el perjuicio causado antes de la imposición de la sanción.

Artículo [70](#). Exoneración de Responsabilidad. Si se encuentra que no se ha incurrido en violación de las normas sanitarias, se expedirá resolución motivada, por la cual se declare al presunto infractor exonerado de responsabilidad y se ordenará archivar el expediente. Contra esta providencia procederán los recursos de conformidad con el Decreto-ley [01](#) de 1994.

PARÁGRAFO. El funcionario competente que no defina la situación bajo su responsabilidad, dentro de los términos previstos en el mismo, incurrirá en causal de mala conducta.

Artículo [71](#). Notificación de las Sanciones. Las sanciones deberán imponerse mediante resolución motivada expedida por la autoridad sanitaria y deberá notificarse personalmente al afectado dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de su expedición. Contra esta providencia procederán los recursos de reposición y apelación según el caso, dentro de los cinco (5) días siguientes a su notificación. Si no pudiere hacerse la notificación personal, se hará por edicto de conformidad con lo dispuesto en el Código Contencioso Administrativo.

El recurso de reposición se interpondrá ante la misma autoridad que expidió dicho acto y el de apelación ante su inmediato superior.

PARÁGRAFO. El recurso de apelación se concederá sólo en el efecto devolutivo de conformidad con lo previsto en el artículo 4o de la Ley 45 de 1946”.

<8.1.2.1.9> **1.9.** El párrafo del artículo [3o](#) de la Ley 972 de 2005, por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades raras y catastróficas, especialmente el VIH/Sida, reza:

“Párrafo. La violación a lo dispuesto en la presente ley, por las EPS/IPS, públicas o privadas, sin perjuicio de las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, de doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y, la reincidencia, multa equivalente a un mil (1.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud, quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, las cuales actuarán de conformidad al proceso sancionatorio de que trata el Decreto [1543](#) de 1997 que, en el presente caso, no superará los sesenta (60) días hábiles. El no pago de las multas será exigible por coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantías Subcuenta, ECA.

Tecnología Biomédica

<8.1.2.1.10> **1.10.** Los artículos [10](#) y [21](#) de la Resolución 434 de 2001, “por la cual se dictan normas sobre la evaluación e importación de tecnologías biomédicas, se definen las de importación controlada y se adoptan otras disposiciones”. Expedida por el Ministerio de Salud reza:

“Artículo [10](#). De la suspensión en el uso de una Tecnología Biomédica. Si como resultado de la evaluación de una tecnología biomédica implantada o en operación, se determina que esta constituye un riesgo a la salud o inminente, las direcciones departamentales, distritales y/o municipales deberán proceder a suspen-

uso de la tecnología, hasta cuando el riesgo sea eliminado e informar de este hecho, en forma inmediata al Ministerio de Salud y a la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo [21](#). De la Suspensión en el uso de Equipo Biomédico. Si como resultado de la evaluación de un equipo biomédico en operación, se determina que este constituye un riesgo presente o inminente para los usuarios, las direcciones departamentales, distritales y/o municipales capitales de departamento en el marco de sus competencias de inspección, vigilancia y control establecidas en la normatividad vigente deberán suspender el uso del equipo hasta cuando el riesgo sea eliminado”.

<8.1.2.1.10.1> 1.10.1. El artículo [25](#) de la Resolución 434 de 2001 “Por la cual se dictan normas para la evaluación e importación de tecnologías biomédicas, se definen las de importación controlada y se dictan otras disposiciones”. Expedida por el Ministerio de Salud reza:

“Artículo [25](#). Vigilancia y control. El cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Resolución estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y las direcciones de salud”.

Comités de Urgencias

<8.1.2.1.11> 1.11. El artículo [6o](#) del Decreto 412 de 1992, por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones. reza:

“Artículo [6o](#). De los Comités de Urgencias. Créase el Comité Nacional de Urgencia como organismo del subsector oficial del sector salud en lo concerniente a la prevención y manejo de las urgencias en el sector salud”.

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”.

Mantenimiento Hospitalario

<8.1.2.1.12> 1.12. El numeral [7.6.](#) del Título V de la Circular Unica el año 2007 expedida por la Superintendencia Nacional de salud reza:

“... De conformidad con la normatividad mencionada, respecto al deber de las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud de la inspección y vigilancia en el cumplimiento de las normas técnicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, les corresponde a estas velar por que las instituciones prestadoras de salud de su jurisdicción elaboren los informes de asignación, ejecución y aplicación de los recursos destinados al mantenimiento hospitalario. De igual manera las Direcciones de Salud canalizarán los informes de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud y los enviarán a esta Superintendencia, previa verificación de su exactitud y veracidad...”.

Centros de Estética

<8.1.2.1.13> 1.13. Los artículos [8o](#), [9o](#), [10](#) y [11](#) de la Resolución 2263 de 2004, por la cual se establecen los requisitos para la apertura y funcionamiento de los centros de estética y similares y se dictan otras disposiciones. Expedida por el Ministerio de la Protección Social rezan:

“Artículo [8o](#). Vigilancia y Control. Sin perjuicio de las funciones establecidas en la normatividad vigente, los departamentos en coordinación con los distritos y municipios ejercerán la inspección, vigilancia y control de los establecimientos a que se refiere la presente resolución y adoptarán las medidas de prevención o correctivas necesarias para dar cumplimiento a lo aquí dispuesto y en las demás normas que sean aplicables. Igualmente las entidades territoriales, son competentes para adoptar las medidas sanitarias”.

seguridad, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar, conforme a lo dispuesto en los artículos [17](#) y [18](#) de la Ley 711 de 2001.

Artículo [9o](#). Visitas de Inspección. Las entidades territoriales realizarán por lo menos una vez al año las veces que lo estimen conveniente, una visita a los establecimientos de que trata la presente resolución con el fin de verificar el cumplimiento de los requisitos aquí establecidos.

Los funcionarios que practiquen la visita a los establecimientos objeto de la presente reglamentación deberán acreditar su identidad e identificación como autoridad sanitaria; levantarán actas por cada visita y donde se emita un concepto técnico sanitario del establecimiento y los servicios.

Cuando sea del caso, realizarán el seguimiento a los requerimientos establecidos de acuerdo con el concepto técnico sanitario del acta de visita.

En situaciones de riesgo grave para la Salud Pública, podrán imponer medidas sanitarias de seguridad y sanciones, de acuerdo con lo establecido en los artículos [576](#) y siguientes de la Ley 9ª de 1979.

Artículo [10](#). Autorización de Nuevos Servicios. Cuando los establecimientos objeto de la presente reglamentación amplíen los servicios que prestan deberán informar y solicitar su autorización a la autoridad sanitaria competente.

Artículo [11](#). Disposiciones Transitorias. Los establecimientos a que hace referencia la presente resolución que a la fecha se encuentran funcionando, contarán con un (1) año a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución para adecuarse, a los requisitos establecidos en la presente norma.

Para el cumplimiento del presente artículo los dueños de los establecimientos o representantes legales deberán informar por escrito a las autoridades de salud Departamentales, Distritales o Municipales, las adecuaciones a que haya lugar y el tiempo requerido para cumplir con la norma. No obstante lo anterior, la entidad territorial programará visita de inspección al establecimiento con el fin de determinar si las condiciones sanitarias, de bioseguridad y de salud ocupacional que allí se realizan no ponen en riesgo a los usuarios.

Vencido el plazo aquí establecido, la entidad territorial correspondiente, visitará el establecimiento con el fin de determinar el cumplimiento de lo dispuesto en la presente norma.

Su incumplimiento dará lugar a la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad y de las sanciones contempladas en las Leyes [9ª](#) de 1979 y [711](#) de 2001”.

Manual Bioseguridad Establecimientos Actividades Cosméticas.

<8.1.2.1.14> **1.14.** El artículo [2o](#) de la Resolución 2827 del año 2006, por la cual se adopta el Manual de bioseguridad para establecimientos que desarrollen actividades cosméticas o con fines de embellecimiento facial, capilar, corporal y ornamental” expedida por el Ministerio de la Protección Social reza:

“Artículo [2o](#). Las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales realizarán la vigilancia y el control sobre el cumplimiento del manual de bioseguridad, en los establecimientos dedicados al embellecimiento facial, capilar, corporal y ornamental, el cual debe ser conocido y aplicado por todos los prestadores del servicio”.

Componentes Anatómicos

<8.1.2.1.15> **1.15.** Los artículos [48](#), [49](#) y [50](#) del Decreto 2493 de 2004, por el cual se reglamentan

parcialmente las Leyes [9ª](#) de 1979 y [73](#) de 1988, en relación con los componentes anatómicos”. Rez

“Artículo [48](#). De la Autoridad Sanitaria. Para efecto de lo establecido en el presente decreto, el Invi coordinación con las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud, ejercerán las funciones de inspección, vigilancia y control sanitario en los Bancos de Tejidos y de Médula Osea. Asimismo, las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud ejercerán la vigilancia sanitaria en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas con programas de trasplante”.

“Artículo [49](#). Aplicación de medidas de Seguridad. El Invima o la autoridad sanitaria competente, en caso de incumplimiento de las disposiciones señaladas en el presente decreto o las normas que lo desarrollan, procederá a aplicar las medidas sanitarias de seguridad a que haya lugar señaladas en el artículo [57](#) de la Ley 9ª de 1979 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

PARÁGRAFO. El Invima o la autoridad sanitaria competente levantará un acta de cada visita efectuada con el concepto técnico de la cual se dejará copia en el establecimiento.

“Artículo [50](#). Actuación para la Aplicación de las Medidas Sanitarias. Para la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad, las autoridades competentes podrán actuar de oficio o a solicitud de cualquier persona.

Una vez conocido el hecho o recibida la información o la solicitud según el caso, la autoridad sanitaria competente procederá a evaluar la situación de manera inmediata y establecerá si existe o no la necesidad de aplicar una medida sanitaria de seguridad, la cual se impondrá teniendo en cuenta el tipo de servicio, el hecho que origina la violación de las disposiciones de este decreto y demás normas sanitarias o de la incidencia sobre la salud individual o colectiva, como consecuencia de la violación de los preceptos contenidos en este decreto u otras normas sanitarias o de los peligros que la misma pueda ocasionar a la salud individual o colectiva.

Para efecto de aplicar la medida sanitaria de seguridad, deberá levantarse un acta por triplicado que suscribirá el funcionario público que la practica y las personas que intervengan en la diligencia, en la cual deberá indicarse, como mínimo, la dirección o ubicación donde se practica, los nombres de los funcionarios que participan, las circunstancias que hayan originado la medida, la clase de medida que se imponga como el señalamiento de las disposiciones sanitarias presuntamente violadas. Copia de la misma se entregará a la persona que atienda la diligencia.

Si la persona que se encuentra en el lugar en el que se practica la diligencia se niega a firmar el acta, se hará constar en la misma.

PARÁGRAFO. Aplicada una medida sanitaria de seguridad, se deberá proceder de manera inmediata a iniciar el proceso sancionatorio correspondiente, dentro del cual deberá obrar el acta en la que conste la aplicación de la medida.

<8.1.2.1.15.1> **1.15.1.** Los artículos del [51](#) al [62](#) del Decreto 2493 de 2004, por el cual se reglamenta parcialmente las Leyes [9ª](#) de 1979 y [73](#) de 1988, en relación con los componentes anatómicos”. Rez

“Artículo [51](#). Iniciación del Procedimiento Sancionatorio. El procedimiento sancionatorio se iniciará de oficio o a solicitud del funcionario público por denuncia o queja debidamente fundamentada presentada por cualquier persona o como consecuencia de haber sido adoptada una medida sanitaria de seguridad. Cuando se establecida alguna de estas situaciones, la autoridad sanitaria competente ordenará la correspondiente investigación para verificar los hechos u omisiones constitutivas de infracción a las disposiciones s

La autoridad sanitaria competente podrá realizar todas aquellas diligencias que se consideren conducentes como visitas, inspecciones sanitarias, toma de muestras, exámenes de laboratorio, pruebas de químicas, prácticas de dictámenes periciales y en general todas aquellas que se consideren necesarias para establecer los hechos o circunstancias objeto de la investigación. El término para la práctica de esta diligencia, no podrá exceder de dos (2) meses, contados a partir de la fecha de iniciación de la correspondiente investigación.

El denunciante podrá intervenir en el curso del procedimiento cuando el funcionario competente de la autoridad sanitaria considere pertinente con el objeto de ampliar la información o aportar pruebas.

Artículo 52. Archivo del Procedimiento. Cuando la autoridad sanitaria competente establezca con base en las diligencias practicadas que el hecho investigado no existió, que el presunto infractor no lo comete o que las normas técnicas sanitarias no lo consideran sancionable o que el procedimiento sancionatorio no iniciarse o proseguirse, dictará un acto administrativo que así lo declare y ordenará archivar el procedimiento sanitario contra el presunto infractor. Este acto deberá notificarse personalmente al investigado o a su apoderado. En su defecto, la notificación se efectuará por edicto, de conformidad con lo dispuesto por el Código Contencioso Administrativo.

Artículo 53. Formulación de cargos y presentación de descargos. Si de las diligencias practicadas se concluye que existe mérito para adelantar la investigación, se procederá a notificar personalmente al presunto infractor de los cargos que se formulan y se pondrá a su disposición el expediente con el fin de que solicite a su costa copia del mismo. Si no pudiere hacerse la notificación personal, la notificación se hará de conformidad con los artículos 44 y 45 del Código Contencioso Administrativo.

Dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación, el presunto infractor, directamente o por su apoderado, deberá presentar sus descargos en forma escrita, solicitará la práctica de pruebas y aportar los medios de prueba que tenga en su poder.

Artículo 54. Decreto y Práctica de Pruebas. La autoridad sanitaria competente decretará la práctica de las pruebas que considere conducentes señalando para estos efectos un término de quince (15) días hábiles que podrá prorrogarse por un período igual, si en el término inicial no se hubiere podido practicar las diligencias.

Vencido el término de que trata el presente artículo y dentro de los diez (10) días hábiles posteriores al vencimiento del mismo, la autoridad competente procederá a valorar las pruebas con base en la sana crítica y a calificar la falta e imponer la sanción si a ello hubiere lugar.

PARÁGRAFO. Las autoridades e instituciones distintas a las del Sistema de Seguridad Social que requieran la práctica de pruebas en relación con conductas, hechos u omisiones que esté investigando una autoridad sanitaria, podrán ponerlas a disposición de la autoridad correspondiente, de oficio o a solicitud de esta, para que forme parte de la investigación. La autoridad sanitaria podrá comisionar a otras autoridades, para que practique las pruebas ordenadas que resulten procedentes para los fines respectivos.

Artículo 55. Exoneración de responsabilidad administrativa sanitaria o imposición de sanciones. Si se encontrare que no se ha incurrido en violación de las disposiciones sanitarias se expedirá el acto administrativo correspondiente por medio del cual se declare exonerado de responsabilidad al presunto infractor y se ordenará archivar el expediente. En caso contrario, se impondrán las sanciones señaladas en el artículo 577 de la Ley 9ª de 1979, mediante resolución motivada, expedida por la autoridad sanitaria competente, la cual deberá notificarse personalmente al afectado o a su representante legal o a su apoderado conforme lo dispuesto en los artículos 44 y 45 del Código Contencioso Administrativo.

PARÁGRAFO. Cuando una sanción se imponga por un período determinado, este empezará a contar a partir de la fecha de ejecutoria del acto administrativo que la imponga y se computará para efectos de la misma, el tiempo transcurrido bajo una medida sanitaria de seguridad.

Artículo [56](#). Destrucción. Cuando los componentes anatómicos no cumplan con los requisitos establecidos de calidad que garanticen el óptimo funcionamiento de los mismos, se ordenará la inutilización de los mismos.

PARÁGRAFO. La desnaturalización o desactivación de los componentes anatómicos mediante la aplicación de medios físicos, químicos o biológicos tendientes a modificar la forma, propiedades o condiciones del tejido u órgano, se hará conforme con lo establecido en el Decreto [2676](#) de 2000 o normas vigentes que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

Artículo [57](#). Cierre Temporal o Definitivo. Cuando existan hechos o conductas contrarias a las disposiciones del presente decreto y demás normas sanitarias, se ordenará el cierre temporal o definitivo poniendo fin a las tareas que en ellos se desarrollan.

El cierre podrá ordenarse para todo el establecimiento o solo para una parte o un proceso que se desarrolle en él y puede ser temporal o definitivo.

El cierre es temporal si se impone por un período previamente, determinado por la autoridad sanitaria competente, el cual no podrá ser superior a seis (6) meses y es definitivo cuando no se fije un límite de tiempo.

Artículo [58](#). De la suspensión o cancelación del certificado de cumplimiento de Condiciones Sanitarias y Certificado de buenas Prácticas. El incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y demás normas sanitarias, conllevan la suspensión o cancelación del certificado de cumplimiento de condiciones sanitarias o del certificado de cumplimiento de buenas prácticas, de acuerdo con lo dispuesto en el presente decreto.

Cuando la sanción sea de cancelación del certificado de condiciones sanitarias o del certificado de buenas Prácticas, no se podrá solicitar una nueva certificación para el establecimiento, hasta tanto no se verifique previamente por la autoridad sanitaria que han desaparecido las causas que la originaron y el cumplimiento estricto de la legislación sanitaria. Para el evento de la cancelación del certificado de condiciones sanitarias o del Certificado de Buenas Prácticas el interesado no podrá solicitarlo nuevamente dentro del año inmediatamente posterior a su cancelación.

Artículo [59](#). Prohibición de desarrollar actividades cuando se presente suspensión o cancelación. A partir de la ejecutoria de la resolución por la cual se imponga la suspensión o cancelación de los certificados de cumplimiento de condiciones sanitarias o de buenas prácticas, no podrá desarrollarse actividad alguna en los Bancos de Tejidos o de Médula Osea, salvo la necesaria para evitar el deterioro de los equipos o la conservación del inmueble.

Artículo [60](#). Carácter policivo de las Autoridades Sanitarias. Para efectos de la vigilancia, del cumplimiento de las normas y de la imposición de medidas sanitarias y sanciones de que trata este decreto, las autoridades sanitarias aquí señaladas ejercerán funciones de policía sanitaria, de conformidad con el artículo 35 del Decreto-ley 1355 de 1970.

Artículo [61](#). De la divulgación de las Disposiciones Sanitarias. El Invima, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y los demás integrantes del Sistema, para garantizar la protección a la comunidad y el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el presente decreto y demás legislación sanitaria

materia, deberán informar a la comunidad de su existencia y de los efectos que conlleva el incumplimiento de las mismas.

Artículo [62](#). Obligación de Informar a la Justicia Ordinaria. Si de los hechos materia del procedimiento sancionatorio se considera que puedan derivarse conductas delictivas, se deberá compulsar copias de las actuaciones surtidas a la autoridad competente con el objeto de que inicie las investigaciones a que lugar.

PARÁGRAFO. La existencia de un proceso penal o de otra índole, no dará lugar a la suspensión del procedimiento sancionatorio previsto en este decreto.

Transplantes

<8.1.2.1.16> 1.16. El artículo [28](#) de la Resolución 2640 de 2005 “Por medio de la cual se reglamentan los artículos [3o](#), [4o](#), [6o](#) parágrafo 2o, [7o](#) numeral 10, [25](#) y [46](#) del Decreto 2493 de 2004 y se dictan otras disposiciones”. Expedida por el Ministerio de la Protección Social reza:

“Artículo [28](#). De la Vigilancia Epidemiológica de los Transplantes. Las Direcciones Territoriales o Distritales de Salud donde se encuentran las Coordinaciones Regionales de la Red de Donación y Transplantes, deberán realizar análisis estadísticos y de vigilancia epidemiológica a los transplantes realizados en el área de influencia de la Coordinación que tiene a cargo, teniendo en cuenta los reportes hechos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en cuanto a reacciones adversas, complicaciones, rechazos y sobrevida de los transplantes o implantes, conforme a lo establecido por el Ministerio de la Protección Social”.

Atención a la Comunidad

<8.1.2.1.17> 1.17. El artículo [4o](#) del Decreto 1757 de 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 establecido en el numeral 11 del artículo [4o](#) del Decreto-ley 1298 de 1994” reza:

“Artículo [4o](#). Servicio de atención a la Comunidad. Los niveles de Dirección Municipal, Distrital y 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 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 habrán a cargo, de los niveles Departamentales, Distritales y Municipales.
5. Garantizar que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, informen a la comunidad de su existencia y de los efectos que conlleva el incumplimiento de las mismas.

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/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 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.

IVC Cumplimiento Políticas Públicas

<8.1.2.1.18> 1.18. El artículo [43](#).1.5 de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [43](#). Competencias de los Departamentos en Salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

...

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

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.2.2> CAPITULO II-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES DE LOS DEPARTAMENTALES EN EL ÁREA DE ASEGURAMIENTO DE LA POBLACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

<Numeral correspondiente a la Circular [54](#) de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los departamentos en el territorio de su jurisdicción:

Aseguramiento Sistema General de Seguridad Social en Salud

<8.1.2.2.1> 1.1. El artículo [43](#).4.1 de la Ley 715 de 2001 reza:

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

IVC Cumplimiento Políticas Públicas

<8.1.2.2.2> 1.2. El artículo [43.1.5](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [43](#). Competencias de los Departamentos en Salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

...

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

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.2.3> CAPITULO III-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES DE LOS DEPARTAMENTALES EN EL ÁREA DE SALUD PÚBLICA.

<Numeral correspondiente a la Circular [54](#) de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los departamentos en el territorio de su jurisdicción:

Salud Pública

<8.1.2.3.1> 1.1. Los artículos [43.3.5](#), 43.3.6, 43.3.7, 43.3.8, 43.3.9 de la Ley 715 del 2001 rezan:

“43.3.5. Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en Salud Pública de los municipios de su jurisdicción”.

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

“43.3.7. Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas”.

“43.3.8. Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de las categorías 4a., 5a. y 6a. de su jurisdicción”.

“43.3.9. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de Salud Pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades

transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas”.

Sistema de Vigilancia en Salud Pública

<8.1.2.3.2> 1.2. El artículo 9o del Decreto 3518 del 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones, reza:

“Artículo 9o. Funciones de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud. Las direcciones departamentales y distritales de salud, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública:

- a) Gerenciar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción;
- b) Implementar y difundir el sistema de información establecido por el Ministerio de la Protección Social para la recolección, procesamiento, transferencia, actualización, validación, organización, disposición y administración de datos de vigilancia;
- c) Coordinar el desarrollo y la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su territorio y a nivel interinstitucional como intersectorial y brindar la asistencia técnica y capacitación requerida;
- d) Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, cuando así se requiera;
- e) Organizar y coordinar la red de vigilancia en Salud Pública de su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social;
- f) Integrar el componente de laboratorio de Salud Pública como soporte de las acciones de vigilancia en Salud Pública y gestión del Sistema en su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social;
- g) Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión del Sistema y el cumplimiento de las acciones de vigilancia en Salud Pública, en su jurisdicción;
- h) Realizar el análisis de la situación de la salud de su área de influencia, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en Salud Pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia en el área de su jurisdicción;
- i) Declarar en su jurisdicción la emergencia sanitaria en salud de conformidad con la ley;
- j) Dar aplicación al principio de complementariedad en los términos del literal e) del artículo 3o de la Ley 10 de 1990, siempre que la situación de Salud Pública de cualquiera de los municipios o áreas de su jurisdicción lo requieran y justifiquen;
- k) Cumplir y hacer cumplir en el área de su jurisdicción las normas relacionadas con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila”.

<8.1.2.3.2.1> 1.2.1. Las medidas de control que puede aplicar el ente departamental por el incumplimiento de lo establecido en el numeral anterior corresponden a las mismas descritas en el numeral 1.5.1 de la Parte II del Título III de la presente Circular.

Red de Laboratorios

<8.1.2.3.3> 1.3. El inciso 1o y los numerales 1, 4, 5, 6, 7, 10 y 11 del artículo [12](#) del Decreto 2323 del 2006 rezan:

“Artículo [12](#). Competencias de las Direcciones Territoriales de Salud. Las direcciones territoriales asumirán la dirección y coordinación de la red de laboratorios en el ámbito departamental o distrital, la cual deberán cumplir con las siguientes funciones:

1. Establecer mecanismos para organizar y controlar el funcionamiento de la Red en su jurisdicción

...

4. Adoptar, difundir e implementar el sistema de información para la Red Nacional de Laboratorios establecido por el nivel nacional.

...

5. Adoptar e implementar en su jurisdicción el sistema de monitoreo y evaluación de la Red Nacional de Laboratorios acorde con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.

...

6. Verificar el cumplimiento de los estándares de calidad de los laboratorios autorizados para la realización de exámenes de interés en Salud Pública que operen en su jurisdicción.

...

7. Mantener el diagnóstico actualizado de la oferta de laboratorios públicos y privados, así como de los laboratorios de otros sectores con presencia en su jurisdicción y que tengan relación con la Salud Pública.

...

10. Brindar asistencia técnica a los laboratorios de su área de influencia en temas relacionados con estrategias para el eficaz funcionamiento de la Red, con prioridad en las instituciones del sector público.

...

11. Promover y realizar actividades de capacitación en temas de interés para los integrantes de la red de laboratorios de acuerdo con las necesidades.

<8.1.2.3.1> 1.3.1. El artículo [26](#) del Decreto 2323 del año 2006 reza:

“Artículo [26](#). Vigilancia y Control. La autoridad competente aplicará las medidas de seguridad, sancionará el procedimiento establecido en los artículos [10](#) y siguientes del Decreto 2240 de 1996 a los integrantes de la Red Nacional de Laboratorios que incumplan con lo dispuesto en el presente decreto, sin perjuicio de las demás acciones a que hubiere lugar”.

IVC Cumplimiento Políticas Públicas

<8.1.2.3.4> 1.4. El artículo [43](#).1.5 de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [43](#). Competencias de los Departamentos en Salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector de la salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

...

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

Plan Nacional de Salud Pública

<8.1.2.3.5> 1.5. La línea de política número 4 “Vigilancia en salud y gestión del conocimiento” del III del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 establece dentro de las estrategias de la vigilancia en salud y gestión del conocimiento, como estrategias a cargo de las entidades territoriales:

“...A cargo de las entidades territoriales:

- a) Desarrollo e implementación de las acciones de vigilancia en salud en su jurisdicción;
- b) Monitoreo, evaluación, y análisis de la situación de salud en su jurisdicción;
- c) Evaluación del impacto de las políticas y estrategias formuladas para atender las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, en su jurisdicción;
- d) Implementación del sistema de evaluación de gestión y de resultados en salud y bienestar del Sistema de Protección Social, en su jurisdicción;
- e) Implementación del sistema de información de salud en su jurisdicción;
- f) Desarrollo de estrategias de difusión de resultados en salud en su jurisdicción;”

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.2.4> CAPITULO IV-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES DEPARTAMENTALES EN EL ÁREA DE FINANCIAMIENTO DEL SGSSS.

<Numeral correspondiente a la Circular [54](#) de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Conforme a la normatividad vigente, las siguientes son funciones relativas a la inspección, vigilancia y control que deben realizar los departamentos en el territorio de su jurisdicción:

Recaudo y Aplicación Recursos Salud

<8.1.2.4.1> 1.1. El artículo [43.1.4](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [43](#). Competencias de los Departamentos en Salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las

• • •

IVC Cumplimiento Políticas Públicas

“Artículo 43. Competencias de los Departamentos en Salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

...

Financiación Direcciones Territoriales-Financiamiento Funciones IVC Régimen Subsidiado y Salu

“Artículo 60. Financiación de las Direcciones Territoriales de Salud. Los gastos de funcionamiento dependencias y organismos de dirección de los departamentos, distritos y municipios podrán financiar sus ingresos corrientes de libre destinación y podrán destinar hasta un 25% de las rentas cedidas pa

No menos del veinte por ciento (20%) del monto de las rentas cedidas que se destinen a gastos de funcionamiento, podrán financiar las funciones de asesoría y asistencia técnica, inspección, vigilancia y control del Régimen Subsidiado y Salud Pública, de acuerdo con las competencias establecidas en el artículo 44 de la presente ley. En caso de no acreditar la capacidad técnica establecida o que sus resultados no sean satisfactorios, según evaluación y supervisión realizada por la Superintendencia Nacional de Salud, el Departamento contratará dichos procesos con entidades externas.

Se excluyen de lo dispuesto en este artículo los departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Cas Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y Vichada, los cuales se rigen por lo dispuesto en el artículo

En ningún caso se podrán financiar gastos de funcionamiento con recursos provenientes del Sistema General de Participaciones”.

De otra parte, el artículo 59 de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [59](#). Rentas Cedidas y Gastos de Funcionamiento. Adiciónase al artículo [42](#) de la Ley 643 el siguiente párrafo:

“Parágrafo 4o. Del 80% contemplado en el literal a) del artículo [42](#) de la Ley 643 de 2001, los departamentos de Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés y

podrán destinar hasta un cuarenta por ciento (40%) para cubrir los gastos de funcionamiento de las secretarías o direcciones seccionales de salud, mientras estas mantengan la doble característica de s administradoras y prestadoras de servicios de salud en su jurisdicción”.

Recaudo Recursos Salud

<8.1.2.4.4> 1.4. El literal g) del artículo [11](#) de la Ley 10 de 1990 reza:

“Artículo [11](#). Funciones de la Dirección Seccional del Sistema de Salud. En los departamentos, inte y comisarías, corresponde a la Dirección Seccional del Sistema de Salud:

...

g) Supervisar el recaudo de los recursos seccionales que tienen destinación específica para salud;”

<8.1.2.4.4.1> 1.4.1. Los artículos [49](#) y [50](#) de la Ley 10 de 1990 rezan:

“Artículo [49](#). Sanciones. En desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia, las autoridades competentes, según el caso, podrán imponer, según la naturaleza y gravedad de la infracción de cua de las normas previstas en la presente ley, las siguientes sanciones:

- a) Multas en cuantía hasta de 200 salarios mínimos legales mensuales;
- b) Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que prestan servicios de sal un término hasta de seis meses;
- c) Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten sei salud;
- d) Suspensión o pérdida de autorización para prestar servicios de salud.

PARÁGRAFO. Las instituciones de seguridad, previsión social y subsidio familiar, conservarán el de inspección y vigilancia que poseen en la actualidad.

Artículo [50](#). Sanción Disciplinaria. El incumplimiento de cualquiera de las disposiciones de esta ley parte de los empleados responsables, es causal de mala conducta la que acarrea la sanción de destiti

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.3> TITULO V-

DE LA INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL DE LOS ENTES TERRITORIALES DISTRI

Notas de Vigencia

- Numeral correspondiente a la Circular 54 de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

<8.1.3.1> CAPITULO I-

DE LA INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL POR PARTE DE LOS ENTES TERRITORIALES DISTRITALES EN LAS ÁREAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, ASEGURAMIENTO DE LA POBLACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SALUD PÚBLICA Y FINANCIACIÓN DEL SGSSS.

<Numeral correspondiente a la Circular [54](#) de 2009 incorporado a esta circular por la Circular [57](#) de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

El inciso 1o del artículo [45](#) de la Ley 715 del 2001 reza:

“Artículo [45](#). Competencias en salud por parte de los Distritos. Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función intermediación entre los municipios y la Nación”.

<8.1.3.1> 1.1. De forma particular, se señala a continuación lo dispuesto en el artículo [12](#) de la Ley 2001, por la cual se reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología y se dictan otras disposiciones en materia de salud estética. Que Reza:

“Artículo [12](#). Supervisión. Los organismos encargados de supervisar la prestación de servicios de salud en los municipios y distritos del país deberán verificar el estricto cumplimiento de las normas y requisitos sanitarios de los establecimientos donde se lleven a cabo actividades a las que se refiere la presente ley. Asimismo, tendrán a su cargo las tareas de inspección, vigilancia y control de los servicios de cosmetología que se presten en su jurisdicción para efectos de lo cual procederán a elaborar un censo de centros y personas dedicados a la ocupación, dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de esta ley. El censo será actualizado cada año”.

<8.1.3.1.1> 1.1.1. Los artículos [17](#), [18](#) y 19 de la Ley 711 del 2001, por la cual se reglamenta el ejercicio de la ocupación de la cosmetología y se dictan otras disposiciones en materia de salud estética. Rezan:

“Artículo [17](#). Sanciones. El incumplimiento e inobservancia de las disposiciones consagradas en la ley, sin perjuicio de las demás acciones administrativas, penales, civiles o policivas, según el caso, las siguientes sanciones:

- a) Amonestación privada;
- b) Amonestación pública;
- c) Multas sucesivas de hasta de cien (100) salarios mínimos legales vigentes (smlv);
- d) Suspensión de la personería jurídica;
- e) Cierre temporal del centro de estética o de cosmetología;
- f) Cancelación de la personería jurídica o del concepto de ubicación o documento que lo reemplace definitivo del centro de cosmetología o estética”.

“Artículo [18](#). Imposición. La imposición de sanciones se regirá por las siguientes reglas:

- a) La violación de lo dispuesto en los artículos [60](#) y [11](#) de la presente ley dará lugar a las sanciones contempladas en los literales a), b) o c) del artículo anterior, según la gravedad del asunto;
- b) Quienes entorpezcan la función de inspección y vigilancia de las autoridades estarán sujetos a la multa prevista en el literal c) del artículo anterior;

- c) La violación de lo dispuesto en el artículo [5o](#) de esta ley dará lugar a la sanción allí prevista;
- d) La violación de lo dispuesto en los artículos [7o](#), [8o](#) y [9o](#) de la presente ley dará lugar a las sanciones previstas en los literales d), e) o f) del artículo anterior;
- e) La violación de lo dispuesto en el artículo [9o](#) de la presente ley dará lugar a sanciones establecidas en los literales b), c), d) y e) del artículo anterior, en forma sucesiva si existe reincidencia, las cuales se aplicarán vencido el plazo de transición previsto en ese artículo.

PARÁGRAFO 1o. Corresponde a las autoridades de salud del respectivo municipio imponer las sanciones en primera instancia, con apelación ante los alcaldes.

PARÁGRAFO 2o. Los procedimientos aplicables serán los previstos en la parte general del Código Contencioso Administrativo”.

“Artículo [19](#). De la Caducidad y la Prescripción. La acción administrativa, caducará a los cinco (5) años a partir del último acto constitutivo de falta y la sanción prescribirá en un término de cinco (5) años”.

Notas de Vigencia

- Numeral 7.1 reemplazado por la Circular [54](#) de 2009, según lo dispuesto por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009. a su vez es reenumerado con el numeral 7.2 por la misma Circular
- Título adicionado como numeral 7.1 por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

7.1. Las Entidades Territoriales de los niveles departamental, distrital y municipal deberán ejercer las funciones y competencias determinadas en las leyes y disposiciones reglamentarias vigentes, en materia de salud, especialmente en los temas de aseguramiento, prestación de servicios de salud a nivel territorial, salud pública, participación social, sistemas de información, focalización y financiamiento, en el territorio de su jurisdicción.

Igualmente deberá cumplir con las facultades de vigilancia y control en la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Gobierno Nacional para las entidades que actúan en el sector salud acorde con lo determinado en la Ley [715](#) de 2001 y demás disposiciones legales y reglamentarias vigentes, sin perjuicio de las competencias y funciones de las otras entidades que ejercen inspección, vigilancia y control y observando plenamente las instrucciones de remisión de información a la Superintendencia Nacional de Salud.

De acuerdo con lo establecido en las normas vigentes las entidades territoriales adelantarán los procedimientos administrativos y pondrán en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud la aplicación de las acciones a que hubo lugar.

8.2. <7.2> SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN.

Notas de Vigencia

- Título adicionado como numeral 7.2 por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial 46.951 de 5 de abril de 2008.

<Incisos modificados por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las Entidades Territoriales responsables del proceso de habilitación, deberán reportar a la Superintendencia Nacional de Salud, el informe de Gestión del Macroproceso de Habilitación en los siguientes procesos:

Notas de Vigencia

- Incisos modificados por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<INCISO > Las entidades territoriales a más tardar el 30 de marzo de cada año deberán consolidar información sobre ejecución presupuestal en mantenimiento hospitalario de las IPS y reportarla a la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud de esta Superintendencia para que tome las medidas que considere necesarias para garantizar el cumplimiento, adjuntando censo de entidades obligadas a implementar y reportar el plan de mantenimiento hospitalario con las características definidas en la presente circular, relación de las acciones ejecutadas en asistencia técnica a las IPS de su jurisdicción, visitas de IVC a la implementación del plan de mantenimiento, IPS que no cumplen establecido en mantenimiento hospitalario respecto a elaboración y ejecución del plan de mantenimiento hospitalario y reporte de información a la entidad territorial.

La información anteriormente descrita deberá ser remitida de acuerdo con la estructura y plazos señalados en el anexo técnico.

Anualmente a más tardar el 31 de enero de cada año, con corte de 30 de diciembre, las entidades territoriales responsables del proceso de habilitación, deberán reportar a la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, el informe de Gestión del Macroproceso de Habilitación en los siguientes procesos:

Estructura administrativa responsable del proceso de habilitación. Relacionando la asignación de áreas y funcionarios responsables de los procesos de asesoría, capacitación, entrega de documentos de soporte a prestadores, recepción de la declaración de habilitación, revisión documental, coordinación de visitas de verificación y aplicación de conductas.

Censo actualizado de prestadores. Relacionando el número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, independientes, ambulancias; definidas por públicas, privadas, mixtas.

Censo de servicios. Relacionando servicios ofertados por niveles de complejidad.

Ejecución de visitas de verificación de cumplimiento de estándares de habilitación. Relacionando por entidad prestadores, las visitas programadas y las ejecutadas en el año inmediatamente anterior.

Procesos sancionatorios. Relacionar por prestadores y servicios, sanciones impuestas, procesos de investigación en curso, medidas de seguridad impuestas.

Implementación del PAMEC. Relacionar el cumplimiento por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Servicios de Salud, en la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, con las pautas indicativas establecidas por el Ministerio de la Protección.

Los archivos de la información anteriormente descrita deberá ser radicada por vía electrónica firma digitalmente, por parte del representante legal a través del sitio web de la Superintendencia Nacional de Salud, www.supersalud.gov.co en el enlace “Recepción Datos de Vigilados, de acuerdo a estructura descrita”.

Notas de Vigencia

- Numeral 8.2 reenumerado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de octubre de 2009.

8.3. <7.3> TECNOLOGÍA BIOMÉDICA.

Notas de Vigencia

- Título adicionado como numeral 7.3 por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Con el objeto de vigilar el cumplimiento de las normas que reglamentan la selección, adquisición, importación y evaluación de la tecnología biomédica, en el anexo técnico de la presente circular, se imparten instrucciones sobre indicadores y la información que debe ser reportada a la Superintendencia Nacional de Salud, entre otras por las Entidades Territoriales de orden departamental y distrital.

<Texto eliminado por la Circular [49](#) de 2008>

Notas de Vigencia

- Texto eliminado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Fecha de corte Fecha límite de entrega

Con corte a 31 de diciembre Enero 31 del año siguiente

Con corte a 30 de junio El 31 de julio

Finalmente, en el tema de focalización para el aseguramiento, se debe reportar a la Superintendencia Nacional de Salud la información establecida en el anexo técnico correspondiente con la periodicidad solicitada.

Notas de Vigencia

- Numeral reenumerado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de octubre de 2009.

8.4. <7.4> RED DE PRESTADORES.

<Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

De conformidad con las competencias otorgadas a las Direcciones Territoriales de Salud, en los art y [55](#) de la Ley 715 de 2001, específicamente las funciones relacionadas con la dirección y prestación de servicios de salud y de salud pública en el ámbito departamental o distrital, así como lo definido en artículo [54](#) sobre la organización, dirección, conformación, coordinación, integración y administración de la Red de Prestadores de Servicios de Salud que permitan la articulación de las unidades prestadoras, utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, la optimización de la infraestructura que la soporta, y la organización de la red de servicios de salud por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un Sistema de Referencia y Contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad.

De igual manera, teniendo en cuenta las competencias otorgadas a las Direcciones Territoriales de Salud sobre la organización e integración de redes de prestadores de servicios de salud y del Sistema de Referencia y Contrarreferencia y en concordancia con los lineamientos definidos en la propuesta de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud del Ministerio de la Protección Social.

Es necesario que las Direcciones Territoriales de Salud reporten la organización de la Red de Prestadores de Servicios de Salud en su departamento o Distrito, estableciendo si cuentan con participación interdepartamental y su mecanismo de integración por grados de complejidad departamental e interdepartamental y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes y/o muestras biológicas con el cual está brindando la atención en salud a la población de su jurisdicción.

Notas de Vigencia

- Numeral reenumerado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 10 de octubre de 2009.
- Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

8.5. <7.5> SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

<Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La Superintendencia Nacional de Salud considera de especial importancia, el papel de las Entidades Territoriales y las Direcciones de Salud, en la atención y financiación de las urgencias, y en especial en la organización de la red de servicios y de los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en su respectiva jurisdicción, ya que estas actividades tienen especial trascendencia para garantizar la atención de urgencias en todo el territorio nacional y en todos los niveles de atención y grados de complejidad.

Los Departamentos, Distritos y Municipios a través de las respectivas Direcciones de Salud tienen la responsabilidad de aplicar los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en todos los niveles de atención en salud (literal p) del artículo [90](#); literal II) del artículo [11](#), y el literal I) del artículo [12](#) de la Ley 10 de 1990 literal d), y registrar las entidades de salud de su jurisdicción, elaborar y actualizar (o cada vez que haya cambios, un listado de todas las instituciones de salud públicas y privadas de su jurisdicción, en el cual se defina claramente su identificación, ubicación y servicios que ofrezcan, y enviarlas a todas las Instituciones que conforman la Red Departamental de Salud a efectos de que el personal médico y paramédico haga una remisión eficaz a los pacientes. Estos listados podrán ser

suministrados a las personas que los soliciten. Igualmente deberán contar con estos listados actualizados para suministrarlos a cualquier persona o sector de la comunidad que los solicite.

Las Direcciones Seccionales de Salud contarán con un mapa de salud en su territorio, en el cual se encuentren identificadas todas las instituciones de prestación de servicios de salud públicas, privadas mixtas con los servicios ofrecidos y lo difundirán a todas las instituciones hospitalarias. Garantizar la adecuada operación de la red de servicios y del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en todos los niveles de atención. El Sistema de Referencia y Contrarreferencia incorporará al sector privado la prestación de servicios de salud.

Sin perjuicio de la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud realizarán las acciones de inspección, vigencia y control sobre las normas de referencia y contrarreferencia contenidas en la resolución. El artículo [11](#) de la Resolución 741 de 1990 determinan y aplicará las sanciones a que haya lugar de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la Ley 10 de 1990.

Notas de Vigencia

- Numeral reenumerado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 10 de octubre de 2009.
- Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

8.6. <7.6> MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.

<Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

De conformidad con el numeral 4 del artículo [176](#) de la Ley 100 de 1993, a la Dirección Seccional, Distrital y Municipal de Salud le corresponde la inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud. Se recuerda la inspección, vigilancia y control en la elaboración y ejecución de los planes de mantenimiento y de la adecuada asignación y utilización de los recursos financieros destinados a las actividades de mantenimiento hospitalario por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción.

De conformidad con el literal a) del artículo [11](#) de la Ley 10 de 1990, corresponde a la Dirección Seccional, Distrital y Municipal de Salud Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los Municipios y a las entidades institucionales que presten el servicio de salud en el territorio de su jurisdicción. Esta asistencia técnica y administrativa se prestará, entre otros aspectos, para la elaboración de los planes de mantenimiento hospitalario.

Para dar cumplimiento al párrafo del artículo [90](#) del Decreto 1769 de 1994, las Direcciones de Salud recibirán a más tardar el 30 de enero de cada año certificación escrita con la firma del representante del Revisor Fiscal de cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción en la cual se indique el valor y el porcentaje del presupuesto y/o de los ingresos totales utilizados en las actividades de mantenimiento hospitalario, durante el año terminado el treinta y uno (31) de diciembre inmediatamente anterior. Para este efecto la Superintendencia ha diseñado el formato que se encuentra en el anexo técnico.

De conformidad con la normatividad mencionada, respecto al deber de las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud de la Inspección y Vigilancia en el cumplimiento de las normas

administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, les corresponde a estas velar por que las instituciones prestadoras de salud de su jurisdicción elaboren los informes de asignación, ejecución y aplicación de los recursos destinados al mantenimiento hospitalario. De igual manera las Direcciones de Salud canalizarán los informes de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud y los enviarán a esta Superintendencia, previa verificación de su exactitud y veracidad.

Esta Superintendencia ha diseñado el formato correspondiente que se encuentra en el anexo técnico con el fin de suministrar una guía para la elaboración de los planes de mantenimiento. Este instrumento, lo elabora la Dirección Seccional, Distrital o Municipal de Salud basado en este, deberá ser difundido a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Hospitalarias de su jurisdicción. El formato presentado contempla los puntos que se consideran esenciales y que deben estar incluidos en los planes de mantenimiento y por lo tanto se configuran como los elementos mínimos de control por parte de las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud.

Tal como se plantea, el formato es una guía para la elaboración del plan de mantenimiento y por lo tanto las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de Salud deben proveer la asesoría técnica en la elaboración y desarrollo de los planes de mantenimiento de la infraestructura y de la dotación a aquellas instituciones prestadoras de salud que lo requieran.

Esta Superintendencia ha diseñado el formato respectivo con el fin de suministrar un instrumento para la verificación del cumplimiento de diferentes aspectos del mantenimiento hospitalario en las instituciones prestadoras de salud por parte de las Direcciones de salud. El diligenciamiento del formato deberá realizarse periódicamente de acuerdo al cronograma de visitas a instituciones que defina la Dirección de Salud.

La información contenida en el certificado de asignación y ejecución de recursos deberá ser reportada periódicamente a la Dirección General de Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos de Salud de esta Superintendencia a más tardar el 30 de marzo de cada año por parte de las Direcciones de Salud. La información reportada por la Dirección de Salud será la de todas las instituciones prestadoras de salud de su jurisdicción.

Notas de Vigencia

- Numeral reenumerado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 10 de octubre de 2009.
- Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

8.7. <7.7> ATENCIÓN DE URGENCIAS.

<Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La Ley 10 del 1990 en su artículo [11](#) asigna como funciones de la Entidad Territorial entre otras:

- a) Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios y a las entidades e instituciones que prestan el servicio de salud en el territorio de su jurisdicción;
- b) Coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio seccional;
- h) Ejecutar y adecuar las políticas y normas científico-técnicas y técnico-administrativas trazadas por el Ministerio de Salud en su jurisdicción;

El Decreto [4747](#) de 2007 determina que sin perjuicio de las funciones asignadas a las entidades pro de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los se de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada en emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Regulados de Urgencias y Emergencias y Desastres, CRUE.

El Decreto 412 de 1992 en su artículo [5o](#) determina que las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud están en la obligación de desarrollar programas educativos orientados hacia la comunidad tendientes a disminuir los factores de riesgo que condicionan las patologías de urgencia, según análisis específico de la morbilidad y siempre con miras a estimular la convivencia ciudadana y la no violencia. Para este fin se harán las apropiaciones presupuestales necesarias.

El citado Decreto 412 de 1992 en su artículo [6o](#) determina que en cada entidad territorial se creará un comité de urgencias como organismo asesor en lo concerniente a la prevención y manejo de las urgencias médicas, cuya composición y funciones se estipularán en el acto de creación. La instalación y funcionamiento será responsabilidad del jefe de la dirección seccional o local de salud respectiva y el incumplimiento a lo dispuesto en este decreto dará lugar a las sanciones previstas en el artículo [49](#) del Decreto 412 de 1990.

De conformidad a lo dispuesto en el numeral 4 del artículo [176](#) de la Ley 100 de 1993, corresponde a las Entidades Territoriales la inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud. A su vez, el artículo [170](#) subrogado por el artículo [119](#) del Decreto Extraordinario 2150 de 1995, determina que el Superintendente Nacional podrá celebrar convenios con las entidades territoriales para facilitar el ejercicio de sus funciones y establecerá mecanismos de coordinación, cooperación y concertación con el fin de evitar duplicación de información y procurar la racionalización de las actividades de inspección, y vigilancia.

Con base en lo anterior y teniendo en cuenta principios de cobertura, efectividad y economía, de los procesos administrativos, las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales, adelantarán las averiguaciones preliminares y la instrucción de las investigaciones sobre posibles irregularidades o violaciones a la atención inicial de urgencias y remitirán lo actuado a la Superintendencia Nacional para la aplicación de las acciones a que hubiere lugar. Para este efecto, las Direcciones de Salud dispondrán un término de treinta (30) días para adelantar las averiguaciones preliminares y de un término igual para instruir el proceso administrativo a que haya lugar.

Notas de Vigencia

- Numeral reenumerado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 10 de octubre de 2009.
- Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de mayo de 2008.

9. <8> FOCALIZACIÓN DE LOS SUBSIDIOS EN SALUD.

<Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La Ley 1122 en su artículo [37](#) establece, como uno de los Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia

Control de la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

Por su parte en el Conpes Social 22 de enero de 1994 fueron definidos los criterios de focalización, acogidos por la Resolución 65 de 25 de marzo de 1994, en la que se dispuso que “los beneficiarios sociales se identificarán a través de la estratificación socioeconómica y de la ficha de clasificación socioeconómica.

Se adoptó a partir de enero de 1995 el modelo de ficha de clasificación socioeconómica conocido como Sisbén. Esta ficha se utiliza además de la identificación de beneficiarios de programas especiales de atención a ancianos indigentes a los que se refiere el artículo [257](#) de la Ley 100 de 1993, también para la selección de beneficiarios del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud, como lo estableció el Acuerdo [23](#) de diciembre de 1995 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, en general para todos los programas de gasto social que impliquen subsidio a la demanda.

En el 2001 en el artículo [94](#) de la Ley 715 se reafirma la focalización como herramienta de asignación de subsidios para la inversión social, definida como: “Focalización de Subsidios al proceso por el cual garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables. Para este Conpes Social definirá cada tres años los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales”.

El Conpes Social con el Documento 055 de 2001, aprobó la reforma al sistema de focalización y al uso del gasto social.

Bajo la coordinación del Departamento Nacional de Planeación, los alcaldes de todo el país serán los responsables de implantar el nuevo Sisbén en sus municipios. Las autoridades locales encuestarán a los potenciales beneficiarios de los subsidios en salud, educación, vivienda, bienestar familiar y Programa de la Red de Apoyo Social.

La Superintendencia dentro de las funciones que le han sido asignadas vigilará que la organización, administración y uso del Sisbén se ciña a los ordenamientos legales. Por lo tanto, hará la evaluación y aplicación de la metodología utilizada en el territorio municipal en la encuesta Sisbén, correspondiente al modelo establecido por Planeación Nacional y por la normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de tal manera que se verificará si se cumplen los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

Las responsabilidades asignadas en ese particular por la normatividad vigente para los Alcaldes y Gobernadores y los soportes de evaluación se relacionan a continuación:

Acciones del municipio en el Proceso de Focalización

RESPONSABILIDADES MUNICIPALES	SOPORTES DE EVALUACION
1. Sensibilizar la población y a las autoridades municipales	Actas de reuniones de sensibilización de población y autoridades
2. Implantación, operación y administración del Sisbén.	Acto administrativo de adopción del Sisbén. Acto administrativo de adopción de la base de datos de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud. Acto administrativo de adopción de la base de datos del Régimen Subsidiado de Salud. Base de datos del Sisbén. Base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud. Base de datos de afiliados al Régimen Subsidiado de Salud.
3. Mecanismos existentes para propiciar la participación, control, vigilancia.	Acta de publicación de base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud en la que se evidencie el control social y la participación de la personería municipal.
4. Los mecanismos de control y vigilancia de los desarrollos operativos.	Actas y reportes de actividades de trabajo.
5. El proceso de evaluación y análisis de la información obtenida.	Actas y reportes de actividades de trabajo sobre análisis de la información.
6. La administración y custodia de las bases de datos de los programas sociales.	Existencia de dispositivos de almacenamiento de datos para la remisión de la base de datos. Reporte de novedades de manera regular y oportuna. Existencia de personal entrenado en manejo de bases de datos. Existencia de un computador para el manejo de la información de la base de datos del Régimen Subsidiado de Salud. Disponibilidad de los aplicativos informáticos necesarios para la administración de bases de datos.
7. El cumplimiento en la entrega de las bases de datos al departamento y al nivel central.	Actas y reportes de actividades de trabajo sobre reporte de la información al departamento.

Acciones del Departamento en el Proceso de Focalización

RESPONSABILIDADES DEPARTAMENTALES	SOPORTES DE EVALUACION
1. Sensibilizar la población, autoridades y organismos de control municipales.	Actas de reuniones de sensibilización de población y autoridades de Control Municipal y Departamental.
2. Mecanismos para apoyar la implementación (logística, recursos).	Actas de reuniones y soportes de facilitación de insumos.
3. Formas de prestar la asistencia técnica a los municipios.	Actas de celebración de reuniones y visitas de asistencia técnica.
4. Procesos para el control y vigilancia de los desarrollos operativos.	Existencia de aplicativos informáticos necesarios para la administración de bases de datos.
5. Realización de la interventoría administrativa y técnica en todos los municipios.	Disponibilidad de recurso humano para realizar las actividades de verificación de inconsistencias o corroborar solicitudes de actualización de datos. Disponibilidad de recurso humano suficiente para atender las solicitudes de actualización de datos que realicen potenciales beneficiarios o las organizaciones comunitarias.
6. Procesos de consolidación de la información.	Actas y reportes de actividades de trabajo sobre consolidación de la información.
7. La administración de las bases de datos de programas sociales.	Documentos de reporte de las entidades encargadas de la identificación con instrumentos diferentes al Sisbén. Reporte de novedades mensualmente que garanticen la calidad de la información. Reporte de base de datos sistematizada y actualizada del ICBF de niños abandonados. Listado municipal de indigentes y pacientes en instituciones psiquiátricas. Reporte de la Secretaría de Reinserción de la Presidencia de la República de una base de datos actualizada de la población desmovilizada. Listado actualizado de personas en condición de desplazamiento forzado por la violencia. Listado actualizado de indígenas no afiliados al Régimen Contributivo. Reporte de novedades de las EPS-S de manera regular y oportuna.

Fuente: Proyecto de Asistencia Técnica para el Fortalecimiento de la Capacidad Institucional de las Entidades Territoriales en la Gestión del Régimen Subsidiado. Programa de Apoyo a la Reforma. F Subsidiado. Ministerio de la Protección Social.

Notas de Vigencia

- Numeral reenumerado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de octubre de 2009.
- Numeral adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de 2008.

10. <9> REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

<Numeral adicionado por la Circular [57](#) de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> En lo relacionado al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo a los artículos [10](#), [17](#) y [18](#) y par del artículo [16](#) del Decreto 1011 de 2006, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en respectivas jurisdicciones, realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y serán responsables de la administración de la base de datos que contenga dicho registro.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas jurisdicciones serán responsables del envío de reportes al Ministerio de la Protección Social para que este último pueda mantener actualizada la base de datos para el ámbito nacional, así mismo dentro de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud remitirán al Ministerio de la Protección Social, la información correspondiente a las novedades presentadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud durante cada trimestre.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales de Salud remitir trimestralmente a los municipios de su jurisdicción, la información relacionada con el estado de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud, de sus correspondientes áreas de influencia.

Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.

Notas de Vigencia

- Numeral reenumerado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de octubre de 2009.
- Numeral 9 adicionado al Título V por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

TÍTULO VI.

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

SALUD (ADRES).

<Título modificado por la Circular [6](#) de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

A) Definiciones

Para efectos de la correcta aplicación de lo previsto aquí, se recurrirá a la formulación de las definiciones para el entendimiento e interpretación de los lineamientos generales del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y los Subsistemas desarrollados en el presente instrumento.

- Administrador: De acuerdo con el artículo [22](#) de la Ley 222 de 1995, “son administradores el representante legal, el liquidador, el factor, los miembros de juntas, o consejos directivos y quienes de acuerdo con los estatutos ejerzan o detentan esas funciones”. El administrador debe obrar de buena fe, con lealtad y diligencia de un buen hombre de negocios. Sus actuaciones se cumplirán en interés de la sociedad, en cuenta los intereses de sus asociados, y en el cumplimiento de su función, deben realizar como no las expresadas en el artículo [23](#) de la mencionada ley.

- Ciclo general de gestión de riesgo: Son las etapas que incorpora un Subsistema de Administración de Riesgos para cada uno de los tipos o categorías de riesgo identificadas.

- Conflicto de interés: Se considera que existe un conflicto de interés cuando por una situación de influencia directa o indirecta entre entidades, personas naturales o jurídicas; se realicen operaciones, transacciones, decisiones, traslado de recursos, situaciones de ventaja, mejoramiento en la posición en el mercado, competencia desleal, desviaciones de recursos de seguridad social, o cualquier situación de conflicto de derecho que desequilibre el buen funcionamiento financiero, comercial, o de materialización de recursos al interior del sector. Estos desequilibrios tienen su fundamento en un “interés privado”, que motiva la conducta en contravía de sus obligaciones y puede generar un beneficio personal, comercial o económico para quien incurre en estas conductas.

- Controles: Medidas prudenciales y correctivas que ayudan a contrarrestar la exposición a los diferentes riesgos. Entre estas se encuentra la implementación de políticas, procesos, prácticas u otras estrategias de gestión.

- Cultura de autocontrol: Concepto integral que agrupa todo lo relacionado con el ambiente de control en la gestión de riesgos, sistemas de control interno, información, comunicación y monitoreo. Permite a la entidad contar con una estructura, unas políticas y unos procedimientos ejercidos por toda la organización (desde la Junta Directiva y la Alta Gerencia, hasta los propios empleados), los cuales pueden proveer una seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la entidad.

- Evento reputacional: Ocurrencia o acción que tiene el potencial de afectar la reputación de la entidad. Estas acciones pueden ser fundadas o infundadas.

- Factores de riesgo: Fuentes generadoras de riesgos, tanto internas como externas a la entidad y que pueden o no llegar a materializarse en pérdidas. Cada riesgo identificado se encuentra originado por diferentes factores de riesgo que pueden estar entrelazados unos con otros.

- Financiación del terrorismo: Delito que comete toda persona que incurra en alguna de las conductas descritas en el artículo [345](#) del Código Penal^[1].

- Gestión de Riesgo: Es un enfoque estructurado y estratégico liderado por la Alta Gerencia, acorde con las políticas de gobierno organizacional de la entidad, por medio del cual se busca implementar un conjunto de acciones y actividades coordinadas para disminuir la probabilidad de ocurrencia, o mitigar el impacto.

evento de riesgo potencial (incertidumbre), que pueda afectar los resultados y, por ende, el logro de objetivos de la entidad, así como el cumplimiento de los objetivos en el SGSSS, o sus obligaciones de este conjunto de acciones se incluye, entre otros, el ciclo general de gestión de riesgo.

- Lavado de activos: Proceso mediante el cual organizaciones criminales buscan dar apariencia de legalidad a los recursos generados (bienes o dinero), provenientes de alguna de las actividades ilícitas descritas en el artículo [323](#) del Código Penal.

- Pruebas de desempeño o de autocomprobación (Back Testing): Se desarrolla para evaluar y calibrar la consistencia y confiabilidad de la medición de los indicadores de riesgos estimados por parte del modelo que se está utilizando, mediante la comparación de los resultados que el modelo arrojó, frente a los resultados observados. De esta manera se pueden identificar y ajustar los supuestos, parámetros y demás elementos que hacen parte del modelo de cálculo.

- Pruebas de tensión (Stress Testing): Herramienta de diagnóstico donde bajo varios escenarios de crisis se simulan diferentes choques extremos a los factores de riesgo para evaluar su sensibilidad e impacto en la capacidad de respuesta que la entidad tiene para enfrentarlos. Busca identificar fortalezas y vulnerabilidades de los Subsistemas de Administración de Riesgos de manera individual para cada uno, así la entidad pueda comprender mejor sus propios perfiles de riesgo y validar los límites establecidos.

- Reputación: Percepción agregada que sobre una organización tienen los agentes relacionados con ella, sean estos clientes, accionistas, grupos de interés, partes vinculadas, o público en general, la cual tiene el potencial de afectar la confianza en la entidad, influenciando su volumen de negocios, y su situación general. Esta puede variar por factores tales como el desempeño, escándalos, menciones en prensa, entre otros.

- Riesgo: Posibilidad que ocurra un evento que pueda afectar negativamente el cumplimiento de la operación de la Entidad y que atenten contra los objetivos del SGSSS.

- Riesgo inherente: Cualquier nivel de riesgo propio de la actividad, cuya evaluación se efectúa sin considerar el efecto de los mecanismos de mitigación y de control.

- Riesgo residual: Es el nivel de riesgo que resulta luego de la aplicación de las medidas de control y mitigación existentes a los riesgos inherentes.

- Riesgo neto global: Resultado de la combinación de cada uno de los riesgos residuales de la entidad, teniendo en cuenta la importancia relativa que a cada categoría de riesgo le haya asignado la Entidad.

- Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF): Es el organismo de inteligencia económica y financiera de Colombia que centraliza, sistematiza y analiza la información suministrada por las entidades reportantes y fuentes abiertas, para prevenir y detectar posibles operaciones de lavado de activos, financiación del terrorismo y sus delitos fuente.

B) Componentes y Lineamientos Generales del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas

La ADRES debe tener la capacidad institucional para identificar, evaluar, controlar y mitigar los riesgos que puedan afectar el logro de sus objetivos y, especialmente, el cumplimiento de los objetivos del SGSSS y sus obligaciones contractuales.

Como se mencionó anteriormente, la ADRES debe gestionar todos los riesgos a los que esté expuesta dentro de su operación, y dependerán de la discrecionalidad y organización que la entidad les quiera para su tratamiento. Sin embargo, deberá contemplar, al menos, los siguientes riesgos prioritarios y

respectivos subsistemas de administración:

I. Riesgo Operacional

II. Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Corrupción

III. Riesgo de Crédito

IV. Riesgo de Liquidez

V. Riesgo de Mercado

Si a la fecha la ADRES ya cuenta con políticas, procedimientos y Subsistemas de prevención y control adoptados para gestionar estos riesgos prioritarios, deberá examinarlos a la luz de los parámetros y lineamientos mínimos dispuestos en la presente Circular y realizar las modificaciones a que haya lugar.

Tanto el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos como los Subsistemas que lo componen deben contar al menos con los siguientes elementos mínimos: i) Ciclo General de Gestión de Riesgos, ii) Políticas, Procesos y Procedimientos, iv) Documentación, v) Estructura Organizacional, vi) Infraestructura Tecnológica, y vii) Divulgación de la Información, y viii) Capacitaciones.

Es deber de la entidad revisar periódicamente las etapas que comprenden el ciclo y los elementos que conforman cada Subsistema, con el fin de realizar los ajustes que consideren necesarios para su efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento. Lo anterior con el fin de que se tenga en cuenta en todo momento las condiciones particulares de la entidad y las del mercado en general.

Tal como se listaron anteriormente, para efectos de la implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos al interior de la ADRES, como mínimo se debe tener en cuenta los elementos generales que se detallan a continuación, los cuales se desarrollan para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos:

1. CICLO GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS

Para cada una de las categorías de riesgo a supervisar por esta Superintendencia, se incluyen las siguientes etapas en los Subsistemas de Administración de Riesgos:

Identificación de riesgos: Consiste en reconocer, explorar exhaustivamente y documentar todos los riesgos internos y externos que podrían afectar tanto los objetivos de la entidad, identificando sus causas, efectos y potenciales y la posible interrelación entre los diferentes tipos de riesgos, para lo cual se recomienda la utilización de normas técnicas nacionales, o internacionales.

Para esta identificación, la ADRES podrá seleccionar las metodologías y técnicas que considere más adecuadas, dentro de las que se encuentran estudios científicos, encuestas, entrevistas estructuradas con expertos, talleres, lluvia de ideas, técnicas de escenarios, entre otros.

Evaluación y medición de riesgos: Es la valoración de los efectos asociados a los riesgos que han sido identificados, considerando la frecuencia y la severidad de su ocurrencia. También se deberá considerar el análisis de los riesgos inherentes y residuales, y su participación en el riesgo neto global. Se entiende por valoración del riesgo, la medida cualitativa o cuantitativa, de su probabilidad de ocurrencia y su potencial impacto.

En la medida en que avance el plan de implementación del modelo de Supervisión Basada en Riesgos, la entidad deberá contar con evaluaciones cuantitativas relacionadas con la probabilidad de ocurrencia de los riesgos identificados y su impacto. Independientemente de contar con modelos cuantitativos o cualitativos.

estos deben estar sustentados técnicamente y documentados.

Es así como para la evaluación y medición de cada uno de los riesgos identificados, la entidad debe contar con información suficiente, completa y de calidad para generar los mejores pronósticos. Si la entidad cuenta con información suficiente, esta debe establecer mecanismos para tener estimaciones consistentes para cada uno de los riesgos asumidos y deberá documentar las hipótesis y supuestos de sus modelos, así como la información que se tuvo en cuenta para su cálculo, mientras logra obtener la información requerida y necesaria.

Selección de estrategias para el tratamiento y control de los riesgos: Una vez identificados y evaluados los riesgos, deben compararse con los límites (tolerancia), de riesgos aprobados por la instancia definidora del Gobierno Organizacional de la entidad y su política de riesgos, siempre dentro del marco normativo de referencia. Todo riesgo que exceda los límites, o desviaciones aceptadas debe ser objeto de actividades de mitigación y control, a fin de regresar al nivel de riesgo tolerado, conforme la estrategia adoptada.

Se deben determinar las acciones tendientes a gestionar los riesgos a los que se ve expuesta la entidad, de acuerdo con los niveles de riesgo determinados y las tolerancias al riesgo definidas.

Todas las acciones de gestión del riesgo deberán identificar formalmente responsables, plazos, forma de ejecución, y reportes de avances. Asimismo, deberán estar aprobadas por la instancia del Gobierno Organizacional que corresponda.

Seguimiento y monitoreo: Una vez establecidos los posibles mecanismos, o un conjunto de estos para la mitigación y control de los riesgos que se han identificado como relevantes para la entidad y después de realizar un análisis de causa y efecto para determinar los puntos más críticos a intervenir con mayor prioridad, la entidad deberá poner en práctica tales mecanismos y reflejarlos en un plan de implementación de las acciones planteadas en la fase anterior, guardando correspondencia con las características propias de cada entidad, teniendo en cuenta el grado de complejidad, el tamaño y el volumen de sus operaciones.

Con el fin de realizar el respectivo seguimiento y monitoreo permanente y continuo de la evolución de los perfiles de riesgo y la exposición frente a posibles pérdidas a causa de la materialización de cada uno de los riesgos identificados, la entidad debe desarrollar un sistema de alertas tempranas que facilite la rápida detección, corrección y ajustes de las deficiencias en cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgo para evitar su materialización. Esto con una periodicidad acorde con los eventos y factores críticos identificados como potenciales, así como con la frecuencia y naturaleza de los mismos. El diseño del sistema de alertas debe incluir la definición de los límites máximos de exposición, o niveles aceptables de riesgo previamente establecidos por la entidad teniendo en cuenta los análisis realizados, la normativa vigente y los criterios definidos en la política de gestión de riesgo de cada entidad.

Las mediciones de riesgos esperadas, los riesgos derivados y sus controles deben ser contrastados regularmente con la realidad observada, de forma tal que permita establecer si los Subsistemas de Administración de Riesgos han logrado su mitigación y la corrección oportuna y efectiva de eventuales deficiencias. De esta manera la entidad debe contar con indicadores de gestión para hacer seguimiento a la administración de los riesgos residuales y netos, y que estos a su vez se encuentran y se mantengan dentro de los niveles de aceptación previamente establecidos por la entidad.

De llegarse a presentar desviaciones o que se superen los límites previamente establecidos, se debe establecer planes de contingencia para intervenir y tratar los diferentes riesgos, teniendo en cuenta la variabilidad de los riesgos identificados, con el propósito de ajustar las desviaciones lo más pronto posible. Todas las acciones y actividades incluidas en estos planes deben contener la definición de los estándares de seguimiento y monitoreo, además de contar con un responsable, plazos, periodicidad, reportes de avances.

de evaluaciones periódicas sobre las estrategias seleccionadas que incluyan el monitoreo de los indicadores propuestos para el seguimiento de las acciones de gestión del riesgo planteadas, los cuales deben ser definidos mediante un cronograma y ser objeto de un proceso de verificación y calidad de la información.

En esta etapa cobra importancia la implementación de mecanismos de retroalimentación donde se promueva la comunicación dinámica y continua y la entrega de los reportes gerenciales y de monitoreo donde se evalúen los resultados obtenidos, su evolución y la ejecución de los controles y estrategias implementadas para mejorar el desempeño en la mitigación de los factores de riesgo en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, y que van dirigidos a todos los involucrados tanto externos como internos, con especial atención a los órganos de seguimiento definidos por el Gobierno Organizacional de cada entidad. Lo anterior determina la necesidad de implementar planes de mejora en donde se desarrollen estrategias de incorporación de cambios para mejorar los resultados en la gestión de riesgos de la entidad.

2. POLÍTICAS DE GESTIÓN DE RIESGOS

La ADRES debe adoptar, en relación con el marco de su Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, como mínimo las políticas o lineamientos generales que permitan el desarrollo del ciclo de la gestión de los riesgos prioritarios de forma eficiente y oportuna. Cada una de las etapas y elementos para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos deben contar con políticas claras y aplicables. Estas Políticas de Gestión de Riesgos deberán ser adoptadas por la Junta Directiva, las cuales deben establecer los mecanismos y controles necesarios para asegurar el cumplimiento de dichas políticas y de las normas que son aplicables al proceso de gestión de cada riesgo inherente.

Las Políticas de Gestión de Riesgos deben ser revisadas periódicamente y con una periodicidad mínima anual, con el fin de actualizarlas a las condiciones particulares de la entidad y a las del mercado en general. Tanto la aprobación como las modificaciones que se efectúen a dichas políticas, deben tener constancia en el acta de la Junta Directiva, o el comité de riesgos, tal como se menciona más en detalle en el numeral 1.2.3 literal b) del Título VI de la Circular Única.

Asimismo, estas políticas deben ser conocidas por todos los funcionarios de la organización y se debe establecer mecanismos de comunicación que permitan que los profesionales a cargo de las funciones de gestión de los diversos riesgos conozcan los hechos que pueden impactar sus funciones.

Las políticas que se adopten para la administración de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos deben contemplar como mínimo, los siguientes aspectos en su diseño y operación:

- a) Establecer los elementos necesarios para garantizar la alineación de la planeación estratégica institucional (objetivos y compromisos de la entidad), frente al contexto normativo en materia de la gestión de los diversos riesgos.
- b) Instaurar una cultura de autocontrol, autorregulación, autogestión y mejoramiento continuo en todos los niveles de la Entidad, inspirada y liderada por la Junta Directiva, que oriente el desarrollo de competencias en la gestión de riesgos.
- c) Comunicar a todos los niveles de la organización sobre la política de gestión de riesgos establecida.
- d) Fijar lineamientos de ética y conducta que orienten el actuar de los funcionarios de la entidad para el oportuno y efectivo funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Hacerse constancia por escrito de estas políticas e incorporarse en el Código de Conducta y Buen Gobierno (previsto en el artículo 80 numeral 11 del Decreto-ley 1429 de 2011), que debe incluir disposiciones sobre la confidencialidad de la información, manejo de información privilegiada y conflictos de interés. E

caso, si se hubiera adoptado este instrumento, deberá ajustarse a los lineamientos de la presente circ

e) Generar la documentación interna y externa necesaria para la adecuada gestión de los riesgos. En se encuentran los manuales, instructivos, volantes, intranet, páginas web, entre otros.

f) Identificar los factores y actores (usuarios, clientes y/o contrapartes, socios, trabajadores, emplea proveedores, entre otros), tanto externos como internos, que puedan afectar los objetivos de una ad implementación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos en la Entidad, y de esta manera poder trabajar de forma independiente.

g) Especificar de manera clara y precisa los criterios para cada una de las etapas del ciclo de gestión riesgo en cada riesgo identificado.

h) Determinar la directriz institucional en materia de la exposición frente a los riesgos prioritarios, reflejando su nivel máximo de tolerancia, acorde con las metodologías, para definir las escalas de calificación establecidas por la entidad.

i) Disponer los criterios para la definición de límites frente a posibles pérdidas y a niveles máximos exposición frente a los distintos tipos de riesgos.

j) Instaurar los procedimientos a seguir en caso de que se presenten comportamientos aislados, des se sobrepasen los límites, o se presente el incumplimiento a alguna de las políticas previamente est por la entidad bajo un análisis autónomo, al enfrentar cambios fuertes e inesperados en las condicio entidad.

k) Iniciar las acciones necesarias y oportunas en respuesta a los cambios en el perfil de riesgo de la

l) Establecer la periodicidad de revisión de la política, con la que se ajusten en todo momento a las condiciones particulares de la entidad y a las del sector en general.

m) Efectuar un monitoreo periódico al cumplimiento de los lineamientos de los Subsistemas de Administración de Riesgos y el comportamiento de cada uno de los riesgos prioritarios.

n) Fijar políticas de información y bases de datos. La entidad deberá incluir en sus políticas, los crit seguridad y calidad de la información de todas y cada una de sus operaciones, así como de la inform remitida a la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades públicas, en los diferentes forr además de las respuestas a los requerimientos exigidos.

o) Instaurar políticas para garantizar que se cuente con información adecuada para la cuantificación diferentes riesgos. En caso de no contar con la información suficiente, se debe establecer un plan de en donde se identifiquen los plazos y las actividades que se realizarán para contar con dicha inform

p) Garantizar que cuando se presenten cambios en las metodologías de cuantificación de los diferer riesgos, se evalúe el impacto y se documenten dichos cambios de una manera adecuada.

q) Establecer los lineamientos del sistema de control interno y el monitoreo frente a los diferentes r

r) Definir los criterios y los tipos de reportes gerenciales y de monitoreo, tanto internos como exteri como la forma y frecuencia de la presentación de los resultados de la administración de los diferent riesgos.

s) Precisar los parámetros generales de la infraestructura tecnológica y el equipo técnico necesario p adecuado funcionamiento de la gestión de riesgos.

- t) Conformar un Comité de Gestión de Riesgos en los términos del numeral 5.3 del presente literal.
- u) Designar, de acuerdo con su estructura, un área especializada en la gestión de riesgos de la entidad. En perjuicio de la conformación de esta instancia, la ADRES debe velar por una adecuada estructura organizacional que permita una apropiada administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y sus Subsistemas, de acuerdo con las funciones establecidas en el numeral 5.5 del presente literal.

3. PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

La ADRES debe establecer los procesos y procedimientos que instrumenten la Política de Gestión de Riesgos y que sean aplicables para la adecuada implementación y funcionamiento de cada uno de sus Subsistemas de Administración de Riesgos.

Los procesos y procedimientos que se adopten deben cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

- a) Instrumentar las diferentes etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- b) Garantizar el efectivo, eficiente y oportuno funcionamiento de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, de modo que se puedan adoptar oportunamente los correctivos necesarios.
- c) Contemplar las acciones a seguir en caso de incumplimiento de los límites fijados y los casos en los cuales se deban solicitar autorizaciones especiales.
- d) Generar informes internos y externos, que permitan la toma de decisiones de manera oportuna en las instancias de la organización.
- e) Certificar que las actividades de control del cumplimiento de los límites de los riesgos económicos y financieros sean llevadas a cabo por un área funcional diferente al área de tesorería.

4. DOCUMENTACIÓN PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS

Las etapas del ciclo general de riesgos y los elementos específicos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos deben quedar plasmados en documentos y registros, garantizando la integridad, oportunidad, trazabilidad, confiabilidad y disponibilidad de la información allí contenida.

Los procesos y procedimientos, mencionados en el anterior numeral, se deben adoptar y plasmar en manuales, en los cuales deben quedar claramente definidas las funciones, responsabilidades y atribuciones específicas para cada uno de los funcionarios de los diferentes órganos de dirección, administración y control involucrados en la administración de los diversos riesgos.

Estos manuales deben contener como mínimo lo siguiente:

- a) Las políticas para la administración de cada uno de los riesgos.
- b) Las metodologías y procedimientos para la identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos identificados. A su vez, el establecimiento de los niveles de aceptación y límites de exposición.
- c) La descripción de cómo la estructura organizacional, de acuerdo con lo definido legalmente, garantiza el desarrollo de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos y fortalece el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
- d) Los roles y responsabilidades de quienes participan en la gestión de los diversos riesgos identificados.

e) Las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de las políticas y objetivos de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

f) Los procesos y procedimientos que deben implementar los órganos de control interno frente a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

g) Las estrategias de capacitación y divulgación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

Asimismo, la entidad debe mantener, en todo momento y a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud, la documentación de que trata la presente Circular y debe tener en cuenta como mínimo lo siguiente:

a) Las actas de Junta Directiva o del Comité de Riesgos, donde conste la aprobación de las políticas de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, así como las actas correspondientes a la aprobación de los ajustes, o modificaciones que se efectúen a dichas políticas.

b) Los instructivos o manuales que contengan los procesos y procedimientos a través de los cuales se aplican a la práctica las políticas aprobadas para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos; los documentos deberán ser firmados por el Representante Legal y ser de fácil consulta y aplicación al interior de la organización.

c) El Código de Conducta y Buen Gobierno de la entidad.

d) Los informes presentados por la Junta Directiva, o quien haga sus veces, el Representante Legal o el Comité de Riesgos. Entre estos debe encontrarse un reporte sobre el cumplimiento de los límites y niveles de exposición de los diferentes riesgos.

e) Los informes presentados por los órganos de control de la entidad, sobre el funcionamiento y resultados de la implementación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

f) Las actas de Junta Directiva en donde conste la presentación del informe del Comité de Riesgos.

g) Las actas del Comité de Riesgos, y los reportes a la Junta Directiva y al Representante Legal.

h) Las constancias de las capacitaciones impartidas a todos los empleados, socios, directivos, administradores y cualquier otra persona que tenga vinculación con la entidad sobre el Sistema Integral de Gestión de Riesgos, con el fin de asegurar que sean entendidas e implementadas en todos los niveles de la organización.

i) Los documentos y registros que evidencien el funcionamiento oportuno, efectivo y eficiente de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

j) Las metodologías, parámetros, fuentes de información y demás elementos utilizados para la medición de cada uno de los riesgos.

k) El procedimiento a seguir en caso de incumplimiento a los límites preestablecidos en cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

l) Disponer de un respaldo físico, o en medio magnético de la documentación mencionada en este artículo.

m) Establecer requisitos de seguridad, de forma tal, que se permita la consulta a información sensible únicamente por parte de funcionarios autorizados.

n) Determinar criterios y procesos de manejo, guarda y conservación de la información.

Tanto las políticas, como el manual de procesos y procedimientos de la entidad, las actas donde se registra el diseño, implementación o modificación de las políticas, las bases de datos utilizados para la medición de los diversos riesgos, y demás información, documentación y lineamientos que estén referenciados en la Circular, deben estar a disposición de la Superintendencia Nacional de Salud para ser revisados y verificados que cumplen con lo establecido en la presente Circular. Asimismo, la SNS en virtud de sus funciones de IVC, podrá requerir dicha información en cualquier momento.

5. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La ADRES debe desarrollar y mantener, siguiendo el régimen previsto en sus normas de creación (Decreto Ley 1429 de 2016 y Decreto-ley 1429 de 2011), y régimen (Ley [489](#) de 1998), una estructura organizacional apropiada para la administración del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de acuerdo con su naturaleza, estructura, actividad económica y demás características particulares. De igual forma, deben quedar claramente asignadas las responsabilidades de las diferentes personas y áreas involucradas en los respectivos procesos y procedimientos, y establecer reglas internas dirigidas a prevenir y sancionar conflictos de interés, a controlar el uso y a asegurar la reserva de la información.

Sin perjuicio de las responsabilidades y obligaciones que se encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias, o en reglamentos, para el diseño y adopción de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, se deben establecer como mínimo las siguientes actividades a cargo de los órganos de dirección y administración de la entidad:

5.1. Junta Directiva

De la implementación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos de la entidad, el desarrollo de las funciones asignadas a la Junta Directiva de la ADRES, por el artículo [8o](#) del Decreto 1429 de 2016, o normas que lo modifiquen o sustituyan, se derivan las siguientes actividades:

- a) Aprobar las políticas de la entidad en materia de administración de todos los riesgos que pueden afectar los objetivos de la entidad.
- b) Aprobar el Código de Conducta y Buen Gobierno, el sistema de control interno, la estructura organizacional y tecnológica del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- c) Aprobar el manual de procedimientos y sus actualizaciones.
- d) Aprobar el diseño y definir la periodicidad de los informes internos para los reportes de la gestión de riesgos que se van a presentar a las diferentes áreas de la entidad.
- e) Garantizar los recursos técnicos y humanos que se requieran para implementar y mantener en funcionamiento el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, teniendo en cuenta las características del riesgo, el tamaño y la complejidad de la entidad.
- f) Realizar el nombramiento del Comité de Riesgos, definir sus funciones y aprobar su reglamento, de acuerdo con las normas legales que le apliquen.
- g) Pronunciarse y hacer seguimiento sobre la información presentada por el Comité de Riesgos y los órganos de control de la entidad, respecto a los niveles de riesgo asumidos por la entidad, las medidas correctivas aplicadas para que se cumplan los límites de riesgo previamente establecidos y las observaciones o recomendaciones adoptadas para el adecuado desarrollo de cada uno de los Subsistemas de

Administración de Riesgo.

h) Designar la(s) instancia(s) responsable(s) del diseño de las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de la exposición a riesgos de los subsistemas incluidos en el presente capítulo, como mínimo.

i) Aprobar las metodologías, modelos e indicadores cualitativos y/o cuantitativos de reconocido valor técnico para la oportuna detección de operaciones inusuales y de exposición a los riesgos prioritarios, como mínimo.

j) Monitorear el cumplimiento de los lineamientos de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos promoviendo su continuo fortalecimiento y que la toma de decisiones esté en función de la selección e implementación de las estrategias para el tratamiento y control de los diversos riesgos y comportamiento.

5.2. Representante Legal

De la implementación de cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, y en desarrollo de las funciones asignadas al Director General de la ADRES, por el artículo 9o del Decreto 1429 de 2016 y las normas que lo modifiquen, o sustituyan, se derivan las siguientes actividades:

a) Apoyar y garantizar el efectivo cumplimiento de las políticas definidas por la Junta Directiva.

b) Adelantar un seguimiento permanente del cumplimiento de las funciones del Comité de Riesgos y mantener informada a la Junta Directiva.

c) Conocer y discutir los procedimientos a seguir en caso de sobrepasar, o exceder los límites de exposición a los riesgos, así como los planes de contingencia a adoptar respecto de cada escenario extremo.

d) Velar por que se dé cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Código de Conducta y Bases de Gobierno de la entidad en materia de conflictos de interés y uso de información privilegiada que tenga relación con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

e) Informar de manera oportuna mediante Oficio a la Superintendencia Nacional de Salud, acerca de cualquier situación excepcional que se presente, o prevea que pueda presentarse en el ámbito de la administración de los riesgos prioritarios, de las causas que la originan y de las medidas que se proponen en marcha por parte de la entidad para corregir o enfrentar dicha situación, si procede.

5.3 Comité de Riesgos

De manera obligatoria y sin perjuicio del cumplimiento de otras disposiciones, la ADRES debe constituir un Comité de Riesgos, cuyos miembros deben ser nombrados por la Junta Directiva, los cuales deben contar con capacidades idóneas y conocimientos en gestión de riesgos.

El Comité de Riesgos desarrollará como mínimo las siguientes actividades:

a) Coordinar la administración directa, o a través de fiducia, o cualquier otro mecanismo financiero para la administración de recursos, el portafolio de inversiones con criterios de seguridad, liquidez y rentabilidad de acuerdo con las políticas definidas para la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguros y Cuentas de Ahorro en Salud.

b) Aprobar o modificar las políticas relacionadas al manejo del portafolio de inversiones de los recursos del SGSSS, entre estas: Lineamientos de Inversiones, límites de inversión del portafolio, metodología de

y asignación de contrapartes, límites de cupos, o los que el comité requiera para el buen manejo de recursos.

c) Analizar las oportunidades de inversión orientado a la identificación de los activos más adecuados para poder realizar operaciones, renovación de vencimientos de operaciones y sustitución de activos, identificando las mejores alternativas desde una perspectiva de rentabilidad y riesgo, que engranen objetivos estratégicos de la entidad.

d) Aprobar operaciones financieras que a juicio del Comité requieran, por su especialidad, o nivel de riesgo, de dicha aprobación.

e) Propender por la creación y actualización del manual de funciones y procedimientos en lo referente a aspectos relacionados con el proceso de inversiones, el seguimiento del riesgo de las mismas y el proceso operativo, cuando se requiera.

f) Apoyar en la expedición del Código de Ética para operaciones realizadas en el proceso de inversión.

g) Dar seguimiento a los lineamientos de inversión y sobrepasos en los cupos de contraparte asignados, con el fin de hacer las recomendaciones a que haya lugar. Así mismo, hacer seguimiento a los informes de gestión del administrador del portafolio de inversiones de la ADRES, con el fin de dar medidas correctivas cuando sea necesario.

h) Aprobar o modificar las metodologías referentes a los Subsistemas de Administración de Riesgo.

i) Proponer y evaluar los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados.

j) Propender por la creación y actualización del manual de funciones y procedimientos en lo referente a aspectos relacionados con el proceso de identificación, mitigación y control de los riesgos de la operación de la ADRES.

k) Dar seguimiento a los informes sobre el incumplimiento de los límites y el reporte de eventos de riesgo operativo conforme a las metodologías de administración del riesgo, con el fin de realizar las respectivas recomendaciones para la mitigación efectiva de estos.

l) Formular las iniciativas de mejora que considere necesarias sobre la infraestructura y los sistemas de control y gestión de los riesgos.

m) Dar seguimiento a las capacitaciones de los funcionarios del área, en la mitigación y control de los riesgos.

n) Analizar los informes presentados por la Oficina de Control Interno para que sirvan como insumo en la formulación de planes de acción y de mejoramiento y la adopción de las medidas que se requieran para corregir las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema de Administración de Riesgo.

o) Las demás que señalen la normatividad vigente de la Superintendencia Nacional de Salud y la Jurisdicción Directiva.

p) Identificar, medir, caracterizar, supervisar y anticipar, mediante metodologías adecuadas, los diversos riesgos (económicos -incluyendo coberturas o reaseguros-, operativos, lavado de activos, reputacionales, entre otros), asumidos por la entidad, propios de su gestión en el SGSSS.

q) Establecer medidas prudenciales que considere pertinentes para el tratamiento y control de riesgos, de acuerdo con la identificación, evaluación y medición de los riesgos identificados y las políticas que establezca la entidad al respecto.

5.4. Área de Gestión de Riesgos

El área de Gestión de Riesgos de la ADRES es un área de apoyo, orientadora y de evaluación, que a cargo de la administración y gestión de los diferentes riesgos a los cuales la entidad se encuentra expuesta, a través de la identificación, medición, control y monitoreo de cada uno de ellos de tal manera que se realice la evaluación continua del ciclo para detectar las desviaciones y generar insumos para la formulación de planes de mejoramiento y demás información que requiera el Comité de Riesgos, mediante el trabajo conjunto con todas las áreas. Cabe resaltar que esta área debe ser designada de acuerdo con la estructura legalmente definida para la entidad.

El área de Gestión de Riesgos debe ser independiente y funcional de las áreas misionales de la entidad y relacionadas, por ejemplo, con el recaudo, la compensación, la liquidación mensual de afiliados, las obligaciones encargadas de las negociaciones como son compras, tesorería, entre otros, y desarrollará como mínimo las siguientes actividades:

- a) Apoyar el diseño de las metodologías de segmentación, identificación, medición, control y monitoreo de los riesgos a los que se expone la entidad, para mitigar su impacto.
- b) Sugerir al Comité de Riesgos los ajustes, o modificaciones necesarios a las políticas de los diferentes Subsistemas de Administración de Riesgos.
- c) Velar por el adecuado diseño e implementación de los controles a los diferentes riesgos para mitigar su impacto, en todos los niveles de la organización y su operatividad.
- d) Realizar seguimiento, o monitoreo a la eficiencia y la eficacia de las políticas, procedimientos y procesos establecidos.
- e) Ayudar a las áreas en la identificación y evaluación de los límites de exposición para cada uno de los riesgos identificados, y presentar al Comité de Riesgos las observaciones o recomendaciones que correspondan.
- f) Velar por el adecuado archivo de los soportes documentales y demás información relativa al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad.
- g) Participar en el diseño y desarrollo de los programas de capacitación sobre los riesgos identificados y velar por su cumplimiento. Incluir por lo menos los riesgos de los Subsistemas de Administración de Riesgos.
- h) Analizar los informes presentados por la Oficina de Control Interno que sirvan como insumo para la formulación de planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.
- i) Informar al Comité de Riesgos el avance en los planes de acción y de mejoramiento, para la adopción de las medidas que se requieran frente a las deficiencias informadas, respecto a temas relacionados con el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

5.5. Órganos de Control

El diseño, desarrollo y ejecución de políticas para la gestión de riesgos deben contemplar procesos de auditoría y control, tanto internos como externos, mediante los cuales se audite el cumplimiento de

políticas y procedimientos establecidos.

La entidad debe establecer instancias responsables de efectuar una revisión y evaluación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, compuesto por cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, así como por otros riesgos identificados por la entidad, las cuales deben informar oportunamente los resultados a los órganos competentes.

El órgano de control será, por lo menos, la Oficina de Control Interno. Este deberá identificar las operaciones realizadas con entidades o personas vinculadas a la entidad, y promover revisiones independientes para validar la efectividad del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos de la entidad y los Subsistemas por los cuales está conformado, además de las responsabilidades y obligaciones que encuentren establecidas en otras disposiciones legales, estatutarias, o en reglamentos.

6. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA

La ADRES debe disponer y utilizar la infraestructura tecnológica y los sistemas necesarios para garantizar el funcionamiento efectivo, eficiente y oportuno del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, los cuales deben generar informes confiables sobre dicha labor y contar con un soporte tecnológico acorde con las actividades, operaciones, riesgos asociados y tamaño. Cuando no se cuente con dicha infraestructura, se debe establecer un plan de acción para cubrir esta falencia en el menor tiempo posible.

Además, deben contar con procesos que permitan realizar un control adecuado del cumplimiento de las políticas y límites establecidos, además de contar con un plan de conservación, custodia y seguridad de la información tanto documental como electrónica.

Los parámetros utilizados en las aplicaciones informáticas para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, que componen el Sistema Integrado de Gestión de Riesgos, deben estar basados en supuestos fundamentados y ser revisados periódicamente.

Asimismo, la ADRES debe centralizar la información relacionada con la gestión de riesgos, para lo cual debe contar con un sistema adecuado de consolidación eficaz de los distintos riesgos para la toma de decisiones efectivas, el cual deberá ser validado por lo menos una vez al año.

7. DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CAPACITACIONES

La entidad debe garantizar que el personal vinculado tenga conocimiento de los objetivos misionales de la Entidad, además de los procedimientos administrativos y operativos asociados a cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos. Para ello la entidad debe diseñar, programar y coordinar actividades de divulgación y capacitación como mínimo una vez al año a todas las dependencias y funcionarios de la entidad y con mayor énfasis a las áreas involucradas en la gestión de estos riesgos, sobre las políticas, procedimientos, herramientas y controles adoptados por parte de la entidad para dar cumplimiento al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos.

La divulgación y capacitación sobre cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos debe ser parte de los procesos de inducción de los nuevos empleados. Se debe dejar constancia de las capacitaciones realizadas por medio de la presentación de una evaluación de los temas expuestos para incentivar la adherencia y el entendimiento y en donde se indique como mínimo la fecha, los temas tratados y el nombre de los asistentes.

La entidad debe diseñar un sistema efectivo, veraz, eficiente y oportuno de manejo de la información para generar reportes, tanto internos como externos, que garantice el funcionamiento de cada uno de los

Subsistemas de Administración de Riesgos, teniendo en cuenta los procesos y procedimientos establecidos para cada uno.

Este sistema de información debe ser funcional y permitir la dirección y control de la operación en adecuada. Además, estos sistemas deben garantizar que la información cumpla con los criterios de seguridad (confidencialidad, integridad y disponibilidad), calidad (completitud, validez y confiabilidad), cumplimiento, para lo cual se deben establecer controles generales y específicos para la entrada, el procesamiento y la salida de la información, atendiendo su importancia relativa y nivel de riesgo.

7.1. Divulgación de la Información Interna

Como resultado del monitoreo y control de cada uno de los riesgos de los Subsistemas de Administración de Riesgos, la entidad debe elaborar reportes semestrales como mínimo, que permitan establecer el perfil de riesgo de la misma. Asimismo, debe elaborar informes de gestión al cierre de cada año sobre el cumplimiento de las políticas, límites y nivel de exposición a los diferentes riesgos dirigidos al Representante Legal y a la Junta como mínimo. Estos informes deben ser presentados de manera comprensible y deben mostrar las exposiciones por tipo de riesgo y de la manera más desagregada, y clara posible. Adicionalmente, deben presentar los límites establecidos, su grado de cumplimiento, cuantificación de los efectos de la posible materialización de estos sobre las utilidades, el patrimonio y perfil de riesgo de la entidad. Los reportes internos son de uso exclusivo de la entidad.

7.2. Divulgación de la Información Externa

Los administradores de la entidad, al cierre de cada ejercicio, deberán realizar un informe sobre la gestión adelantada en materia de administración de riesgos, en el cual como mínimo se deben incluir los subsistemas de gestión de riesgos descritos en esta circular. En este sentido, deberá contener un resumen de su situación en materia de la administración de dichos riesgos con información tanto cualitativa como cuantitativa.

Por un lado, la información cualitativa es indispensable para elaborar y proveer una mejor comprensión de los estados financieros de la entidad y, por tanto, es necesario que la ADRES informe sobre sus objetivos de negocio, estrategias y filosofía en la gestión de riesgos y los controles implementados en cada uno de ellos para mitigarlos. Además, la información revelada debe considerar los cambios potenciales en los niveles de riesgo, cambios materiales en las estrategias y límites de exposición para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos.

Por otro lado, la ADRES debe revelar al público en general, la información cuantitativa sobre la gestión integral de los riesgos (como mínimo de los subsistemas de riesgos definidos en esta circular), como resultado de sus políticas y metodologías internas aplicadas para su control, de acuerdo con lo que los administradores de la entidad consideren pertinente revelar, sin perjuicio de aquella que sea de carácter privilegiado, confidencial o reservado, respecto de la cual se deben adoptar todas las medidas que consideren necesarias para su protección, incluyendo lo relacionado con su almacenamiento, acceso, conservación, custodia y divulgación.

Las características de la información divulgada estarán relacionadas con el volumen, la complejidad y el perfil de riesgo de las operaciones que maneje la entidad. Asimismo, la ADRES deberá mantener a disposición del público en general, a través de medios que garanticen su acceso, la información que resulte necesaria para que haya un adecuado y cabal entendimiento respecto de la estructura que la entidad tenga diseñada e implementada, para la identificación, medición y control integral de cada uno de los subsistemas definidos en esta circular, de acuerdo con los mecanismos de rendición de cuentas que la entidad haya establecido en sus políticas.

Lo anterior sin perjuicio del carácter de destinatario de las normas de transparencia para el sector público que corresponden a la ADRES en virtud del artículo 5o de la Ley Estatutaria 1712 de 2014, y sus decretos y reglamentos de desarrollo.

7.3. Acreditar con soportes todas las operaciones, negocios y contratos

La ADRES debe establecer reglas específicas que prohíban la realización de actividades, negocios y contratos sin que exista el respectivo soporte interno o externo, debidamente fechado y autorizado por quienes intervengan en ellos o los elaboren. Todo documento que acredite transacciones, negocios y contratos de la entidad, además de constituir el soporte de la negociación y del registro contable, con el respaldo probatorio para cualquier investigación que puedan adelantar las autoridades competentes.

C) Lineamientos específicos de los subsistemas de administración de riesgos

A continuación, se presentan los lineamientos específicos, adicionales a lo establecido en el apartado de lineamientos generales, que deben tener como mínimo los Subsistemas de Administración de Riesgos para cada uno de los siguientes riesgos, sin perjuicio de los demás riesgos identificados por la entidad: riesgo operacional, lavado de activos, financiación del terrorismo y corrupción, crédito, liquidez, mercado de capitales.

1. GESTIÓN DEL RIESGO OPERACIONAL

El Riesgo Operacional corresponde a la posibilidad que una entidad presente desviaciones en los resultados operacionales como consecuencia de deficiencias, inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, en la infraestructura, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos, entre otros.

Es importante resaltar que, la anterior definición incluye una amplia variedad de factores de riesgo que pueden afectar los objetivos de la entidad, y que pueden materializarse como resultado de una deficiencia o ruptura en los controles internos o procesos de control, fallas tecnológicas, errores humanos, deshechos, prácticas inseguras y catástrofes naturales, entre otras causas, que afectan diferentes procesos, según las características propias de la entidad.

Es así como los riesgos operacionales en la entidad pueden generar pérdidas de dos tipos:

- i) Pérdidas en los resultados operativos esperados, incluyendo la satisfacción de sus usuarios.
- ii) Pérdidas financieras en la entidad.

La adopción del Subsistema de Administración de Riesgo Operacional debe cumplir como mínimo lo siguiente:

1.1. Ciclo general de gestión del Riesgo Operacional

Para la gestión de este riesgo inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo Operacional que implemente la entidad, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

1.1.1. Identificación del Riesgo Operacional

El Subsistema debe permitir a la entidad definir e identificar la exposición al riesgo operacional, por

en esta etapa se elabora un perfil de los procesos de las actividades de la entidad con las siguientes

Levantamiento y documentación de la totalidad de procesos de la entidad. Como mínimo, entre otros definidos por la entidad, se deben tener en cuenta como mínimo los siguientes procesos relevantes cumplimiento de las funciones de la Entidad, así estos sean tercerizados:

Recaudo, compensación, liquidación mensual de afiliados y giro.

Auditorías en temas misionales (ej. Recobros, reclamaciones, entre otros).

Gestión financiera.

Atención al usuario.

Gestión del Talento Humano.

Sistemas de información.

Identificación de los eventos de riesgo operacional, potenciales y ocurridos, en cada uno de los pro etapa de identificación debe realizarse previamente a la implementación o modificación de cualquier proceso.

Determinar potenciales pérdidas financieras en la entidad causadas por los eventos de riesgo operativ identificados.

Para la identificación, la entidad debe tener su propio y único registro de eventos de riesgo operativo. Para la continuación, se presenta la información relevante mínima que debe tener un registro de eventos de operativo:

- a) Referencia: Código interno que relacione el evento en forma secuencial.
- b) Proceso: Identificación del proceso donde se produjo el evento de riesgo, o se vio afectado.
- c) Fecha de descubrimiento: Fecha en que se detecta el evento (día, mes, año, hora).
- d) Fecha de inicio: Fecha en la que el evento tiene su inicio (día, mes, año, hora).
- e) Fecha de finalización: Fecha en que finaliza el evento (día, mes, año, hora).
- f) Descripción del evento: Descripción detallada del evento.
- g) Producto-Servicio afectado: Identificación del producto, o servicio al que el evento afecta.
- h) Clase de evento: Especifique la clase de evento, según la clasificación adoptada (Fraude interno, externo, relaciones laborales, clientes, daños a activos físicos, fallas tecnológicas, ejecución y administración de procesos, entre otros).
- i) Tipo de pérdida: Identificación de la pérdida que origina el evento:

Genera pérdida y afecta el estado de resultados de la entidad.

Genera pérdida y no afecta el estado de resultados de la entidad.

No genera pérdidas.

j) Divisa: Moneda en la que se materializa el evento (COP, USD, entre otras).

k) Cuantía: Monto de dinero a la que asciende la pérdida. Este valor debe ser presentado en moneda, decir, en pesos colombianos (COP). Si el evento se presenta en otra moneda diferente a la legal, se para el cambio la TRM del día en que se contabilizó la pérdida por el evento.

l) Cuantía total recuperada: Monto de dinero recuperado por acción directa de la entidad. Incluye cu recuperadas por seguros.

m) Cuantía recuperada por seguros: Corresponde al monto de dinero recuperado por el cubrimiento de un seguro.

n) Cuentas del plan de cuentas afectadas: Identifica las cuentas del “Plan de Cuentas” afectadas.

o) Fecha de contabilización: Fecha en que se registra contablemente la pérdida por el evento (día, n hora).

p) Datos del registro: Aquí se detalla quién diligenció el formato, la dependencia y fecha del mismo como nombre, firma y cargo de quien lo reporte.

Además de los campos descritos en este numeral, se pueden incorporar dentro del registro de evento riesgo operacional otros adicionales que la Entidad considere relevantes para su gestión del riesgo operacional.

1.1.2 Evaluación y Medición del Riesgo Operacional

En esta etapa, el Subsistema de Administración de Riesgo Operacional debe medir la probabilidad ocurrencia de un evento de riesgo operacional y su impacto en caso de materializarse. En caso de no con datos históricos se deberá realizar una aproximación cualitativa, y elaborar un plan de ajuste que posibilite la medición cuantitativa del riesgo posteriormente. Para esta etapa del ciclo, la entidad debe como mínimo lo siguiente:

a) Diseñar y aplicar la metodología de medición acorde con los eventos de riesgo operacional identificando, procurando una medición del riesgo inherente individual y consolidada de la probabilidad de ocurrencia del impacto, para así determinar el perfil de riesgo de la entidad.

b) Tener en cuenta dentro de la evaluación, los planes de contingencia y el Plan de Continuidad del Negocio, todos los recursos (físicos, humanos, técnicos y financieros), necesarios para que la entidad enfrente la exposición al riesgo operacional bajo cualquier eventualidad, de acuerdo con su tamaño de operaciones.

1.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo Operacional

El Subsistema de Administración del Riesgo Operacional debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar los riesgos operacionales inherentes a los que se ve expuesta en el desarrollo de sus operaciones, con el fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia o impacto en caso de que se materialicen.

Esta etapa debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

a) Diseñar e implementar controles para cada riesgo de manera que se pueda mitigar el riesgo inherente sea a través de medidas que disminuyan su probabilidad, su impacto o ambos.

- b) Incluir los controles diseñados dentro de las políticas y procedimientos de la entidad.
- c) En cuanto a los riesgos que afecten la operación en condiciones normales de la entidad, esta debe implementar un Plan de Continuidad del Negocio aprobado por la Junta Directiva.

1.1.3.1. Plan de Continuidad del Negocio

La ADRES debe definir, implementar, probar y mantener un proceso para administrar y asegurar la continuidad del negocio en situaciones de emergencia o desastre, incluyendo elementos como la preparación y la atención de emergencias, administración de la crisis, planes de contingencia y capacidad de retomar la operación normal. Estas medidas deben contar con los siguientes elementos:

- a) Identificación de eventos que pueden afectar la operación.
- b) Actividades a realizar cuando se presentan las fallas.
- c) Alternativas de operación.
- d) Proceso de retorno a la actividad normal.

2. GESTIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS, FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y CORRUPCIÓN

El Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo corresponde a la posibilidad que, en la realización de las operaciones de la entidad, esta pueda ser utilizada por organizaciones criminales como instrumento para ocultar, manejar, invertir o aprovechar dineros, recursos y cualquier otro tipo de bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a actividades delictivas o a las transacciones y fondos de recursos vinculados con las mismas.

Dentro de los principales delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo (LAVADO) se encuentra el riesgo de corrupción y opacidad, el cual es un riesgo latente que ataca a la sociedad, por lo que impide el funcionamiento efectivo de las instituciones, afectando directamente la misión y la visión de las entidades y el flujo normal y efectivo de los recursos, a través de acciones y actitudes contrarias a los valores y principios éticos que deben caracterizar a las personas en su conjunto, sean naturales o jurídicas, de carácter público o privado. De esta manera, al generar políticas de antilavado y contra la financiación del terrorismo, necesariamente se deben tener en cuenta medidas para prevenir y evitar la corrupción y opacidad.

Es por esto por lo que las diferentes políticas y medidas adoptadas por la entidad deben ir encaminadas a implementar acciones para el fortalecimiento continuo de una cultura ética de integridad, transparencia y lucha contra la corrupción. Los objetivos de estas políticas, medidas y acciones son prevenir, detectar y sancionar cuando sea el caso, informar a las autoridades competentes o denunciar posibles casos de corrupción cualquiera de sus formas, eventualmente se pueda presentar, por parte, o en contra de una entidad.

La implementación y seguimiento a estos riesgos van estrechamente ligados a las políticas, principios y valores institucionales establecidos en el Gobierno Organizacional (Código de Conducta y de buen gobierno), de ahí la importancia de su implementación y mejoramiento continuo.

El sistema de prevención y control que deben implementar los agentes que componen el SGSSS para una adecuada gestión del riesgo de LA/FT, para lo cual la ADRES deberá adoptar procedimientos y herramientas que contemplen todas las actividades que realizan en desarrollo de su naturaleza y objeto social, y que se ajusten a su tamaño, actividad económica, formas transaccionales y demás características.

particulares.

La gestión de este riesgo debe comprender el diseño, aprobación e implementación de políticas y procedimientos para la prevención y control del riesgo de LA/FT. Las políticas y procedimientos que adopten deben permitir el eficiente, efectivo y oportuno funcionamiento y traducirse en reglas de conducta y procedimientos que orienten la actuación de la entidad, sus empleados y socios.

3. GESTIÓN DEL RIESGO DE CRÉDITO

El Riesgo de Crédito corresponde a la posibilidad que una entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores en los términos acordados.

Teniendo en cuenta la anterior definición, la entidad debe evaluar permanentemente el riesgo inherente a sus activos pierdan valor, como consecuencia que un deudor o contraparte incumpla sus obligaciones. Como dentro de esta evaluación debe incorporar oportunamente los cambios significativos de las condiciones de cumplimiento de sus deudores. Para esto, la entidad deberá desarrollar políticas, procedimientos y mecanismos idóneos que le permiten llevar a cabo en forma oportuna el ciclo general de gestión de este riesgo particular.

3.1. Ciclo de gestión de Riesgo de Crédito

Para la gestión de este riesgo inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Crédito que implemente la entidad, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

La entidad deberá incorporar dentro de sus procesos y procedimientos internos para la gestión del riesgo de crédito, los siguientes aspectos específicos:

- a) Una evaluación de riesgo por contraparte (incluyendo los instrumentos financieros, tratándose de inversiones), y límites de exposición por contraparte asociadas a la evaluación de riesgos realizada. La entidad podrá realizar una evaluación agrupando activos sobre la base de características y perfiles similares, pero deberá realizar esta evaluación en forma individual si el activo es significativo.
- b) La definición de procedimientos específicos de seguimiento y cobranza de las deudas y/o restitución, el establecimiento de mecanismos apropiados de negociación y recuperación de deudas que se encuentren en incumplimiento.
- c) La verificación se debe realizar al menos trimestralmente, para que el modelo de cálculo de exposición por riesgo de crédito sea adecuado para reflejar las potenciales pérdidas a las que está expuesta la entidad por el incumplimiento de las contrapartes y que se ajusta a la normatividad vigente.
- d) Las bases de datos que sean utilizadas en el proceso de diseño de los modelos que utiliza la ADE para la administración del riesgo crediticio se sugiere que tengan una historia mínima de cinco (5) años, la entidad cumpla con esa antigüedad. En el periodo intermedio al cumplimiento de la antigüedad, la entidad deberá preparar un plan de ajuste en el cual se expongan los procedimientos y fechas en las que se logrará cumplir con esta recomendación. A partir de la infraestructura tecnológica y de los sistemas necesarios para garantizar la adecuada administración del Riesgo de Crédito se deben generar informes confiables sobre dicha labor.

3.1.1. Identificación del Riesgo de Crédito

Para la identificación de este riesgo, los aspectos mínimos a considerar por parte de la entidad surgen de definir los tipos de activos expuestos a este riesgo, como mínimo las cuentas por cobrar y los instrumentos financieros. Estos últimos incluyen:

a) Cuentas de bancos y Fondos de Inversión Colectivas (FIC, antes Carteras Colectivas), tales como cuentas corrientes; cuentas de ahorros; cuentas maestras de recaudo; FIC abiertos, del mercado mobiliario y de carteras colectivas cerradas; y otros tipos de encargos fiduciarios o fondos de inversión, fideicomisos y fondos de inversión colectiva inmobiliarios y/o fondos de capital privado, entre otros, siendo locales o extranjeros.

b) Instrumentos inscritos en el Mercado de Valores de Colombia, tales como títulos de deuda pública emitidos o garantizados por la Nación o por el Banco de la República; títulos de renta fija emitidos o aceptados, garantizados o avalados por entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, Fogafín y Fogacoop.

c) Todas las inversiones en títulos, o valores sean de renta fija o renta variable emitidos por entidades nacionales o extranjeras.

3.1.2. Evaluación y Medición del Riesgo de Crédito

El Subsistema de Administración de Riesgo de Crédito debe evaluar las pérdidas estimadas como resultado del incumplimiento de sus contrapartes. Dentro del Subsistema, la entidad puede diseñar modelos para diferentes tipos de activos expuestos a este riesgo, dentro de los cuales deberá contemplar la estimación de los siguientes elementos:

a) La probabilidad de incumplimiento de los deudores dentro de un periodo de tiempo de 12 meses en el cual la entidad cumpla con esa antigüedad.

b) La estimación de la pérdida esperada en que incurriría la entidad dado el incumplimiento. En este elemento se debe considerar tanto el valor expuesto del activo (saldo de la obligación o valor neto del activo), en el momento del incumplimiento, como la tasa de recuperación del valor del activo una vez materializado el incumplimiento, la cual debe contemplar las recuperaciones efectivas que se han realizado sobre estos incumplimientos en los últimos 3 años (una vez la entidad cumpla con esa antigüedad); la existencia e idoneidad de las garantías, si las hubiese.

Para estimar la probabilidad de que el deudor/contraparte no cumpla con sus obligaciones en los términos acordados, se recomienda que la entidad tenga en cuenta como mínimo los siguientes aspectos:

i) En el caso de los deudores/cuentas por cobrar y sujeto a la disponibilidad de la información necesaria para su construcción:

 Análisis históricos de las cuentas por cobrar de cada deudor, según plazos y cumplimiento de pago.

 La calidad del deudor y el plazo de la cartera (a mayor concentración de las deudas de mayor plazo, mayor es el riesgo asociado al deudor).

 Estimar las posibles pérdidas que resulten de incumplimientos de pago frente a prestaciones realizadas y obligaciones generadas, las cuales involucran entre otros elementos, la evaluación de deterioros o posteriores valoraciones de acuerdo con las políticas contables que sobre los instrumentos financieros ha escogido la entidad, específicamente en las cuentas por cobrar.

ii. En el caso de los instrumentos financieros, se recomienda que la entidad:

Clasifique la seguridad del activo con fundamento en la calificación de crédito emitida por agencia calificadoras de riesgo, tanto para el activo de renta fija como para el emisor, ya que estas calificaciones reflejan las probabilidades de incumplimiento de los activos en cada categoría de calificación.

Asigne factores de riesgo en función de las probabilidades de incumplimiento para cada categoría de seguridad del activo. De no disponer de estudios propios que evalúen estas probabilidades de incumplimiento para los diferentes emisores y tipos de instrumentos financieros, se puede tomar como referencia los ponderadores que se mencionan en el Decreto 2954 de 2010 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, o sus modificatorias, por el cual se modificó el Decreto [2555](#) de 2010, y establece el régimen de patrimonio adecuado para las entidades aseguradoras.

3.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo de Crédito

La ADRES deberá contemplar, dentro de este Subsistema de Administración y Gestión de Riesgos, mecanismos de tratamiento y control del riesgo de crédito, los cuales deben ser aplicados de forma sistemática. Su frecuencia y criterios de calificación deberán definirse de acuerdo con las políticas de gestión de riesgos que esté dispuesto a asumir la Entidad.

Se consideran buenas prácticas de gestión para el tratamiento y control del riesgo de crédito las siguientes acciones, las cuales por su naturaleza deberán ser refrendadas en los aspectos específicos de la política de gestión del riesgo de crédito de la entidad.

3.1.3.1. Límites de exposición crediticia y de pérdida tolerada

Las políticas de gestión del riesgo deben establecer lineamientos para la fijación de niveles y límite de exposición (iniciales y potenciales), de los créditos totales, individuales y por portafolios de inversión, así como de los límites de concentración por deudor, sector o grupo económico. Asimismo, para establecer porcentajes máximos de tenencia de activos de la categoría más riesgosa y mínimos de los activos con máxima seguridad.

3.1.3.2. Posibles Pérdidas Contingentes

Las posibles pérdidas contingentes derivadas del riesgo de crédito corresponden a la estimación del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores. En este sentido, se recomienda como medida prudencial que la entidad realice un proceso de estimación de estas posibles pérdidas mediante metodologías internas y acorde con las políticas de gestión del riesgo de crédito aprobadas. Se hace énfasis en que las posibles pérdidas contingentes son una forma de medir los riesgos asumidos para poder gestionarlos y buscar las acciones necesarias para mitigarlos, mas no implica constitución de reservas o requerimientos de capital adicional.

3.1.3.3. Recuperación de cartera

La ADRES debe establecer políticas y procedimientos que les permitan tomar medidas oportunamente para enfrentar incumplimientos con el objeto de minimizar las pérdidas. El diseño debe partir como mínimo de la base histórica de recuperaciones y las variables críticas que determinen la minimización de las pérdidas y castigos a la cartera. La información sobre los resultados de estas políticas debe ser almacenada como insumo para el afinamiento de los modelos desarrollados para el seguimiento y estimación de pérdidas, así como para alimentar las proyecciones de flujos de caja que permiten gestionar a su vez, el riesgo de liquidez.

3.2. Sistemas de Deterioro

Como resguardo ante la eventual materialización del riesgo de crédito, la entidad deberá contar con sistema de deterioro como política contable calculado en función de la pérdida esperada.

4. GESTIÓN DEL RIESGO DE LIQUIDEZ

El Riesgo de Liquidez corresponde a la posibilidad de que una entidad no cuente con recursos líquidos para cumplir con sus obligaciones de pago tanto en el corto (riesgo inminente), como en el mediano y largo (riesgo latente).

Como consecuencia de las actividades y operaciones diarias, ADRES se ve expuesta a este riesgo. En particular, la mitigación de riesgo de liquidez está correlacionada con las siguientes prácticas:

- a) Una adecuada recuperación de cartera (gestión de riesgo de crédito).
- b) Una adecuada modelación y monitoreo a las volatilidades del mercado financiero (gestión de riesgo de mercado).
- c) Una adecuada modelación y gestión de los flujos por parte de la ADRES de los recursos destinados a la salud provenientes del Presupuesto General de la Nación.

La materialización del riesgo de liquidez genera la dilatación o incumplimiento de los pagos a los prestadores de servicios de salud, proveedores y demás acreedores.

Con el objetivo de evitar que las situaciones antes descritas se materialicen, la ADRES debe desarrollar e implementar un Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez, que le permita identificar, medir, controlar y monitorear eficazmente este riesgo. Este Subsistema de Administración le debe permitir tomar decisiones oportunas para mitigar este riesgo.

4.1. Ciclo de gestión de Riesgo de Liquidez

Para la gestión de este riesgo inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez que implemente la entidad, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

4.1.1. Identificación del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a la entidad definir e identificar el riesgo de liquidez al que está expuesta la ADRES en función de los flujos de ingresos y egresos de efectivo y equivalentes de efectivo, de acuerdo con las operaciones autorizadas.

Para realizar la identificación y cuantificación del riesgo de liquidez la entidad debe disponer de la información para efectos de realizar las proyecciones de todos los flujos netos de activos y pasivos, ingresos y egresos, y debe contar como mínimo con lo siguiente para poder analizar los posibles de

i. Activos

- a) Identificar los activos considerados como líquidos (aquellos que proveen a la Entidad de liquidez inmediata). Se recomienda incluir dentro de estos como mínimo, el disponible que esté consignado en bancos y/o inversiones en Fondos de Inversión Colectiva (FIC), en las siguientes modalidades: cuentas corrientes, cuentas de ahorros (cuenta maestra de recaudo), FIC abiertos, del mercado monetario y cualquier otro tipo de encargo fiduciario, o fondo de inversión, fideicomiso, fondos de inversión colectiva de inmobiliarios y fondos de capital privado que no tengan restricciones para el retiro inmediato de recursos.

(sin pacto de permanencia). Asimismo, se deben identificar todas las inversiones en títulos o valores de renta fija, o renta variable emitidos por entidades nacionales o extranjeras, públicas o privadas, que considere de fácil realización (activos que forman parte del portafolio de inversiones de la entidad y que tengan ninguna restricción de movilidad ni que estén sujetos a algún tipo de gravamen, medida preventiva de cualquier naturaleza, que impida su libre cesión o transferencia).

b) Identificar los recursos y plazos de recuperación de cartera (cuentas por cobrar). Tener en cuenta comportamiento histórico de cartera vencida para aplicar factores de descuento o de castigo, en los que considere necesario para obtener una aproximación mucho más cercana a la realidad.

c) Proyectar cualquier movimiento de entradas futuras de efectivo por cualquier concepto, entre los que puede estar el portafolio de inversiones: vencimiento de títulos de renta fija, o de operaciones, cobros de cupones, rendimientos de un CDT, dividendos en efectivo, entre otros flujos que se esperan recibir.

ii. Pasivos

a) Identificar las cuentas por pagar bajo cualquier concepto.

b) Proyectar cualquier movimiento de salidas futuras de efectivo bajo cualquier concepto, entre los que pueden presentarse por la emisión de instrumentos financieros.

4.1.2. Evaluación y Medición del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a la ADRES cuantificar el nivel mínimo diario de efectivo, o equivalentes de efectivo requerido, en moneda nacional o extranjera, de acuerdo con la normatividad vigente, que le permita cumplir de manera oportuna con sus obligaciones de pago.

Es decir, que la entidad debe estar en capacidad de medir y proyectar los flujos de caja de sus activos y pasivos, en diferentes horizontes de tiempo, tanto en un escenario en condiciones normales como en un escenario de crisis bajo hipótesis razonables (stress testing), en el que los flujos de caja se alejan significativamente de lo esperado, por efecto de cambios imprevistos en el entorno de los mercados financieros, de la entidad, o de ambos, y de esta manera, poder calcular sus necesidades de liquidez.

Para la medición del riesgo de liquidez se requiere que la entidad aplique un “test de liquidez”, periódicamente con el fin de identificar potenciales necesidades de liquidez o recursos líquidos para cubrir sus flujos de pago y las causas de potenciales situaciones de iliquidez. Uno de los principales objetivos de este test es que la entidad mejore sus estimaciones conforme lo aplique frecuentemente y pueda prevenir potenciales situaciones adversas. Si bien algunos ingresos y/o egresos son más predecibles que otros, se busca que las estimaciones vayan mejorando a medida que estas se realizan y que con fundamento en las proyecciones de egresos se identifiquen los activos necesarios, o recursos adicionales para poder cubrir las necesidades de efectivo, de acuerdo con unos niveles de tolerancia de riesgo definidos.

Para estructurar el test de liquidez se usa la información de los flujos de efectivo tanto de ingresos como de egresos, de acuerdo con los diferentes tipos de obligaciones y acreencias proyectándolos en un horizonte de tiempo de por lo menos tres (3) meses. Los periodos de proyección se pueden construir de forma diaria, semanal, mensual e incluso trimestral.

La proyección de ingresos y egresos estará basada en la mejor información disponible con la que cuenta la entidad, y de acuerdo con supuestos y estimaciones propias, los cuales en todo caso deben ser explícitamente justificados técnicamente por la entidad. Para efectos de la determinación del riesgo inherente de liquidez

entidad deberá establecer el superávit o déficit de liquidez, que corresponderá a la diferencia entre el total de ingresos y egresos de efectivo proyectados. Este monto se utilizará para el cálculo del índice de liquidez.

Las técnicas de modelación deben abordar como mínimo los siguientes elementos críticos:

- a) Identificación y caracterización de los conceptos de ingresos y egresos más volátiles.
- b) Identificación y caracterización de los recursos líquidos para cubrir las necesidades de liquidez, teniendo en cuenta factores de descuento cuando se considere necesario.

La entidad deberá, por último, identificar descalces en distintos horizontes de tiempo y realizar un análisis de la liquidez, que le permitan crear señales de alerta temprana y establecer límites encaminados a la materialización de riesgos asociados como el Riesgo de Crédito y Mercado.

4.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo de Liquidez

El Subsistema de Administración de Riesgo de Liquidez debe permitir a la entidad tomar medidas adecuadas para controlar el riesgo de liquidez al que se ve expuesta en las actividades propias de la

Estos controles, deberán guardar relación de acuerdo con el volumen y a la complejidad de la operación desarrollada y deberán estar aprobados y ser de conocimiento verificable por la Junta Directiva de la entidad.

Adicionalmente, debe permitir a la entidad realizar seguimiento continuo de su exposición al riesgo de liquidez mediante las alertas tempranas, los límites de exposición y los indicadores de liquidez que la entidad haya elaborado, con el fin de monitorear y realizar los controles adecuadamente y a tiempo evitar que el riesgo de liquidez pueda llegar a materializarse e impactar negativamente en los objetivos de la entidad.

Dicho seguimiento debe permitir la elaboración de reportes gerenciales y de monitoreo del riesgo de liquidez que evalúe los resultados de las estrategias de la entidad e incluyan el resumen de las posiciones que contribuyen significativamente a dicho riesgo.

A su vez, se deben establecer límites para mantener un nivel mínimo de activos líquidos, que estén acorde con el volumen de operaciones y tamaño de la entidad y sus necesidades de liquidez bajo condiciones normales del negocio y márgenes adicionales de liquidez para enfrentar situaciones de estrés.

Asimismo, la entidad deberá incluir mediciones de escenarios extremos (stress testing y de back testing) como medios para verificar la precisión de las proyecciones obtenidas a través de los test y hacerlos del mismo para hacer ajustes posteriores.

Para mejorar la capacidad técnico-administrativa, el flujo de recursos y la calidad y disponibilidad de la información necesaria para diseñar el flujo de efectivo se requiere como mínimo:

- a) Sistema de información que permita la identificación del recaudo de los ingresos de la ADRESA con los diferentes rubros.
- b) Sistema de información que permita la identificación y programación de los egresos de la ADRESA
- c) Implementación de procesos orientados a garantizar el pago oportuno de las obligaciones de la ADRESA

5. GESTIÓN DEL RIESGO DE MERCADO DE CAPITALES

El Riesgo de Mercado de Capitales corresponde a la posibilidad de incurrir en pérdidas derivadas del incremento no esperado, de sus obligaciones con acreedores tanto internos como externos, o la pérdida de valor de sus activos, por causa de las variaciones en las tasas de interés, en la tasa de cambio o cualquier otro parámetro de referencia que afecte cualquier elemento de los estados financieros de la Entidad.

La adopción del Subsistema de Administración de Riesgo de Mercado de Capitales debe cumplir como mínimo con lo siguiente:

5.1. Ciclo general de gestión de Riesgos de Mercado de Capitales

Para la gestión de este riesgo inherente aplican todos los lineamientos generales presentados en esta Circular. Sin embargo, en atención a la anterior definición y para plantear las políticas específicas de este riesgo, el Subsistema de Administración de Riesgo de Mercado de Capitales que implemente la entidad, debe contener los siguientes lineamientos específicos como mínimo:

5.1.1. Identificación del Riesgo de Mercado de Capitales

El Subsistema debe permitir a la entidad definir e identificar la exposición al riesgo de mercado de capitales con las siguientes acciones como mínimo:

i. Definir los factores de riesgo que generan exposición a este riesgo. Como mínimo la entidad debe considerar las tasas de interés, el precio de las acciones, el precio de bienes inmuebles y la tasa de cambio.

ii. Identificar los activos expuestos a la volatilidad de estas variables, como mínimo:

a) Respecto a los activos expuestos a la tasa de interés (instrumentos de renta fija principalmente), considerar al menos los siguientes: bonos ordinarios, bonos subordinados, bonos opcionalmente convertibles en acciones, bonos obligatoriamente convertibles en acciones, Certificados de Depósito a Término (CDT), Títulos de Deuda Pública (TES), bonos de capitalización, y demás inversiones que estén expuestas a este factor de riesgo, ya sea que estén inscritos o no en la Bolsa de Valores de Colombia.

b) Al considerar los activos expuestos al precio de las acciones (instrumentos de renta variable), por lo menos tener en cuenta acciones ordinarias, acciones preferenciales y demás inversiones que estén expuestas a este factor de riesgo, ya sea que estén inscritos o no en la BVC.

c) Entre los activos no monetarios que estarían expuestos a la variabilidad en el precio de los bienes inmuebles, contemplar los terrenos, así como las construcciones y edificaciones de la entidad.

d) Por último, considerar los activos y pasivos denominados en moneda extranjera susceptibles de ser afectados por la volatilidad de la tasa de cambio.

5.1.2. Evaluación y Medición del Riesgo de Mercado de Capitales

El Subsistema de Administración del Riesgo de Mercado de Capitales debe permitir a la ADRES medir y cuantificar las posibles pérdidas esperadas derivadas de la exposición a este riesgo en particular. Por cada etapa del ciclo, la entidad debe tener como mínimo:

a) Detallar la correspondiente valoración de los activos y pasivos (el precio o valor de mercado), exponiendo a los factores de riesgos identificados por la entidad y mencionados en el numeral anterior como mínimo, aplicando de manera adecuada las mediciones, reconocimiento, presentación y revelación en aplicación del respectivo marco técnico normativo de información financiera y contable.

b) Escoger y aplicar una metodología para valorar la exposición de cada factor de riesgo ante el riesgo de mercado, analizando de manera independiente las variaciones en la tasa de interés, tasa de cambio, las acciones y precio de bienes inmuebles, como mínimo;

c) La entidad debe escoger la metodología que considere más apropiada para la medición, en función de la información disponible, el personal encargado de la estimación y las políticas establecidas por la entidad para la gestión de este riesgo. Para ello, se recomienda analizar la información histórica de las variables que generan exposición al riesgo de mercado para un periodo de observación efectivo de por lo menos un año;

d) Entre los posibles métodos de cálculo se encuentran: métodos paramétricos o no paramétricos tales como el Valor en Riesgo (VaR), simulaciones de Montecarlo, simulaciones históricas, entre otros;

e) Calcular las posibles pérdidas contingentes, determinando su grado de correspondencia con los riesgos asumidos por la ADRES para cada uno de los factores de riesgo del mercado de capitales (tasa de interés, tasa de cambio, precio de las acciones y precio de bienes inmuebles, como mínimo). Se hace en el entendido de que las pérdidas contingentes son una forma de medir los riesgos asumidos para poder gestionarlos, buscando las acciones necesarias para mitigarlos, más no implica constitución de reservas o requerimiento de capital adicional;

f) Consolidar las posibles pérdidas contingentes por los diferentes factores de riesgo del mercado de capitales aplicando la correlación entre los mismos. De no disponer de información propia que le permita cuantificar esta correlación, podrá utilizar los coeficientes de correlación propuestos por la literatura internacional, las disposiciones de Basilea, lo normado por la Superintendencia Financiera de Colombia, entre otras.

5.1.3. Tratamiento y Control del Riesgo de Mercado de Capitales

El Subsistema de Administración del Riesgo de Mercado de Capitales debe permitir a la entidad tomar las medidas adecuadas para controlar el riesgo de mercado de capitales al que se ve expuesta en el desarrollo de sus operaciones. Esta etapa debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos:

a) Contar con un modelo de seguimiento de riesgo de mercado de capitales donde se identifiquen los criterios utilizados para calcular los niveles de exposición al riesgo, los factores de riesgo, la periodicidad de evaluación y las fuentes de información. Debe haber correspondencia entre el modelo y las características particulares de cada entidad, teniendo en cuenta el grado de complejidad y el volumen de las operaciones expuestas a este riesgo;

b) El modelo debe estar en la capacidad de realizar mediciones que incorporen escenarios extremos (stress testing) en los diferentes factores de riesgo. Asimismo, cuando se presenten cambios estructurales en las variables que generan exposición a este riesgo, el modelo debe considerar estos movimientos en los niveles de riesgo. Un ejemplo que se puede usar como referencia es el que se contempla en el Sistema de Administración de Riesgo de Mercado (SARM) de la Superintendencia Financiera de Colombia;

c) Permitir el control de los niveles de exposición a los diferentes factores de riesgo de mercado de capitales y especificar los límites máximos de exposición permitidos por la Entidad y los planes de contingencia para los casos en los que se superen dichos límites.

d) Realizar pruebas de desempeño (back testing) del modelo interno para determinar la consistencia, precisión y confiabilidad del cálculo de las pérdidas inesperadas.

Estos controles, deben corresponder a la complejidad de la operación y las características particulares de cada Entidad y deben estar aprobados por la Junta Directiva o quien haga sus veces.

D. SUPERVISIÓN SNS

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) podrá solicitar información con el fin de evaluar la implementación de las políticas de gestión de los riesgos; en este sentido, la entidad deberá tener a disposición toda la información relacionada, incluyendo los documentos de políticas, procedimientos, manuales, instrumentos e indicadores de seguimiento, entre otros, que plasmen el diseño y ejecución para cada uno de los Subsistemas de Administración de Riesgos, como mínimo.

Asimismo, la SNS podrá evaluar integralmente la aplicación del Sistema Integrado de Gestión de Riesgos y, en particular, en lo relacionado con los Subsistemas de Administración de los Riesgos y los diferentes cálculos de las pérdidas probables o esperadas para cada uno de los riesgos.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular [6](#) de 2018, 'por la cual se hacen modificaciones a la Circular 0001 de 2007 en lo relacionado con el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos, y reporte de información', publicada en el Diario Oficial No. 50.674 de 27 de agosto de 2018.
- Título VI modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 49 de 2008:

Título VI

Fondo de Solidaridad y Garantía

El Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos, con la estructura y características establecida en los anexos técnicos de la presente Circular la información que a continuación se detalla.

Dicha información debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable.

En materia de Régimen Contributivo, información de:

1. Afiliados al Régimen Contributivo.
2. Afiliados al Régimen Subsidiado.
3. Información de giros de la subcuenta de solidaridad para cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado.
4. Cuentas autorizadas y canceladas por las entidades obligadas a compensar.
5. Costos por recaudo de cotizaciones y rendimientos financieros.
6. Resultados de la compensación por período de compensación causado.

7. Resultados de la Compensación por período de compensación según fecha de presentación.
8. Saldos no compensados.
9. Reintegro por fallecidos, multiafiliados, multicompensados y cédulas inconsistentes.
10. Giros directos pendientes de legalización.
11. Certificaciones de declaraciones recibidas en el mes anterior.
12. Glosas de cotizantes y beneficiarios.
13. Análisis del estado de trámite de recobros medicamentos NO POS y tutelas.
14. Reclamaciones SOAT menores o iguales a $\frac{1}{4}$ del salario mínimo legal mensual vigente (smlr) mayores a $\frac{1}{4}$ del salario mínimo legal mensual vigente (smlmv).
15. Información sobre recaudos del Fosyga por concepto de aportes del SOAT, Cajas de Compensación Familiar que no administran Régimen Subsidiado, Indumil y regímenes de excepción.
16. Información sobre presupuesto de ingresos y gastos Subcuentas del Fosyga.
17. Contratos validados activos.
18. Cantidad de afiliados.
19. Información para el giro directo de recurso Fosyga.
20. Glosas.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

TÍTULO VI.

La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma mensual con fecha de corte el último día de cada mes y con fecha límite de entrega el último día calendario del mes siguiente a la fecha de corte.

Los archivos que se envíen deben cumplir totalmente con la estructura y características que se detallan en este anexo técnico.

El Consorcio Fiduciario del Fosyga remitirá información sobre:

- Afiliados al régimen contributivo
- Afiliados al régimen subsidiado
- Recaudo, compensación por período de compensación causado y fecha de compensación
- Reintegro por fallecidos, multiafiliados, multicompensados, cédulas inconsistentes
- Giros directos pendientes de legalización
- Glosas de cotizantes y beneficiarios.

En materia de régimen subsidiado, información de:

1. Giros de la subcuenta de solidaridad

2. Contratos de régimen subsidiado

3. Giros realizados del Fosyga, por cada municipio, departamento y EPS del régimen subsidiado y todas las modalidades de contratación.

También remitirá información sobre:

Recobros de medicamentos no POS y tutelas

Análisis del estado de trámite de recobros, y reclamaciones SOAT ante la subcuenta ECAT, menores iguales a $\frac{1}{4}$ SMLMV y mayores a $\frac{1}{4}$ de SMLMV

Análisis de glosas.

Información sobre recaudos del Fosyga

Por concepto de aportes del SOAT

Cajas de Compensación Familiar que no administran régimen subsidiado

INDUMIL

Regímenes de Excepción.

Información gestión financiera de la subcuenta de solidaridad, sobre presupuesto de ingresos y gastos de las subcuentas del Fosyga, que igualmente, se hará de conformidad con lo establecido en el anexo técnico de la presente circular única.

TITULO VII.

PROTECCION DE LOS USUARIOS Y LA PARTICIPACION CIUDADANA.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

CAPITULO I.

PROTECCIÓN AL USUARIO.

Notas de Vigencia

- Numeral 3.3. modificado por la Circular [2023151000000010 5](#) de 2023, 'por la cual se modifica términos para resolver los reclamos en Salud establecidos en la Circular Externa 047 de 2007, modificada entre otras por la Circular Externa 008 de 2018, así como los anexos técnicos relacion con reclamos en Salud dispuestos en la Circular Externa 017 de 2020', publicada en el [PENDIENTE] Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Título VII modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.
- Inciso numeral 2.3 modificado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47 17 de diciembre de 2008.
- Capítulo modificado parcialmente por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No 46.951 de 5 de abril de 2008.

Concordancias

Circular SUPERSALUD [3](#) de 2015

Legislación Anterior

Texto con las modificaciones introducidas por la Circular 49 de 2008 y 52 de 2008:

CAPITULO I.

PROTECCIÓN AL USUARIO.

La Superintendencia Nacional de Salud considera de vital importancia instruir a las entidades sujetas a inspección, vigilancia y control cuyas funciones están orientadas a la administración de planes de beneficios en salud y a la prestación de los servicios de salud, sobre el trámite que debe seguirse para garantizar el acceso de la población colombiana a los servicios de salud y a los medicamentos.

Por ello, es fundamental recordar que la salud en Colombia goza del amparo constitucional y legal; en tal sentido, la función de la Superintendencia como rectora del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, es velar por la defensa y la protección de los usuarios de la salud.

Con base en ello, requerimos a los actores vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud, en el cumplimiento de la obligación de atender con objetividad, ética y profesionalismo los servicios que tienen los usuarios en el Sector Salud, los cuales están soportados principalmente en los principios de universalidad, equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía institucional, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de lo señalado en la Ley [100](#) de 1993, la Ley [1122](#) de 2007, Decreto [1018](#) de 2007 y las normas propias de cada uno de los regímenes exceptuados y especiales, principalmente en las Leyes [91](#) de 1989, [352](#) de 1997 y [647](#) de 2001 y el Decreto [1795](#) de 2000, instruye a los actores del Sistema General de Seguros en Salud al cumplimiento de la normatividad existente relacionada con la protección al usuario en salud, porque de darse una actuación en contra de ley, esta entidad actuará con las facultades conferidas en la normatividad vigente.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Por lo anterior, la

Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, especialmente las relacionadas con la facultad de impartir instrucciones y de fijar los criterios y procedimientos, considera necesario determinar algunas reglas fundamentales aplicables a la atención al usuario y la participación ciudadana.

Así, la Superintendencia Nacional de Salud, establece las siguientes instrucciones que deben cumplir los sujetos vigilados para propender por la protección de los derechos de los usuarios.

1. TRATO DIGNO A LOS USUARIOS.

Es obligación de todos los funcionarios y/o trabajadores de las entidades vigiladas que manejan los trámites administrativos y/o asistenciales del Plan de Salud, ofrecer un trato digno a los usuarios que acuden a solicitar servicios ante la respectiva entidad vigilada.

Dicho trato debe cumplir por lo menos con los siguientes criterios:

1.1. Una administración caracterizada por ser ágil, oportuna, eficaz, eficiente y sensible a las necesidades de los usuarios o clientes externos.

1.2. La atención al usuario se debe caracterizar por solucionar de fondo los requerimientos de atención en salud, ya sea prestándolos directamente o brindando soluciones alternativas de acceso al servicio requerido, lo cual tiene como finalidad única la satisfacción a cabalidad de la necesidad planteada por el usuario.

1.3. <Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> En el trato al usuario, se aplica prioritariamente la valoración al individuo, el respeto, la cordialidad, la orientación y comunicación permanente y el trato humanizado en general. Es necesario advertir que por mandato constitucional y legal, se debe brindar atención preferencial a los niños, niñas y adolescentes y al adulto mayor.

1.4. <Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los principios y derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política y las normas legales vigentes.

1.5. <Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Capacitar a los funcionarios en forma permanente sobre el tema de trato digno a aquellos funcionarios encargados y responsables de la atención a los usuarios.

2. ATENCIÓN AL USUARIO.

Es deber de todas las entidades brindar atención integral al usuario de la salud y esta, debe entenderse como un proceso integral en el que es requisito fundamental adoptar procedimientos

adecuados, mecanismos, medios, instrumentos y canales para que esa atención cumpla con los principios de objetividad y buen trato.

En tal sentido, las administradoras de planes de beneficios en salud y las instituciones de prestación de servicios de salud, deberán implementar y desarrollar parámetros para el buen funcionamiento del proceso.

Por lo anterior, es necesario que se adopten las siguientes medidas:

2.1. OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO.

Todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y prestadoras del servicio de salud, deben tener una oficina de atención al usuario de manera personalizada, ubicada en sitio de fácil acceso y dotada de las herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento. Su horario de atención deberá ser acorde a las necesidades de los usuarios, y dichas oficinas deben contar con una línea gratuita nacional 018000 las veinticuatro (24) horas de los siete días de la semana.

<Inciso adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> De igual forma, las entidades deberán tener una ventanilla preferencial para la atención de las personas mayores de 60 años de acuerdo con lo establecido en la Ley [1171](#) de 2007. Asimismo, se deben adoptar medidas especiales para la atención de personas discapacitadas.

Las funciones que se le asignen al personal que labore en las Oficinas de Atención al Usuario, deben ser claras y expresas, señaladas en un manual de procesos y procedimientos.

El perfil del personal asignado a esta dependencia, debe reunir los requisitos de idoneidad acorde a las funciones que va a desempeñar, y con sentido de pertenencia a la institución y con las labores asignadas.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Corresponde a cada entidad de salud, facilitar a la Oficina de Atención al Usuario, los medios idóneos y tecnológicos que se asista y atienda al usuario con prontitud, agilidad, eficiencia y eficacia.

De igual forma, es necesario que la entidad diseñe e implemente canales de comunicación y de acceso a la información, fáciles y ágiles, por parte del usuario. Así mismo, debe tener un mecanismo apropiado para la radicación de los Derechos de Petición que presenten los interesados.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Es deber y obligación del funcionario responsable de la Oficina de Atención al Usuario, atenderlo, orientarlo y si es necesario acompañarlo y gestionar su solicitud, la cual podrá presentar de manera escrita, personalizada, telefónica, página “web” o por cualquier otro medio que adecue la entidad para recibir las peticiones instauradas.

En caso que se presente una petición y la decisión de la administración sea contraria, la negación deberá sujetarse al formato de negación de servicios y ser efectuada exclusivamente a través de profesionales de la salud, ampliamente capacitados para ello.

Su principal misión en este sentido, será brindar información veraz, oportuna, de calidad, garantizando siempre que no se obstaculice el tratamiento o servicio del afiliado y, en consecuencia, debe asegurarse que la salud y la vida del usuario no presente riesgo en ningún momento a causa de la negación.

Por lo anterior, es necesario reiterar que cada caso debe analizarse de forma individual y es obligación de los vigilados a quien se dirige esta instrucción, prestar eficientemente el servicio y ejercer las acciones pertinentes para el cobro correspondiente, ante quien sea responsable del pago.

Así las cosas, y con el fin que los aspectos señalados en los acápites precedentes sean cumplidos de forma estricta, es preciso que los vigilados diligencien el formato de negación de servicios de salud y medicamentos (SNS-FNSSM) que se encuentra en el anexo técnico de esta circular, haciendo claro que el mismo no podrá ser modificado.

El formato se tramitará, mínimo con una copia, la cual deberá ser entregada al usuario o a la persona que adelanta la solicitud del medicamento o servicio, dejando en todo caso constancia de recibo por el interesado afectado, así como el trámite dado. Adicionalmente, es indispensable que en las carteleras de los

de atención de usuarios, se publique copia ampliada del formato.

Se reitera, entonces, que los sujetos destinatarios de esta instrucción deberán seguir estrictamente parámetros aquí señalados tanto en forma verbal como por escrito, frente a los usuarios a los que niega la atención o el suministro de medicamentos, así:

- Ante la solicitud del servicio o medicamento, la entidad deberá, de forma inmediata explicar al o persona a cargo del mismo, las razones por las cuales no tiene derecho a acceder al servicio solicitado y de la misma manera le deberá indicar todas las alternativas de que disponen (incluido el Comité Técnico Científico) para acceder al servicio o medicamento no autorizado, garantizando el acompañamiento por parte de la aseguradora o IPS que realiza la negación.
- Se deberá ilustrar detalladamente al afiliado sobre la posibilidad de elevar su petición ante la oficina de atención al usuario de la propia entidad aseguradora o prestadora del servicio y, si ella no es reactiva a los organismos competentes, respetando siempre las instrucciones ya impartidas por este despacho sobre trato digno.
- Una vez el afiliado ha sido informado de los aspectos antes señalados, deberá diligenciarse el formulario de negación de servicios de salud y/o medicamentos (SNS-F:NSSM), anexo a esta circular, en forma completa, clara, legible, expedita, al momento mismo de la solicitud.

En relación con el diligenciamiento del formato debe tenerse en cuenta:

1. Que contenga el número consecutivo interno que le asigne cada entidad, conforme a su organización administrativa.
2. La fecha de solicitud, la cual corresponde a aquella en la que el usuario requirió el servicio o medicamento y la de diligenciamiento (día, mes y año en que se tramite el documento).
3. El número de contrato es exclusivamente para las entidades que ofrecen planes adicionales de salud que, por tanto, tienen un vínculo contractual con el usuario.
4. <Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La casilla de semanas cotizadas necesariamente debe diligenciarse incluyendo todas las semanas de cotización en el Sistema, independiente de las que lleve cotizando a la entidad en la que se encuentra actualmente.
5. En el espacio destinado a las alternativas para que el usuario acceda al servicio solicitado, no se debe hacer una relación preestablecida de opciones para que el afectado escoja, estas son producto de un análisis individual del caso; dicho análisis debe ser realizado con el usuario y previo contacto con las entidades que asumirán la prestación, si esto fuere preciso.
6. El nombre y cargo del empleado que autoriza la negación del servicio o medicamento debe estar en letra clara y legible. Igualmente, el formato debe ser suscrito por el profesional de la salud competente.

Una vez surtido el trámite aquí señalado se solicitará la firma del afectado o quien haga sus veces entregará copia del documento.

La Superintendencia Nacional de Salud periódicamente podrá solicitar copia del formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos así como información del trámite surtido, por lo cual se requiere que la entidad vigilada conserve en archivo organizado estos antecedentes.

2.2. TRÁMITE DE PETICIONES.

La Constitución Política establece, en su artículo [23](#), el derecho de petición. Concordante con lo dispuesto en los artículos [5](#) y subsiguientes del Código Contencioso Administrativo, entonces, la Superintendencia Nacional de Salud clasifica el derecho de petición en: Reclamo, Queja, consulta, información y manifestación.

2.2.1. Reclamo: <Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente: entiende por reclamo la solicitud de investigación por una irregularidad cometida por alguno de los actores del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud o por el incumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley [100](#) de 1993 y sus normas complementarias, y las que la modifica, y que deba ser conocida por esta Superintendencia.

2.2.2. Queja: Se entiende por queja la inconformidad manifestada por un usuario frente a la actuación de un funcionario o trabajador de las entidades aseguradoras o prestadoras de los servicios de salud, causa o con ocasión del ejercicio irregular de sus funciones.

2.2.3. Consulta: La petición que dirige un usuario para obtener un parecer, concepto, dictamen o consejo.

2.2.4. Información:

2.2.4.1. De carácter particular: cuando la solicitud se hace para el suministro de documentos personales y que son requeridos por el interesado.

2.2.4.2. De carácter general: cuando la petición es de interés para toda una comunidad.

2.3. Instrucciones

Con el fin de que las peticiones que se presenten se resuelvan de manera oportuna y eficiente, cada una de las entidades destinatarias de la presente instrucción debe establecer los mecanismos y procedimientos necesarios para mantener debidamente organizado el sistema de trámite de peticiones, el cual, adicionalmente, debe servir de insumo para la elaboración del plan de mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Así mismo, el resultado de las peticiones presentadas por cada entidad según los registros internos de esta Superintendencia, será tenido en cuenta para evaluar permanentemente a la entidad sobre la debida información a los usuarios y la adecuada prestación de los servicios de salud.

Igualmente toda entidad que tramite las peticiones de los usuarios, empleará para su registro, conservación y control, un sistema de archivo que podrá organizarse a través de un formato de control que contenga como mínimo los siguientes aspectos:

- Fecha de recibo de la petición.
- El estado del trámite
- La codificación asignada por la entidad
- Nombre de la persona que firma la queja o reclamación
- Aspecto o tema principal que motivó la queja
- Lugar de origen de la petición
- Régimen (contributivo, subsidiado, vinculado, otro)

– Decisión.

Con el fin de que los usuarios estén debidamente enterados, las Entidades destinatarias de la presente circular, tienen la obligación de informarles ampliamente sobre la ubicación y dependencia que recepcionará y resolverá las peticiones por ellos presentadas.

Cuando una petición relacionada con la prestación del servicio de salud por parte de las entidades vigiladas, se reciba directamente por la Superintendencia Nacional de Salud, esta avocará su conocimiento y le dará traslado a la entidad respectiva para que dentro de los cinco (5) días siguientes a su recibo proceda a dar respuesta por escrito al peticionario o quejoso, enviando copia de la respuesta a la Superintendencia Nacional de Salud con fotocopia de los documentos entregados al peticionario, si hubiere, sin perjuicio que la entidad deba rendir las explicaciones pertinentes de acuerdo con lo establecido en la normatividad legal vigente.

La petición se entenderá incumplida o desatendida en caso de no recibirse copia de la respuesta o recibirse incompleta o fuera de término. En este sentido debe entenderse que no hay respuesta en eventos en los cuales la entidad implicada no remite una solución de fondo frente a las inquietudes planteadas por el usuario respectivo.

La respuesta y decisión de la entidad al peticionario deberá ir fechada y con la dirección correcta; completa, clara, precisa y contener la solución o aclaración de lo reclamado y los fundamentos legales estatutarios o reglamentarios que la soporten. Además, deberá ir acompañada de copia de los documentos que, de acuerdo con las circunstancias, se estimen apropiados para respaldar las afirmaciones o conclusiones de la institución.

Tratándose de peticiones presentadas directamente a las entidades, estas asumirán la responsabilidad de tramitarlas y resolverlas de manera satisfactoria.

Sin embargo, la Superintendencia Nacional de Salud, podrá revisar la actuación de cualquier entidad ante la cual haya sido presentada una petición y constatar si la misma fue resuelta en cumplimiento de las normas que regulan su actividad y bajo la observancia de los principios de la adecuada prestación de los servicios, de la información necesaria al usuario, de la eficacia, celeridad y oportunidad.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> En este sentido, es obligación de las entidades a quienes se dirige la presente instrucción adoptar los correspondientes sistemas de archivo que les permitan, de conformidad con los requerimientos que periódicamente efectúa esta Entidad, suministrar la información pertinente a través de la cual se pondere la materia y frecuencia de las peticiones.

La presente instrucción requiere un especial compromiso por parte de sus destinatarios, ya que de su aplicación resultará el mejoramiento de la calidad del servicio, reducción de conflictos y satisfacción de los usuarios. No obstante esta Superintendencia estará atenta al estricto cumplimiento de la misma.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Finalmente, en toda comunicación que se dirija a un usuario en relación con una petición, se deberá incorporar la advertencia, en caracteres destacados, que frente a cualquier desacuerdo en la decisión adoptada por la entidad ante la cual se elevó la respectiva queja o petición, se puede elevar consulta ante la correspondiente Dirección de Salud, sea esta la Departamental, Distrital o Local, si es del Régimen Subsidiado. Para los demás regímenes se elevará ante la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de la competencia preferente que le corresponde a esta, como ente rector en materia de inspección, vigilancia y control.

2.3. ATENCIÓN TELEFÓNICA.

La calidad en la atención al usuario comprende actividades como la atención inicial de urgencia, referencia y contrarreferencia, la atención de peticiones que hacen necesario un sistema eficiente y eficaz de información y atención al usuario.

Así mismo, se debe hacer particular énfasis en que los derechos fundamentales que deben garantizar los destinatarios de esta instrucción pueden estar amenazados en cualquier momento, sin distinción de día, lo que hace que la atención al usuario deba ser permanente.

En virtud de lo expuesto, todas las entidades objeto de la presente instrucción deben disponer de atención telefónica para los usuarios las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> En desarrollo de lo dispuesto en la Circular anterior, para los propósitos mencionados en esta instrucción, con las características anteriores y con el fin de decidir de fondo las inquietudes y solicitudes de sus usuarios, todas las Entidades Administradoras y Prestadoras de Planes de Beneficios, deberán tener, al menos, un número telefónico local, uno gratuito regional y uno nacional, así como las Entidades Promotoras de Salud, las empresas que ofrezcan planes adicionales en salud y los servicios de ambulancia prepagada, deberán tener números locales en los departamentos donde tengan afiliados y un número gratuito nacional, los cuales deben ser publicitados a través de medios apropiados para el conocimiento de la comunidad en su respectiva jurisdicción.

<Inciso modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los números telefónicos que se tengan destinados a los fines de esta circular deberán ser reportados por las entidades a través de la página de la Superintendencia www.supersalud.gov.co, en el enlace que para tal fin se disponga, los primeros diez días de los meses de enero, abril, julio y octubre, y sus modificaciones inmediatas cuando suceda el cambio.

Las entidades objeto de la presente instrucción deberán divulgar los números de atención telefónica a los usuarios y atender y resolver de fondo todas las llamadas que se hagan a estos números.

La Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones verificará periódicamente el cumplimiento a lo señalado anteriormente y recibirá las inquietudes de los usuarios para comprobar el funcionamiento de este mecanismo.

2.4. RED INTERACTIVA.

Otro medio o canal que se debe implementar o fortalecer es el acceso de los usuarios a la entidad para presentar una petición a través de las páginas “Web”. A través de ella los usuarios podrán interponer peticiones y a las mismas se les debe dar el trámite correspondiente de acuerdo con las normas y los términos establecidos por la ley.

En todo caso, las entidades del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deben adoptar e implementar todos los mecanismos posibles para facilitar el acceso a los usuarios y de esta forma se les deberá responder con objetividad, buen trato y profesionalismo.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

CAPITULO I.

PROTECCIÓN AL USUARIO.

La Superintendencia Nacional de Salud considera de vital importancia instruir a las entidades sujetas a inspección, vigilancia y control cuyas funciones están orientadas a la administración de planes de beneficios en salud y a la prestación de los servicios de salud, sobre el trámite que debe seguirse y garantizar el acceso de la población colombiana a los servicios de salud y a los medicamentos.

Por ello, es fundamental recordar que la salud en Colombia goza del amparo constitucional y legal; en tal sentido, la función de la Superintendencia como rectora del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, es velar por la defensa y la protección de los usuarios de la salud.

Con base en ello, requerimos a los actores vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud, el cumplimiento de la obligación de atender con objetividad, ética y profesionalismo los servicios que tienen los usuarios en el Sector Salud, los cuales están soportados principalmente en los principios de universalidad, equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía institucional, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

La Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de lo señalado en la ley [100](#) de 1993, la [1122](#) de 2007, el Decreto [1018](#) de 2007 y las normas propias de cada uno de los regímenes exceptivos especiales principalmente en las Leyes [91](#) de 1989, [352](#) de 1997 y [647](#) de 2001 y el Decreto [1795](#) de 2000, insta a los actores del Sector Salud al cumplimiento de la normatividad existente relacionada con la protección al usuario en salud, porque de darse una actuación en contra de ley, esta entidad actúa con las facultades conferidas en la normatividad vigente.

Por lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control, especialmente las relacionadas con la facultad de impartir instrucciones y de establecer los criterios y señalar los procedimientos, considera necesario determinar algunas reglas fundamentales aplicables a la atención al usuario.

Así, la Superintendencia Nacional de Salud, establece las siguientes instrucciones que deben cumplir los sujetos vigilados para propender por la protección de los derechos de los usuarios.

1. TRATO DIGNO A LOS USUARIOS.

Es obligación de todos los funcionarios y/o trabajadores de las entidades vigiladas que manejan los trámites administrativos y/o asistenciales del Plan de Salud, ofrecer un trato digno a los usuarios y atender a quienes acuden a solicitar servicios ante la respectiva entidad vigilada.

Dicho trato debe cumplir por lo menos con los siguientes criterios:

1.1. Una administración caracterizada por ser ágil, oportuna, eficaz, eficiente y sensible a las necesidades de los usuarios o clientes externos.

1.2. La atención al usuario se debe caracterizar por solucionar de fondo los requerimientos de atención en salud, ya sea prestándolos directamente o brindando soluciones alternativas de acceso al servicio requerido, lo cual tiene como finalidad única la satisfacción a cabalidad de la necesidad planteada por el usuario.

1.3 En el trato al usuario, se aplica prioritariamente la valoración al individuo, el respeto, la cordialidad, la orientación y comunicación permanente y el trato humanizado en general.

1.4 Servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los principios y derechos fundamentales

consagrados en la Constitución Política.

1.5 Capacitar en forma permanente a aquellos funcionarios encargados y responsables de la atención a los usuarios.

2. ATENCIÓN AL USUARIO.

Es deber de todas las entidades brindar atención integral al usuario de la salud y esta, debe entenderse como un proceso integral en el que es requisito fundamental adoptar procedimientos,

procedimientos, mecanismos, medios, instrumentos y canales para que esa atención cumpla con los principios de objetividad y buen trato.

En tal sentido, las administradoras de planes de beneficios en salud y las instituciones de prestación de servicios de salud, deberán implementar y desarrollar parámetros para el buen funcionamiento del proceso.

Por lo anterior, es necesario que se adopten las siguientes medidas:

2.1. OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO.

Todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y prestadoras del servicio de salud, deben tener una oficina de atención al usuario de manera personalizada, ubicada en un sitio de fácil acceso y dotada de las herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento. Su horario de atención deberá ser acorde a las necesidades de los usuarios, y dichas oficinas deben contar con una línea gratuita nacional 018000 las veinticuatro (24) horas de los siete (7) días de la semana.

Las funciones que se le asignen al personal que labore en las Oficinas de Atención al Usuario, deben ser claras y expresas, señaladas en un manual de procesos y procedimientos.

El perfil del personal asignado a esta dependencia, debe reunir los requisitos de idoneidad acorde a las funciones que va a desempeñar, y con sentido de pertenencia a la institución y con las labores asignadas.

Corresponde a cada entidad de salud, facilitar a la Oficina de Atención al Usuario, los medios idóneos para que se asista y atienda al usuario con prontitud, agilidad, eficiencia y eficacia.

De igual forma, es necesario que la entidad diseñe e implemente canales de comunicación y de acceso a la información, fácil y ágil, por parte del usuario. Así mismo, debe tener un mecanismo apropiado para la radicación de los Derechos de Petición que presenten los interesados.

Es deber y obligación del funcionario responsable de la Oficina de Atención al Usuario, atender al usuario, orientarlo y si es del caso acompañar y gestionar su solicitud, la cual podrá presentarse de manera escrita, personalizada, telefónica, página “web” o por cualquier otro medio que adecue la entidad para recibir las peticiones instauradas.

En caso que se presente una petición y la decisión de la administración sea contraria, la negación deberá sujetarse al formato de negación de servicios y ser efectuada exclusivamente a través de profesionales de la salud, ampliamente capacitados para ello.

Su principal misión en este sentido, será brindar información veraz, oportuna, de calidad, garantizando siempre que no se obstaculice el tratamiento o servicio del afiliado y, en consecuencia, debe asegurarse que la salud y la vida del usuario no presente riesgo en ningún momento a causa de la negación.

Por lo anterior, es necesario reiterar que cada caso debe analizarse de forma individual y es obligación de los vigilados a quien se dirige esta instrucción, prestar eficientemente el servicio y ejercer las acciones pertinentes para el cobro correspondiente, ante quien sea responsable del pago.

Así las cosas, y con el fin que los aspectos señalados en los acápites precedentes sean cumplidos forma estricta, es preciso que los vigilados diligencien el formato de negación de servicios de salud y medicamentos (SNS-FNSSM) que se encuentra en el anexo técnico de esta circular, haciendo claro que el mismo no podrá ser modificado.

El formato se tramitará, mínimo con una copia, la cual deberá ser entregada al usuario o a la persona adelantada la solicitud del medicamento o servicio, dejando en todo caso constancia de recibo por el afectado, así como el trámite dado. Adicionalmente, es indispensable que en las carteleras de los puntos de atención de usuarios, se publique copia ampliada del formato.

Se reitera, entonces, que los sujetos destinatarios de esta instrucción deberán seguir estrictamente los parámetros aquí señalados tanto en forma verbal como por escrito, frente a los usuarios a los que se niega la atención o el suministro de medicamentos, así:

- Ante la solicitud del servicio o medicamento, la entidad deberá, de forma inmediata explicar al usuario o persona a cargo del mismo, las razones por las cuales no tiene derecho a acceder al servicio solicitado y de la misma manera le deberá indicar todas las alternativas de que disponen (incluido el Comité Técnico Científico) para acceder al servicio o medicamento no autorizado, garantizando el acompañamiento por parte de la aseguradora o IPS que realiza la negación.

- Se deberá ilustrar detalladamente al afiliado sobre la posibilidad de elevar su petición ante la oficina de atención al usuario de la propia entidad aseguradora o prestadora del servicio y, si ella no es receptiva a los organismos competentes, respetando siempre las instrucciones ya impartidas por este despacho sobre trato digno.

- Una vez el afiliado ha sido informado de los aspectos antes señalados, deberá diligenciarse el formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos (SNS-FNSSM), anexo a esta circular, en forma completa, clara, legible, expedita, al momento mismo de la solicitud.

En relación con el diligenciamiento del formato debe tenerse en cuenta:

1. Que contenga el número consecutivo interno que le asigne cada entidad, conforme a su organización administrativa.
2. La fecha de solicitud, la cual corresponde a aquella en la que el usuario requirió el servicio o medicamento y la de diligenciamiento (día, mes y año en que se tramite el documento).
3. El número de contrato es exclusivamente para las entidades que ofrecen planes adicionales de salud que, por tanto, tienen un vínculo contractual con el usuario.

La casilla de semanas cotizadas necesariamente debe llenarse incluyendo todas las semanas de cotización al Sistema, independiente de las que lleve cotizando a la entidad en la que se encuentra actualmente.

5. En el espacio destinado a las alternativas para que el usuario acceda al servicio solicitado, no se debe hacer una relación preestablecida de opciones para que el afectado escoja, estas son producto de un análisis individual del caso; dicho análisis debe ser realizado con el usuario y previo contacto con

entidades que asumirán la prestación, si esto fuere preciso.

6. El nombre y cargo del empleado que autoriza la negación del servicio o medicamento debe estar en letra clara y legible. Igualmente, el formato debe ser suscrito por el profesional de la salud competente.

Una vez surtido el trámite aquí señalado se solicitará la firma del afectado o quien haga sus veces entregará copia del documento.

La Superintendencia Nacional de Salud periódicamente podrá solicitar copia del formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos así como información del trámite surtido, por lo cual se requiere que la entidad vigilada conserve en archivo organizado estos antecedentes.

2.2. TRÁMITE DE PETICIONES.

La Constitución Política establece, en su artículo [23](#), el derecho de petición. Concordante con lo dispuesto en los artículos [5](#) y subsiguientes del Código Contencioso Administrativo, entonces, la Superintendencia Nacional de Salud clasifica el derecho de petición en: Reclamo, Queja, consulta, solicitud de información y manifestación.

2.2.1 Reclamo. Se entiende por reclamo la solicitud de investigación por una irregularidad cometida por alguno de los actores del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud o por incumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley [100](#) de 1993 y sus normas complementarias, y que deba ser conocida por esta Superintendencia.

2.2.2. Queja: Se entiende por queja la inconformidad manifestada por un usuario frente a la actuación de un funcionario o trabajador de las entidades aseguradoras o prestadoras de los servicios de salud, causada o con ocasión del ejercicio irregular de sus funciones.

2.2.3. Consulta: La petición que dirige un usuario para obtener un parecer, concepto, dictamen o consejo.

2.2.4. Información:

2.2.4.1. De carácter particular: cuando la solicitud se hace para el suministro de documentos personales y que son requeridos por el interesado.

2.2.4.2. De carácter general: cuando la petición es de interés para toda una comunidad.

2.3. Instrucciones

Con el fin de que las peticiones que se presenten se resuelvan de manera oportuna y eficiente, cada una de las entidades destinatarias de la presente instrucción debe establecer los mecanismos y procedimientos necesarios para mantener debidamente organizado el sistema de trámite de peticiones. Adicionalmente, debe servir de insumo para la elaboración del plan de mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Así mismo, el resultado de las peticiones presentadas por cada entidad según los registros internos de esta Superintendencia, será tenido en cuenta para evaluar permanentemente a la entidad sobre la debida información a los usuarios y la adecuada prestación de los servicios de salud.

Igualmente toda entidad que tramite las peticiones de los usuarios, empleará para su registro, conservación y control, un sistema de archivo que podrá organizarse a través de un formato de copia que contenga como mínimo los siguientes aspectos:

- Fecha de recibo de la petición.
- El estado del trámite
- La codificación asignada por la entidad
- Nombre de la persona que firma la queja o reclamación
- Aspecto o tema principal que motivó la queja
- Lugar de origen de la petición
- Régimen (contributivo, subsidiado, vinculado, otro)
- Decisión.

Con el fin de que los usuarios estén debidamente enterados, las Entidades destinatarias de la presente circular, tienen la obligación de informarles ampliamente sobre la ubicación y dependencia que recepcionará y resolverá las peticiones por ellos presentadas.

Cuando una petición relacionada con la prestación del servicio de salud por parte de las entidades vigiladas, se reciba directamente por la Superintendencia Nacional de Salud, esta avocará su conocimiento y le dará traslado a la entidad respectiva para que dentro de los cinco (5) días siguientes a su recibo proceda a dar respuesta por escrito al peticionario o quejoso, enviando copia de la respuesta a la Superintendencia Nacional de Salud con fotocopia de los documentos entregados al peticionario o quejoso, sin perjuicio que la entidad deba rendir las explicaciones pertinentes de acuerdo con lo establecido en la normatividad legal vigente.

La petición se entenderá incumplida o desatendida en caso de no recibirse copia de la respuesta o recibirse incompleta o fuera de término. En este sentido debe entenderse que no hay respuesta en eventos en los cuales la entidad implicada no remite una solución de fondo frente a las inquietudes planteadas por el usuario respectivo.

La respuesta y decisión de la entidad al peticionario deberá ir fechada y con la dirección correcta; completa, clara, precisa y contener la solución o aclaración de lo reclamado y los fundamentos legales estatutarios o reglamentarios que la soporten. Además, deberá ir acompañada de copia de los documentos que, de acuerdo con las circunstancias, se estimen apropiados para respaldar las afirmaciones o conclusiones de la institución.

Tratándose de peticiones presentadas directamente a las entidades, estas asumirán la responsabilidad de tramitarlas y resolverlas de manera satisfactoria.

Sin embargo, la Superintendencia Nacional de Salud, podrá revisar la actuación de cualquier institución ante la cual haya sido presentada una petición y constatar si la misma fue resuelta en cumplimiento de las normas que regulan su actividad y bajo la observancia de los principios de la adecuada prestación de los servicios, de la información necesaria al usuario, de la eficacia, celeridad y oportunidad.

En el sentido antes expuesto, es obligación de las entidades a quienes se dirige la presente instrucción adoptar los correspondientes sistemas de archivo que les permitan, de conformidad con los requerimientos que periódicamente efectúe este Despacho, suministrar la información pertinente de la cual se pondere la materialidad y frecuencia de las peticiones.

La presente instrucción requiere un especial compromiso por parte de sus destinatarios, ya que de

aplicación resultará el mejoramiento de la calidad del servicio, reducción de conflictos y satisfacción de los usuarios. No obstante esta Superintendencia estará atenta al estricto cumplimiento de la misma.

Finalmente, en toda comunicación que se dirija a un usuario en relación con una petición, se debe incorporar la advertencia, en caracteres destacados, que frente a cualquier desacuerdo en la decisión adoptada por la entidad ante la cual se elevó la respectiva queja o petición, se puede elevar consulta a la correspondiente Dirección de Salud, sea esta la Departamental, Distrital o Local, sin perjuicio de la competencia prevalente y excluyente que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud como autoridad máxima en materia de inspección, vigilancia y control.

2.3. ATENCIÓN TELEFÓNICA.

La calidad en la atención al usuario comprende actividades como la atención inicial de urgencia, consulta de referencia y contrarreferencia, la atención de peticiones que hacen necesario un sistema eficiente y eficaz de información y atención al usuario.

Así mismo, se debe hacer particular énfasis en que los derechos fundamentales que deben garantizar los destinatarios de esta instrucción pueden estar amenazados en cualquier momento, sin distinción de día, lo que hace que la atención al usuario deba ser permanente.

En virtud de lo expuesto, todas las entidades objeto de la presente instrucción deben disponer de atención telefónica para los usuarios las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana.

En desarrollo de lo anterior, para los propósitos mencionados en esta instrucción, con las características anteriores y con el fin de decidir de fondo las inquietudes y solicitudes de sus usuarios, todas las Entidades Administradoras y Prestadoras de Planes de Beneficios, deberán tener, al menos, un número telefónico local, uno gratuito regional y uno nacional, así como las Entidades Promotoras de Salud y empresas que ofrezcan planes adicionales en salud y los servicios de ambulancia prepagada, deben tener números locales en los departamentos donde tengan afiliados y un número gratuito nacional.

Los números telefónicos que se tengan destinados a los fines de esta circular deberán ser reportados por las entidades objeto de la presente circular a la Superintendencia Nacional de Salud a través de su página web (www.supersalud.gov.co) en el enlace que para tal fin se disponga y sus modificaciones se reportarán, en las mismas condiciones, inmediatamente suceda el cambio.

Las entidades objeto de la presente instrucción deberán divulgar los números de atención telefónica para los usuarios y atender y resolver de fondo todas las llamadas que se hagan a estos números.

La Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones verificará periódicamente el cumplimiento de lo señalado anteriormente y recibirá las inquietudes de los usuarios para comprobar el funcionamiento de este mecanismo.

2.4. RED INTERACTIVA.

Otro medio o canal que se debe implementar o fortalecer es el acceso de los usuarios a la entidad para presentar una petición a través de las páginas “Web”. A través de ella los usuarios podrán interponer peticiones y a las mismas se les debe dar el trámite correspondiente de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos por la ley.

En todo caso, las entidades del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deben adoptar e implementar todos los mecanismos posibles para facilitar el acceso a los usuarios y de esta forma se les deberá responder con objetividad, buen trato y profesionalismo.

1. GENERALIDADES Y FUNDAMENTO. <Subnumeral modificado por la Circular [8](#) de 2018. El texto es el siguiente:>

Si bien el carácter fundamental del derecho a la salud fue inicialmente reconocido en conexidad con la dignidad humana por vía jurisprudencial en sede de tutela por la Corte Constitucional. Fue solo la Ley Estatutaria [1751](#) de 2015 que este derecho adquirió autonomía como derecho fundamental o ex directo sin el reenvío a otros derechos, con lo cual se reitera el reconocimiento como derecho esencial e inalienable y, como tal, se hace necesario garantizar el acceso al mismo, no solo mediante la prestación de servicio asistencial, sino también desde el primer contacto, ya sea para obtener información u orientación para requerir la materialización de sus derechos frente a las entidades e instituciones responsables o para garantizar tanto el acceso, como la efectiva prestación de los servicios. De esta manera, la atención al usuario constituye pilar fundamental del acceso a la salud.

Entre los principios y elementos de este derecho se destacan el de la accesibilidad en condiciones de igualdad y respetando las especificidades de los diversos grupos vulnerables, así como la no discriminación por la accesibilidad física, y el acceso a la información; de igual manera, el de la calidad e idoneidad que implica que los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario y el de interculturalidad, y el de oportunidad⁽²⁾. En el mismo sentido merecen mención especial el principio de pro homine, en virtud del cual las autoridades y demás actores del sistema de salud, tienen el deber de adoptar la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas⁽³⁾, el derecho que tienen las personas a acceder a los servicios y tecnologías de salud, que les garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad⁽⁴⁾ y su deber de que no se les trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los usuarios o intervinientes en la prestación del servicio⁽⁵⁾ atendiendo, además, a la prevalencia de derechos y el enfoque diferencial⁽⁶⁾.

Corresponde al Estado ejercer una adecuada inspección, vigilancia y velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de la población⁽⁷⁾.

Si bien la Ley [1122](#) de 2007 creó el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud⁽⁸⁾, la Ley [1438](#) de 2011 amplió las competencias de la Superintendencia de Salud incluyendo entre sus sujetos vigilados a las entidades que administren planes adicionales o complementarios, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de salud, las administradoras de riesgos laborales en sus actividades de salud, las pertenecientes al régimen de excepción de salud, las universidades en sus actividades de salud, las entidades, las entidades territoriales, entre otros⁽⁹⁾.

Aunado a lo anterior, el derecho de petición también tiene rango de derecho fundamental y en su desarrollo legal se contemplaron términos especiales para su resolución prioritaria cuando deban ser resueltas para evitar un perjuicio irremediable al peticionario, caso en el que, por su misma naturaleza, se enmarcan las peticiones relacionadas con servicios de salud ya sea para acceder a los mismos o en las etapas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o cuidados paliativos. Al respecto, puntualiza la norma⁽¹⁰⁾ que cuando por razones de salud o de seguridad personal esté en peligro inminente la vida o la integridad del destinatario de la petición, la autoridad debe adoptar de inmediato las medidas de urgencia necesarias para conjurar dicho peligro.

Por su parte el Decreto-ley [019](#) de 2012 y las normas que los desarrollan otorga plazos máximos para los trámites de salud⁽¹¹⁾, así como otras normas otorgan atención prioritaria a poblaciones vulnerables, en el caso, por ejemplo, de las personas adultas mayores, los menores de edad, las personas en condi-

discapacidad y las madres gestantes.

Consecuente con lo anterior, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud impartir instrucciones para que todas las entidades e instituciones responsables del aseguramiento o quien haga sus veces prestadores de servicios de salud, ofrezcan a sus usuarios un acceso acorde con sus características particulares, en condiciones dignas y de manera que se garantice la materialización de los citados principios y elementos, propios del Derecho Fundamental a la Salud, y aquellos que se agreguen la evolución fáctica, científica y/o normativa, dada la progresividad en la que se enmarca este derecho.

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Concordancias

Circular SUPERSALUD [3](#) de 2015

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

2. TRATO DIGNO A LOS USUARIOS. <Subnumeral modificado por la Circular [8](#) de 2018. El numeral es el siguiente:>

Todas las personas que requieren servicios de salud se encuentran en un menor o mayor grado de vulnerabilidad y gozan del total amparo de este derecho fundamental. Es obligación de todos los funcionarios y/o trabajadores de las EAPB e IPS, que manejan los trámites administrativos y/o asistencia de salud, ofrecer un trato digno a los usuarios que acudan a solicitar servicios ante la respectiva entidad vigilada, dicho trato debe cumplir como mínimo, con las siguientes características:

- a) Atención focalizada, ágil, oportuna, eficaz, eficiente y sensible a las necesidades de los usuarios.
- b) Solución de fondo a las solicitudes de atención en salud, ya sea prestadas directamente o a través de terceros, brindando soluciones alternativas de acceso al servicio requerido, para satisfacer íntegramente la necesidad planteada por el usuario.
- c) Dar un trato humanizado, con observancia del respeto, la cordialidad, la orientación y comunicación permanente. Brindar atención preferencial ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾, al adulto mayor, a los niños, niñas, a las personas en condición de discapacidad, a las mujeres gestantes y en general demás personas que, debido a sus condiciones particulares, requieran en un momento determinado atención especial como las personas en etapa de posoperatorio o evidente o manifiesto estado de debilidad.
- d) Capacitar por lo menos una vez al año a aquellos funcionarios encargados y responsables de la atención a los usuarios sobre el tema de trato digno, derechos y deberes de los usuarios en salud y garantizar que ningún trabajador ingresa al servicio de atención al usuario sin la debida capacitación e idoneidad. Las entidades deberán garantizar que el 100% de los funcionarios encargados de la atención a los usuarios en los diferentes canales de atención, hayan recibido dicha capacitación.

e) <Literal adicionado por la Circular [49-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:> Garantizar que población con discapacidad tenga pleno conocimiento del procedimiento para la certificación de discapacidad, dispuesto en la Resolución [113](#) de 2020 o la normatividad vigente.

Notas de Vigencia

- Literal adicionado por la Circular [49-5](#) de 2022, 'POR LA CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA LA CIRCULAR ÚNICA EN LO RELACIONADO CON LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, HABILITACIÓN Y PERMANENCIA DE LAS EPS, MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN, EL TRATO DIGNO A LOS USUARIOS Y LOS CANALES DE ATENCIÓN AL USUARIO QUE DEBEN DISPONER, ENTRE OTRAS, LAS EAPB', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

3. SISTEMA DE ATENCIÓN AL USUARIO. <Subnumeral modificado por la Circular [8](#) de 2018. nuevo texto es el siguiente:>

Es deber de todas las entidades brindar atención integral al usuario de la salud y esta, debe entenderse un proceso integral en el que es requisito fundamental adoptar procedimientos, mecanismos, medios, instrumentos y canales para que esa atención cumpla con los principios de objetividad y buen trato.

En tal sentido, tanto las EAPB como las IPS, deberán implementar y desarrollar parámetros para el funcionamiento de este proceso. Por lo cual, es necesario que se adopten las siguientes medidas.

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

3.1. OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO. <Subnumeral modificado por la Circular [8](#) de 2018. nuevo texto es el siguiente:>

Las EAPB e IPS, deben tener al menos una oficina de atención al usuario de manera personalizada

departamentos donde opera y disponer del número de oficinas que se requieran para mantener condiciones de atención digna en los lugares donde cuente con afiliados.

Las Oficinas de Atención al Usuario deberán implementar las normas de calidad y accesibilidad vigentes⁽¹⁶⁾, y para ello contarán, por lo menos, con las siguientes características:

- a) Encontrarse ubicada en sitio de fácil acceso al público.
- b) Debidamente identificada.
- c) Infraestructura adecuada: Las Oficinas de Atención al Usuario deben garantizar un seguro y fácil desplazamiento de la población en general y el uso en forma confiable, eficiente y autónoma de los instalados adoptando medidas de inclusión; para el efecto, deben contar con:
 - Rampas y puertas de acceso que permitan el ingreso de personas en condiciones de movilidad reducida en sillas de ruedas o coches.
 - Señalética adecuada para personas en condición de discapacidad visual.
 - Baño(s) público(s) debidamente dotados con lavamanos y elementos de aseo y accesibles a personas en condiciones de movilidad reducida.

En general, las oficinas deberán contar con las condiciones establecidas para el acceso a los edificios establecidos en la normatividad vigente.

- d) Garantizar la protección del derecho a la intimidad: por la calidad íntima que tiene el derecho a la intimidad se debe garantizar que al momento de la atención se guarde la debida reserva y privacidad.
- e) Dotación con las herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento: la cantidad de sillas deberá ser proporcional a la cantidad de usuarios que acuden a las instalaciones; contar con buena iluminación, ventilación y los elementos tecnológicos para el buen desarrollo de las funciones; contar con trabajadores a cargo de la atención personalizada de manera que no impongan cargas a los usuarios; contar con solicitudes de fotocopias, etc.
- f) Control de tiempos de atención o turnos. Es necesario implementar un control de tiempos de atención y turnos que permita garantizar objetividad, prontitud, eficiencia, trato digno y focalizado, así como determinar las acciones de mejora en la atención. En ninguna circunstancia, se limitarán los números de turnos por jornada.

La evidencia de filas extensas o por fuera del horario habitual de atención en las oficinas de atención personalizada al usuario será indicio de limitación y obstaculización del acceso al sistema de salud y será objeto de observación permanente por las vigiladas para efectos de la materialización del trato digno.

- g) Publicaciones. <Literal modificado por la Circular [2024100000000003-5](#) de 2024. El nuevo texto es el siguiente:> Se deben implementar mecanismos de información, educación y comunicación mediante cartelera física y/o digital donde se informe permanentemente a los usuarios que se encuentran en espera, sobre los siguientes temas:

- Derechos y deberes de los usuarios.
- Canales de atención y medios de acceso a los diferentes trámites.
- Ubicación y dependencia que recibirá y resolverá las peticiones por ellos presentadas. Asimismo,

promesa de valor del tiempo de respuesta de dichas peticiones.

- El derecho a que se entregue el formato de negación de servicios,
- Mecanismos de participación ciudadana, incluyendo: dirección, lugar y horario de reuniones o espacios para desarrollar plan de trabajo con la(s) asociación(es) y orientación sobre el proceso de inscripción afiliación a la(s) asociación(es) o alianza(s) de usuarios.
- Datos de los representantes o dignatarios de la alianza o asociación de usuarios. Debe garantizarse Habeas Data. Como mínimo debe publicar el nombre, correo electrónico y un número de celular de contacto.
- Datos de la persona designada por la entidad como contacto con las alianzas o asociaciones de usuarios. Como mínimo nombre, correo electrónico y número de celular.
- Red de prestadores, incluidos los gestores farmacéuticos con ubicación y canales de contacto actuales en el departamento(s), municipio(s) y distrito(s) en el que esté operando.
- Monto, mecanismos de aplicación y cobro de copagos y cuotas moderadoras.

Por lo menos una vez al año, y de manera inmediata cada vez que se presente alguna modificación, informar ampliamente a los usuarios, a través de medios masivos de amplia circulación en la jurisdicción donde operen, sobre la existencia, monto, mecanismos de aplicación y cobro de copagos y cuotas moderadoras, indicando los detalles requeridos para la publicación en la página web.

- Demás información que el vigilado considere relevante.

Notas de Vigencia

- Literal modificado por la Circular [2024100000000003-5](#) de 2024, 'por la cual se imparten instrucciones sobre el cobro de cuotas moderadoras y copagos de acuerdo con lo establecido en el Decreto [1652](#) de 2022 expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, y se modifica parcialmente el Título VII de la Circular externa [047](#) de 2007, modificada por la Circular externa 2018', publicada en el Diario Oficial No. 52.669 de 14 de febrero de 2024. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 8 de 2018:

g) Publicaciones. Se debe implementar un mecanismo mediante carteleras físicas y/o digitales donde informe permanentemente a los usuarios de la sala de espera, sobre los siguientes temas:

- Derechos y deberes de los usuarios.
- Canales de atención y medios de acceso a los diferentes trámites ofrecidos por la vigilada.
- Ubicación y dependencia que recibirá y resolverá las peticiones por ellos presentadas.
- El derecho a que se entregue el formato de negación de servicios, si es del caso.
- Mecanismos de participación ciudadana.
- La demás información que el vigilado considere relevante.

h) Buzón de sugerencias. Debe contar con un mecanismo físico, telefónico y/o electrónico para recibir sugerencias, felicitaciones y/o denuncias de los usuarios y establecer un procedimiento transparente de apertura y seguimiento de las mismas.

i) Horario de atención: El horario de atención debe ser acorde a las necesidades de los usuarios y el debe publicarse en la página web y en la oficina en un lugar visible a la ciudadanía.

j) Atención preferencial. Debe establecerse un mecanismo de atención prioritaria, mediante ventanilla de uso exclusivo debidamente identificadas o mediante asignación de turno preferencial que permita la trazabilidad de la atención, para la población con derecho a atención preferencial como es la población adulta mayor, las madres gestantes, las personas en condición de discapacidad y quienes por condición de debilidad evidente o manifiesta así lo requieran, así como silletería identificada para esta población.

k) Manual de procesos: El manual de procesos y procedimientos debe contener las funciones claras y expresas del personal que labore en las Oficinas de Atención al Usuario y en general de quienes tienen función de atender al ciudadano.

l) Idoneidad: El perfil del personal asignado a esta dependencia, debe reunir los requisitos de forma y experiencia acorde con las funciones que va a desempeñar.

Instrucciones específicas para las EAPB

Con relación a la idoneidad del personal, es necesario tener en cuenta la caracterización de los usuarios de las EAPB o quien haga sus veces, en cada punto de atención, para efectos de que la entidad cuente con personal acorde a la interculturalidad y enfoque diferencial.

Adicionalmente, deberán garantizar que la atención personalizada al usuario se realice en un solo punto de manera óptima y eficiente, absteniéndose de someter a los usuarios a trámites y filtros previos que conduzcan a la asignación de varios turnos o a la realización de diferentes filas. Es deber y obligación del funcionario responsable de la Oficina de Atención al Usuario, atender al usuario, orientarlo y si es el caso acompañarlo a gestionar su solicitud, la cual podrá presentarse de manera escrita, personalizada, telefónica, página web o por cualquier otro medio que adecue la entidad para recibir las peticiones instauradas.

Por otro lado, deben desarrollar indicadores que permitan medir y evaluar permanentemente los procesos de atención al usuario y en especial la calidad de los mismos los cuales deben estar disponibles en la página web de la entidad.

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

3.2 MULTICANALES. <Subnumeral modificado por la Circular [8](#) de 2018. El nuevo texto es el siguiente

Además de las Oficinas de Atención al Usuario de manera personalizada, las EAPB e IPS deben disponer de diversos medios de comunicación y acceso de los usuarios para efectos de brindarles la información y orientación que requieren, así como para la presentación y seguimiento de sus diferentes clases de peticiones, quejas y reclamos.

Todo cambio que afecte la atención al usuario en las líneas telefónicas, las oficinas físicas, la página web u otro medio dispuesto para tal fin deberá ser anunciado mínimo con 30 días calendario de anticipación o, lo menos, en las carteleras de las Oficinas de Atención al Usuario, en la página web y en la línea telefónica.

a) Canal telefónico: Las EAPB e IPS deben contar con una línea local las veinticuatro (24) horas de las 24 (7) días de la semana. Todas las entidades deberán atender y resolver de fondo todas las llamadas que hagan a estos números.

Los números telefónicos que se tengan destinados a los fines de esta circular deberán ser publicados en la página web institucional y en sus diferentes publicaciones y comunicaciones, y deben ser actualizados y difundidos por todos los canales de atención inmediatamente se presente alguna modificación.

b) Canal web: <Literal modificado por la Circular [49-5](#) de 2022. El nuevo texto es el siguiente:> Las EAPB e IPS deberán contar y tener a disposición una página web institucional que ofrezca a los usuarios la posibilidad de presentar sus peticiones, quejas y reclamos y hacer el correspondiente seguimiento de los mismos en tiempo real, así como la posibilidad de reportar y solicitar novedades al estado de su afiliación (traslado, portabilidad, movilidad, entre otros).

Instrucciones específicas para las EAPB

Con relación al canal telefónico, las EAPB deben contar con un número local o celular en los lugares donde tengan afiliados y con una línea gratuita nacional 018000.

En cuanto a la página web, deberá mantener publicada y debidamente actualizada por lo menos la siguiente información:

- Procedimientos para la afiliación al sistema y el reporte de novedades.
- Carta de derechos y deberes de los afiliados y del paciente.
- Cobertura de operación: Zonas de operación - indicando departamentos, distritos y municipios.
- Directorio de oficinas de atención al usuario, con sus respectivos horarios y datos de contacto.
- Información sobre los diferentes canales de atención, con indicación de los horarios de atención.
- Relación de la red integral de prestadores de servicios de salud detallando su rol. Incluyendo la red habilitada de servicios para la atención de urgencias en el municipio, distrito y/o departamento de residencia del afiliado.
- Contenido del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
- Formulario de afiliación.
- Los mecanismos establecidos para el acceso a procedimientos, insumos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios.
- Información de cómo realizar novedades por parte de los usuarios.

- Las instancias en todos los niveles a las que puede acudir el usuario cuando considere incumplido de beneficios.
- Información sobre las cuotas moderadoras y copagos que incluya lo siguiente:
 - Ofrecer el concepto de las cuotas moderadoras y de los copagos.
 - Precisar a qué usuarios se les aplica.
 - Indicar los servicios a los cuales se les aplica la cuota moderadora o el copago, mencionando sus respectivas excepciones.
 - Indicar el monto en pesos, de las cuotas moderadoras y copagos, en los diferentes rangos de ingreso salarial, con su respectivo porcentaje del salario mínimo vigente.
 - Indicar la frecuencia de aplicación de las cuotas moderadoras y de los copagos.
 - Indicar los procedimientos de recaudo que la entidad utilizará.
 - Indicar los topes de los copagos por evento y el total de eventos por año.
- Los procedimientos disponibles para solicitar, autorizar y garantizar la atención en salud en el marco establecido por la Ley [1751](#) de 2015, o las normas que la modifiquen o sustituyan.
- Las actividades de protección específica y detección temprana que le son aplicables de acuerdo con la edad del afiliado, opción específica en línea telefónica y entrega de información en los puntos de atención.
- La definición de grupos de riesgo, junto con la oferta y contenido de programas para la gestión de riesgos.
- Carta de desempeño.
- Información sobre el Funcionamiento del Sistema de Afiliación Transaccional
- Información sobre el procedimiento de Negación de Servicios de Salud
- Los procesos, espacios y mecanismos de participación en salud dispuestos por la EPS para sus afiliados.
- Las alianzas o asociaciones de usuarios y los procesos, espacios y mecanismos de participación en salud dispuestos por la EPS para sus afiliados, al igual que la información sobre las convocatorias para el reclutamiento de representantes de las alianzas o asociaciones.
- Información sobre los procesos del sistema de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias.
- La publicación de la red de prestadores de servicios de salud deberá incluir la información de acceso a los canales de atención de las instituciones integrantes de dicha red.
- El procedimiento de certificación de discapacidad dispuesto en la Resolución [113](#) de 2020 o la normatividad vigente correspondiente y publicado en todos los canales presenciales y no presenciales de atención, con aplicación de los criterios diferenciales que permitan el acceso a la información de las personas con discapacidad.

Notas de Vigencia

- Literal modificado por la Circular [49-5](#) de 2022, 'POR LA CUAL SE MODIFICA Y ADICIONA LA CIRCULAR ÚNICA EN LO RELACIONADO CON LA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO, HABILITACIÓN Y PERMANENCIA DE LAS EPS, MODIFICACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AFILIACIÓN, EL TRATO DIGNO A LOS USUARIOS Y LOS CANALES DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS QUE DEBEN DISPONER, ENTRE OTRAS, LAS EAPB', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 8 de 2018:

b) Canal web: Las EAPB e IPS, deberán contar con una página web institucional que ofrezca a los usuarios la posibilidad de presentar sus peticiones, quejas y reclamos y hacer el correspondiente seguimiento de los mismos en tiempo real, así como la posibilidad de reportar y solicitar novedades de su afiliación (traslado, portabilidad, movilidad, entre otros).

Instrucciones específicas para las EAPB

Con relación al canal telefónico, las EAPB deben contar con un número local en los lugares donde tengan afiliados y con una línea gratuita nacional 018000.

En cuanto a la página web, deberá mantener publicada y debidamente actualizada por lo menos la siguiente información:

- Procedimientos para la afiliación al sistema y el reporte de novedades.
- Carta de derechos y deberes de los afiliados y del paciente.
- Cobertura de operación: Zonas de operación - indicando departamentos y municipios.
- Directorio de oficinas de atención al usuario, con sus respectivos horarios y datos de contacto.
- Información sobre los diferentes canales de atención, con indicación de los horarios de atención.
- Prestadores que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud detallando su rol de la red. Incluyendo la red habilitada de servicios para la atención de urgencias en el municipio y departamento de residencia del afiliado.
- Contenido del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
- Formulario de afiliación.
- Los mecanismos establecidos para el acceso a procedimientos, insumos y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios.
- Información de cómo realizar novedades por parte de los usuarios.
- Las instancias en todos los niveles a las que puede acudir el usuario cuando considere incumplimiento del plan de beneficios.
- Información sobre las cuotas moderadoras y copagos que incluya lo siguiente:
 - Ofrecer el concepto de las cuotas moderadoras y de los copagos.

- Precisar a qué usuarios se les aplica.
- Indicar los servicios a los cuales se les aplica la cuota moderadora o el copago, mencionando sus respectivas excepciones.
- Indicar el monto en pesos, de las cuotas moderadoras y copagos, en los diferentes rangos de ingreso salarial, con su respectivo porcentaje del salario mínimo vigente.
- Indicar la frecuencia de aplicación de las cuotas moderadoras y de los copagos.
- Indicar los procedimientos de recaudo que la entidad utilizará.
- Indicar los topes de los copagos por evento y el total de eventos por año.
- Los procedimientos disponibles para solicitar, autorizar y garantizar la atención en salud en el marco de lo establecido por la Ley [1751](#) de 2015, o las normas que lo modifique o sustituyan.
- Las actividades de protección específica y detección temprana que le son aplicables de acuerdo a la edad del afiliado, opción específica en línea telefónica y entrega de información en los puntos de atención.
- La definición de grupos de riesgo, junto con la oferta y contenido de programas para la gestión de riesgos de estos.
- Carta de desempeño.
- Información sobre el Funcionamiento del Sistema de Afiliación Transaccional.
- Información sobre el procedimiento de Negación de Servicios de Salud.
- Los procesos, espacios y mecanismos de participación en salud dispuestos por la EPS para sus afiliados.
- Las alianzas o asociaciones de usuarios y los procesos, espacios y mecanismos de participación en salud dispuestos por la EPS para sus afiliados, al igual que la información sobre las convocatorias para la elección de representantes de las alianzas o asociaciones.
- Información sobre los procesos del sistema de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias.

Notas de Vigencia

- Título VII modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

3.3. PETICIONES. <Numeral modificado por la Circular [2023151000000010-5](#) de 2023. El nuevo texto es el siguiente:>

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

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

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

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

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

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

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

Toda PQR que se realice en el marco del acceso, la atención o la prestación del servicio de salud tiene una múltiple connotación de derecho fundamental, pues convergen en ella la protección constitucional y el derecho fundamental de petición y del derecho fundamental a la salud, que a su turno involucra derechos fundamentales como la vida misma, la dignidad y la intimidad.

Los mecanismos, procesos y procedimientos adoptados por las EAPB e IPS, deben tener como fin atender las PQR de manera objetiva, oportuna y eficiente, cuyo trámite debe garantizar los máximos niveles de accesibilidad, efectividad, seguimiento y control, siendo resolutoria y constituyendo insumos para el mejoramiento continuo no solo del proceso de atención al usuario y trámite de PQR, sino también de los servicios que son objeto de reclamación. Para la adecuación del sistema de trámite, análisis y seguimiento de PQR, se debe tener en cuenta que las PQR deben servir de insumo para la caracterización y/o priorización de las auditorías, con el fin de mejorar la calidad de la atención de salud^[1] y los respectivos planes de mejoramiento resultantes de las mismas.

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

Las entidades emplearán en el trámite de las PQR de los usuarios para su registro, conservación y c

un sistema de recepción y administración de las peticiones, quejas y reclamos -PQR- que podrá org a través de un formato de control que contenga como mínimo los siguientes aspectos:

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

Ante una eventual negación de la solicitud debe indicarse:

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

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

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

Instrucciones específicas para las EAPB

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

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [2023151000000010-5](#) de 2023, 'por la cual se modifican los términos para resolver los reclamos en Salud establecidos en la Circular Externa 047 de 2007, modificada entre otras por la Circular Externa 008 de 2018, así como los anexos técnicos relacionados con reclamos en Salud dispuestos en la Circular Externa 017 de 2020', publicada en el Diario Oficial No. 52.435 de 23 de junio de 2023. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Título VII modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 8 de 2018:

3.3 PETICIONES

Para efectos de la atención a las diferentes clases de peticiones la Supersalud adopta las siguientes definiciones:

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

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

Reclamo: A través del cual los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud por parte de un actor del Sistema de Salud y solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud.

PQR con riesgo de vida: Aquellas que involucran una situación que representa riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas.

Toda PQR que se realice en el marco del acceso, la atención o la prestación del servicio de salud tiene una múltiple connotación de derecho fundamental, pues convergen en ella la protección constitucional legal del derecho fundamental de petición, y del derecho fundamental a la salud, que a su turno involucra otros derechos fundamentales como la vida misma, la dignidad y la intimidad.

Los mecanismos, procesos y procedimientos adoptados por las EAPB e IPS, debe tener como fin resolver las PQR que se presenten de manera objetiva, oportuna y eficiente, cuyo trámite debe garantizar la

máximos de niveles de accesibilidad, resolutiveidad, efectividad, seguimiento y control, y constituyen insumos para el mejoramiento continuo no solo del proceso de atención al usuario y trámite de PQR sino también de los servicios que son objeto de reclamación. Para la adecuación del sistema de análisis y seguimiento de PQR, estas deben servir de insumo para las auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud⁽¹⁷⁾ y los respectivos planes de mejoramiento resultantes de las mismas.

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

Las entidades emplearán en el trámite de las PQR de los usuarios para su registro, conservación y control, un sistema de archivo que podrá organizarse a través de un formato de control que contendrá como mínimo los siguientes aspectos:

- Fecha de recibo de la PQR.
- Canal de presentación de la PQR.
- La codificación asignada por la entidad.
- Entidad a la cual está asociada la PQR (nombre del prestador o asegurador).
- Nombre del peticionario.
- Tipo de identificación del peticionario.
- Número de identificación del peticionario.
- Datos de contacto del peticionario.
- Nombre del afectado/paciente.
- Tipo de identificación del afectado.
- Número de identificación del afectado.
- Datos de contacto del afectado.
- Aspecto o tema principal que motivó la queja.
- Indicar si existe o no fallo judicial (tutela).
- Lugar de origen de la petición: Departamento y municipio.
- Régimen (contributivo, subsidiado, excepción, especial).
- Estado de la PQR.
- Fecha de la solución de la PQR.
- Acción realizada para solucionar la PQR (descripción breve).

Ante una eventual negación de la solicitud debe indicarse:

- Motivo que fundamenta la negación.
- Responsable de la negación.

Adicionalmente, las entidades deberán resolver las PQR de los usuarios en los términos establecidos para el efecto, teniendo en cuenta las características del derecho a la salud y lo dispuesto al respecto en el artículo [20](#) del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA). Cuando para el trámite de una PQR existan dos normas aplicables, prevalecerá aquella que sea más favorable para el usuario de acuerdo con su pretensión.

Instrucciones específicas para las EAPB

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

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

3.3.1. TRÁMITE DE LA PQR. <Numeral modificado por la Circular [2023151000000010-5](#) de 2023, cuyo nuevo texto es el siguiente:>

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

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

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

permitan la verificación de la información.

Se entenderá que no hay respuesta cuando ésta se emita por fuera de los plazos correspondientes se clase de PQR y en los eventos en los cuales la entidad implicada no otorgue una solución de fondo las necesidades planteadas por el usuario. Las entidades deben informar al usuario que, en el evento obtener respuesta a la PQR, el usuario podrá comunicarlo a la Superintendencia Nacional de Salud constituirá un insumo para adelantar las acciones de inspección, vigilancia y control a que haya lugar sin perjuicio de las acciones que se pueden adelantar por el hecho inicial que generó la PQR.

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

Cuando una PQR relacionada con acceso a servicios y/o tecnologías de salud deba ser contestada de manera negativa, la respuesta debe sujetarse al formato de negación de servicios, el cual deberá ser diligenciado exclusivamente por profesionales de la salud, ampliamente capacitados para emitir concepto. El mencionado formato puede ser consultado y descargado en el enlace:

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ProteccionUsuario/OtrosDocumentosProteccionUsuario/de-negacion-de-servicios-de-salud.docx>, y una vez diligenciado este no podrá ser modificado.

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

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [2023151000000010-5](#) de 2023, 'por la cual se modifican los términos para resolver los reclamos en Salud establecidos en la Circular Externa 047 de 2007, modificada entre otras por la Circular Externa 008 de 2018, así como los anexos técnicos relacionados con reclamos en Salud dispuestos en la Circular Externa 017 de 2020', publicada en el Diario Oficial No. 52.435 de 23 de junio de 2023. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Título VII modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 8 de 2018:

3.3.1 Trámite de la PQR

Toda PQR deberá ser respondida de fondo al usuario dentro de los términos que corresponda según la clase de petición, por el medio que el usuario indique, sin perjuicio de que pueda obtener información sobre el estado de la misma por cualquiera de los canales de comunicación de la entidad (teléfono, correo electrónico, portal web, personalizado y los demás que disponga la entidad). En los casos en que el usuario no indique el medio para recibir la respuesta esta se le enviará a la dirección de correo electrónico que tenga

registrado, en caso de que no cuente con este, a la dirección física de su residencia, dejando evidencia de la actuación. Es importante resaltar que, para dar respuesta a las PQR, las entidades no podrán exhibir documentos que reposen en su poder o en entidades que conformen su red prestadora de servicios cuando sea del caso.

Se entenderá que no hay respuesta cuando esta se emita por fuera de los plazos correspondientes a la clase de PQR y en los eventos en los cuales la entidad implicada no remita una solución de fondo frente a las necesidades planteadas por el usuario. La respuesta y decisión de la entidad al petición deberá ir fechada y con la dirección correcta; deberá ser completa, clara, precisa y contener la solución o aclaración de lo reclamado junto con los fundamentos legales, estatutarios o reglamentarios que la soporten.

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

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

Cuando una PQR deba ser contestada de manera negativa, la respuesta debe sujetarse al formato de negación de servicios y ser efectuada exclusivamente a través de profesionales de la salud, ampliamente capacitados para emitir concepto.

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

Toda comunicación que se dirija a un usuario en relación con una PQR deberá contener una advertencia en caracteres destacados, que frente a cualquier desacuerdo con la decisión adoptada por la entidad a la cual se elevó la respectiva PQR, se puede formular una PQR ante la Superintendencia Nacional de Salud. Asimismo, se deberá informar al usuario previamente que, de no obtener respuesta por parte de la entidad, podrá elevar una PQR ante esta Superintendencia. Adicionalmente, cuando la PQR corresponda a una EPS del régimen subsidiado, se debe informar al usuario que podrá elevar ante la correspondiente Dirección de Salud Departamental, Distrital o Local.

En caso de negación, es obligación de las EAPB e IPS, diligenciar completamente el formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos que se encuentra a continuación y que puede ser consultado en el enlace: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/atencion-ciudadano/formularios-y-formatos/formulario-negacion-del-servicio>, haciendo claridad que el mismo no podrá ser modificado.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS Y/O MEDICAMENTOS

CUANDO NO SE AUTORICE LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO DE SALUD O EL

SUMINISTRO DE MEDICAMENTO, ENTREGUE ESTE FORMULARIO AL USUARIO, DEBIDAMENTE DILIGENCIADO

REPUBLICA DE COLOMBIA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD						
FORMATO DE NEGACIÓN DE SERVICIOS Y/O MEDICAMENTOS CUANDO NO SE AUTORIZA LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO DE SALUD O EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTO, ENTREGUE ESTE FORMULARIO AL USUARIO, DEBIDAMENTE DILIGENCIADO						
NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA L.P.S. O ENTIDAD TERRITORIAL					NÚMERO	
FECHA DE SOLICITUD			FECHA DE DILIGENCIAMIENTO			
DD	MM	AÑO	DD	MM	AÑO	
1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO						
1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		NOMBRES		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		Nº. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		Nº. DE CONTRATO		
CC ☐ C.E. ☐						
TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		
TIPO PLAN USUARIO						
PBS- CUPC	☐	NO PBS	☐	PLAN COMPLEMENTARIO (PAC)	☐	PLAN MEDICINA PREPAGADA (PMP)
POBLACION POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIO A LA DEMANDA ☐						
FECHA DE INSCRIPCIÓN DEL AFILIADO	☐	ESTADO DE LA AFILIACION/CONTRATO DEL USUARIO	☐	VIGENTE	☐	SUSPENDIDO
						REMITIR SIN ASEGURAMIENTO
2. CLASE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO						
SERVICIO NO AUTORIZADO - CÓDIGO O MEDICAMENTO NO AUTORIZADO						
DESCRIPCIÓN (Señale el servicio - procedimiento - intervención etc.)						
JUSTIFICACIÓN: Indique el motivo de la negación.						
FUNDAMENTO LEGAL: Relacione las disposiciones que presuntamente respaldan la decisión						
3. ALTERNATIVAS PARA QUE EL USUARIO ACCEDA AL SERVICIO DE SALUD O MEDICAMENTO SOLICITADO Y HAGA VALER SUS DERECHOS LEGALES Y CONSTITUCIONALES						
1.						
2.						
NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO QUE NIEGA EL SERVICIO				FIRMA		
FIRMA DEL USUARIO O DE QUIEN RECIBE						

* PO-CUPC: Plan Obligatorio cubierto con la UPC - NO PO -CUPC: No incluido en Plan Obligatorio con cargo a la UPC

* PO-CUPC: Plan Obligatorio cubierto con la UPC - NO PO -CUPC: No incluido en Plan Obligatorio con cargo a la UPC.

Si está en desacuerdo con la decisión adoptada, acuda a la Oficina de Atención al Usuario de su E o su queja no es resuelta, eleve consulta a la Superintendencia Nacional de Salud, anexando copia del formato totalmente diligenciado a la carrera 13 N° 28-08 Centro Internacional Tequendama local 22 en Bogotá o cualquiera de las sedes Regionales de la Supersalud, Avenida Ciudad de Cali N°. Bogotá – PBX 4817000 www.supersalud.gov.co

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

3.3.2. TÉRMINO PARA RESOLVER LAS PQR. <Numeral modificado por la Circular [202315100000010-5](#) de 2023. El nuevo texto es el siguiente:>

Las EAPB e IPS, deberán resolver las PQR de los usuarios en los términos establecidos para tal efecto -CPACA, según la clase de petición. Se reitera que las peticiones en materia de salud se enmarcan de manera general en el artículo [20](#) de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo [1](#) de la Ley 1755 y en consecuencia, en uso de las facultades para impartir instrucciones de inmediato cumplimiento, requiere la solución de las PQR que afecten la salud y la vida dentro de los siguientes términos: 3.3 Reclamos de riesgo simple: Los reclamos de riesgo simple en salud presentados directamente por los usuarios o a través de un tercero ante la entidad responsable o ante esta Superintendencia y traslada a la Superintendencia de Vigilancia y Control del Estado para su seguimiento, se deben resolver de fondo en un término máximo de setenta y dos (72) horas a partir de la fecha de radicación.

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

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

a) Consultas médicas[\[2\]](#): Los servicios de consulta externa médica, odontológica, y de especialista, y los apoyos diagnósticos, es decir, exámenes de laboratorio e imagenología, le serán asignados dentro de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a su solicitud a los afiliados mayores de 62 años.

b) Fórmula de medicamentos[\[3\]](#): Cuando la EPS no le suministre de manera inmediata los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios, debe garantizarles su entrega en el domicilio dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes (o inmediatamente si es de extrema urgencia) a los afiliados mayores de 62 años.

c) Reclamo por entrega incompleta de medicamentos: Mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en el lugar de residencia o de trabajo del afiliado, cuando estos lo autoricen, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la reclamación[\[4\]](#).

d) Continuidad de servicios: Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas[\[5\]](#).

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

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

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

3.3.2.4 Peticiones generales: Las peticiones generales, es decir aquellas que contienen solicitudes de información y/o no están relacionadas con la garantía del acceso a los servicios de salud, ni con la atención

o prestación de servicios de salud y por tanto no tienen aplicación del artículo [20](#) de la Ley 1437 de sustituido por el artículo [1](#) de la Ley 1755 de 2015, se resolverán de conformidad con los términos de la citada Ley:

a) Peticiones generales: quince (15) días hábiles. b) Solicitudes de información: diez (10) días hábiles.

c) Copias: dentro de los tres (3) días hábiles - Si las copias son de historias clínicas o de exámenes que requieran para una consulta o urgencia, serán catalogados como reclamos.

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

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [2023151000000010-5](#) de 2023, 'por la cual se modifican los términos para resolver los reclamos en Salud establecidos en la Circular Externa 047 de 2007, modificada entre otras por la Circular Externa 008 de 2018, así como los anexos técnicos relacionados con reclamos en Salud dispuestos en la Circular Externa 017 de 2020', publicada en el Diario Oficial No. 52.435 de 23 de junio de 2023. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.

- Título VII modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 8 de 2018:

3.3.2 Términos para resolver las PQR:

Las EAPB e IPS, deberán resolver las PQR de los usuarios en los términos establecidos para el efecto en el CPACA, según la clase de petición. Se reitera que las peticiones en materia de salud se enmarcan de manera general en el artículo [20](#) de la Ley [1755](#) de 2015 y, en consecuencia, en uso de las facultades para impartir instrucciones de inmediato cumplimiento, se requiere la solución de las PQR que afectan la salud y la vida dentro de los siguientes términos:

PQR: Las peticiones relacionadas con el acceso al sistema de salud, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios para acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, y la inadecuada prestación del servicio de salud que afecte la oportunidad, continuidad o integralidad, presentados directamente por los usuarios ante la entidad responsable o ante esta superintendencia, trasladados o vigilados, se deben resolver de fondo en un término máximo de cinco (5) días a partir de la fecha de radicación, a menos que se trate de asuntos y poblaciones que cuenten con términos específicos, en los cuales se aplicarán los términos dispuestos en la normatividad vigente como son los siguientes casos que se enuncian, a manera de ejemplo:

- Consultas médicas⁽¹⁸⁾: Los servicios de consulta externa médica, odontológica, y de especialistas como los apoyos diagnósticos, es decir, exámenes de laboratorio e imagenología, le serán asignados dentro de las 48 horas siguientes a su solicitud a los afiliados mayores de 62 años.

- Fórmula de medicamentos⁽¹⁹⁾: Cuando la EPS no le suministre de manera inmediata los medicamentos

incluidos en el plan de beneficios, debe garantizarles su entrega en el domicilio dentro de las 72 horas siguientes (o inmediatamente si es de extrema urgencia) a los afiliados mayores de 62 años.

- PQR por entrega incompleta de medicamentos: Mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en el lugar de residencia o de trabajo del afiliado, cuando estos lo autoricen, dentro de las 48 horas siguientes a la reclamación⁽²⁰⁾.

- Continuidad de servicios: Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas⁽²¹⁾.

Cada petición particular debe ser evaluada y valorada según las particularidades de caso y las condiciones del paciente, de manera que siempre se respete el derecho fundamental a la salud y se garantice la continuidad, la oportunidad y la integridad en el tratamiento en salud al usuario. Siempre debe valorar la inmediatez que requiera cada caso y el término de cinco (5) días para resolver las peticiones deben entenderse como plazo máximo otorgado siempre que no haya factores que requieran solución inmediata.

Las peticiones generales, es decir aquellas que contienen solicitudes de información y que no estén relacionadas con la garantía del acceso a los servicios de salud, ni con la atención o prestación de servicios de salud y por tanto no tienen aplicación del art. 20 de la Ley 1755 de 2015, se resolverán de conformidad con los términos de la citada ley:

Peticiones generales: 15

Solicitudes de información: 10 días

Copias: dentro de los 3 días – Si las copias son de historias clínicas o de exámenes y se requieran una consulta o urgente, serán catalogados como reclamos.

- PQR con riesgo vital: Las PQR que involucren riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas, y otras que, según criterio institucional, con base en la vulnerabilidad de la población o el impacto que se cause en el SGSSS o el sector, tendrán la marcación “Riesgo de vida” serán de inmediato cumplimiento. Asimismo, aquellas PQR que esta superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo vital deberán ser resueltas con la inmediatez que la situación del paciente requiera y, en todo caso no podrán superar el término máximo de dos (2) días hábiles desde el trámite sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del paciente requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental a la salud.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo I>

3.3.3 REPORTE DE LAS LÍNEAS DE ATENCIÓN PARA LOS RECLAMOS DE RIESGO VITAL
INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA LAS EAPB. <Numeral modificado por la Circular [202315100000010-5](#) de 2023. El nuevo texto es el siguiente:>

Las EAPB o las que hagan sus veces, deberán reportar ante esta Superintendencia los datos de control de la operación de los reclamos marcados con riesgo vital, cuyo seguimiento está a cargo del Grupo de

Soluciones Inmediatas en Salud -SIS o quien haga sus veces, garantizando la disponibilidad permanente de dichos contactos. Tales datos de contacto se deberán reportar a través del aplicativo NRVCC <https://nrvcc.supersalud.gov.co/> en el módulo de Datos Generales.

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

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

Archivo tipo GT005

Inventario de reclamos en salud

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

Periodicidad: Mensual.

Fecha de corte: Último día calendario de cada mes.

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

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [2023151000000010-5](#) de 2023, 'por la cual se modifican los términos para resolver los reclamos en Salud establecidos en la Circular Externa 047 de 2007, modificada entre otras por la Circular Externa 008 de 2018, así como los anexos técnicos relacionados con reclamos en Salud dispuestos en la Circular Externa 017 de 2020', publicada en el Diario Oficial No. 52.435 de 23 de junio de 2023. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Título VII modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 8 de 2018:

3.3.3. REPORTE LÍNEAS DE ATENCIÓN PARA LAS PQR RIESGO DE VIDA: INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS PARA LAS EAPB.

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

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

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente antes de la modificación introducida por la Circular 8 de 2018, en la Legislación Anterior del Capítulo [I](#)>

CAPÍTULO SEGUNDO.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.
- Capítulo modificado parcialmente por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.
- Capítulo modificado parcialmente por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007, modificado parcialmente por las Circulares 49 y 52 de 2008

CAPITULO II.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

El presente capítulo determina los parámetros que implementará la Superintendencia Nacional de Vigilancia y Control, los entes vigilados desarrollen los procesos de participación social señalados en la Constitución Política de Colombia, la Ley [91](#) de 1993, el Decreto [1757](#) de 1994, los Decretos [1301](#) de 1994 y [1795](#) de 2000, la Ley [30](#) de 1997, la Ley [1122](#) de 2007, el Decreto [1018](#) de 2007 y las demás normas pertinentes.

1. INTRODUCCIÓN NORMATIVA.

Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, con base en el numeral 7o del artículo [37](#) de la Ley 1122 de 2007, promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana.

De igual forma, según el numeral 9 del artículo [4o](#) del Decreto 1018 de 2007, promover la participación ciudadana y establecer los mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad.

La Ley 100 de 1993, en el numeral 7 del artículo [153](#) señala que el Sistema General de la Seguridad Social en Salud, estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

Consecuente con el artículo [156](#) de la citada norma, en el literal h) se señala: “Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras del servicio”.

Por su parte, el párrafo tercero del artículo [157](#), preceptúa: “Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación común de los afiliados al SGSSS. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, y podrán cobrar una cuota de afiliación”.

El artículo [231](#) de la misma norma, referente al ejercicio del control social, señala: “Sin perjuicio de los demás mecanismos de control, y con el fin de garantizar cobertura, eficiencia y calidad de servicio, la prestación de los servicios de salud será objeto de control por parte de las veedurías comunitarias elegidas popularmente, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto”.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley [100](#) de 1993, trae en su normatividad elementos necesarios para involucrar a la sociedad en su desarrollo e implementación. Esa participación inicialmente la encontramos a través de la conformación de asociaciones de usuarios cuyo objetivo es velar por la calidad de la prestación del servicio y la defensa del usuario. Este se complementa con el ejercicio del control social por medio de la constitución de veedurías comunitarias.

La base constitucional de esta forma participativa la encontramos en los artículos [2o](#) y [38](#) de la Constitución Política al señalarnos como fines del Estado la participación ciudadana y la garantía que tiene la población colombiana de la libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en la sociedad.

Por lo tanto, los usuarios del Sistema General de la Seguridad Social en Salud y del Sector Salud tienen la facultad legal y constitucional de conformar las asociaciones de usuarios y las veedurías en salud.

2. DE LAS MODALIDADES DE LA PARTICIPACIÓN.

Con la normatividad señalada y con la expedición del Decreto [1757](#) de 1994, se fijan las modalidades y formas de la participación social en la prestación de los servicios de salud.

Por lo anterior, las entidades del Sistema General de la Seguridad Social y en general las del sector salud, deben implementar y desarrollar la participación en salud, como uno de los instrumentos para involucrar a los afiliados en la toma de decisiones que les afectan y para ello adoptarán las siguientes

formas participativas.

2.1 PARTICIPACIÓN EN SALUD.

La participación en salud se conforma de: la participación social y la participación en las instituciones del Sistema General de la Seguridad Social en Salud y del sector salud.

La participación social comprende la participación ciudadana, entendida como el ejercicio de los derechos y deberes del individuo; y la participación comunitaria, como el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para intervenir en decisiones de planeación, gestión, evaluación y ve en salud.

<Inciso modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Por su parte la participación institucional es la interacción de los usuarios con los servidores de la salud para la g evaluación y mejoramiento en la prestación de los servicios en salud.

Para dar cumplimiento a lo establecido, las entidades administradoras y prestadoras del servicio d estimular la conformación de asociaciones, ligas o alianzas de usuarios en salud.

El Decreto [1757](#) de 1994, define la Alianza o asociación de usuarios, como una agrupación de afi del régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tier derecho a utilizar unos servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación y que velará por calidad del servicio y la defensa del usuario.

Teniendo en cuenta que en el marco de la Ley [1122](#) de 2007, se señala como uno de los ejes el desarrollo de la participación social y el Decreto [1018](#) de 2007 le asigna tales funciones a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, es deber de esta reorientar el proceso d asociaciones de usuarios con el propósito de incorporarlo como un verdadero elemento de apoyo mejorar la prestación del servicio de salud en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y C

En tal sentido y con el soporte constitucional y la normatividad que desarrolla la participación ciu en el Estado colombiano, la Superintendencia Nacional de Salud, señala los parámetros para implementar esta figura en los entes vigilados de la siguiente forma:

2.1.1 CONFORMACIÓN DE ASOCIACIONES DE USUARIOS.

En cada Departamento del país podrá existir una Asociación, Liga o Alianza por cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios y Prestadora de Servicios de Salud, donde esta tenga pre Representantes de ellas conformarán la Asociación, Liga o Alianza del orden nacional.

Cada Asociación, Liga o Alianza, tiene la facultad de promover la conformación de comités especializados (enfermos de alto costo, enfermedades ruinosas, etc.), en cumplimiento de la funci específica para la cual fue creada y se someterá a los estatutos y reglamento interno de cada Asoc Liga o Alianza.

La conformación de las asociaciones de usuarios deberá ser promovida y realizada por las entidades administradoras y prestadoras del servicio de salud mediante convocatoria pública, a través de un de alta divulgación local, regional o nacional, durante los sesenta (60) días calendario siguientes a expedición de la presente Circular. En caso de que la entidad administradora o prestadora del serv convoque su conformación dentro del término señalado, los afiliados por iniciativa propia lo pod hacer y así lo comunicarán a la Entidad y a la Superintendencia Nacional de Salud.

En la conformación se elaborará un acta de constitución en la que se relacionará el nombre de sus integrantes y la Junta Directiva conformada por presidente, secretario y tesorero; también deberá nombrarse un revisor fiscal que no hará parte de dicha Junta. El acta también deberá contener la identificación de la asociación, liga o alianza, la identificación de sus integrantes, calidad de afiliación, dirección de residencia, contacto telefónico y el período para el que se haya constituido.

Copia escaneada del acta deberá ser remitida a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y Participación Ciudadana de la Superintendencia Nacional de Salud, a través de un medio magnético, en formato técnico que se anexa a esta Circular.

<Inciso modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades administradoras o prestadoras del servicio deberán reportar a través del enlace que para tal fin se disponga en la página de la Superintendencia www.supersalud.gov.co la información de las asociaciones de usuarios conformadas durante los primeros 10 días de los meses de enero, abril, julio, octubre, y sus modificaciones inmediatamente suceda el cambio.

<Inciso modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Igualmente los representantes de las EAPB reportarán a través de este enlace copia de las actas de reuniones merced con las asociaciones; así mismo informarán los correctivos pertinentes y el resultado de esta gestión acuerdo con las problemáticas y/o acciones de mejoramiento en la prestación de servicios consignados en las actas.

2.1.2. VEEDURÍAS EN SALUD PARA EL EJERCICIO DEL CONTROL SOCIAL.

La Asociación, Liga o Alianza podrá conformar Comités de Veeduría en Salud, para los planes y programas de la EAPB y para la prestación de servicio de salud.

Es fundamental que las entidades aseguradoras y prestadoras del servicio de salud, faciliten el eje del control social acorde con la normatividad vigente y es deber de cada institución analizar y deliberar sobre las propuestas o recomendaciones que hagan los miembros de las veedurías a través de las asociaciones de usuarios para su posible implementación cuyo único propósito debe ser el de mejorar la calidad de la prestación del servicio.

La conformación de las veedurías ciudadanas por parte de las asociaciones de usuarios se somete a la Ley 850 de 2003, por medio de la cual se reglamentó la conformación de las veedurías ciudadanas.

Es importante tener en cuenta que los miembros de las asociaciones de usuarios deben observar las mismas inhabilidades, impedimentos e incompatibilidades que para tal efecto establece la norma que reglamenta las veedurías ciudadanas.

3. RENDICIÓN DE CUENTAS. <Título modificado por la Circular [52](#) de 2008>

<Inciso modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades administradoras o prestadoras del servicio deberán reportar a través del enlace que para tal fin se publique en la página de la Superintendencia www.supersalud.gov.co la información de la fecha de programación y lugar de realización de la audiencia pública de rendición de cuentas, a más tardar el 10 del mes de abril de cada año y sus modificaciones en las mismas condiciones, inmediatamente suceda el cambio.

En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se dará información sobre la gestión adelantada en la prestación del servicio de salud, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances

logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor.

<Inciso modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La realización y resultado de la Audiencia Pública de rendición de cuentas deberán ser informadas por las EAPB y prestadoras de servicios a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana de la Superintendencia Nacional de Salud, a través del mismo enlace, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la celebración en el formato técnico anexo a la presente circular.

Los compromisos adquiridos por las EAPB y la comunidad a través de las Asociaciones, ligas o Alianzas de Usuarios, estarán regulados por los principios de concertación y de amigable composición. En ningún momento se deberán emplear para interrumpir el normal desarrollo de la atención en salud.

4. CONSULTAS CIUDADANAS.

En el desarrollo del mandato constitucional y legal de la promoción de la participación ciudadana, la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, implementó un mecanismo denominado Consulta Ciudadana Espacio de interacción en donde todos los actores del sistema confluyen para dar a conocer propuestas de planes de mejoramiento en la prestación del servicio de salud y/o irregularidades que se estén presentando en la gestión administrativa, presupuestal, disciplinaria y de funcionamiento, entre otras, a las entidades administradoras y prestadoras del servicio de salud que vulneren los derechos de los usuarios en salud.

Las propuestas que presenten las personas que intervienen en la Consulta Ciudadana, serán clasificadas y evaluadas por la Superintendencia Nacional de Salud y de ellas se dará traslado a la entidad o institución competente para que estudie su viabilidad e implementación. De la decisión tomada por la Superintendencia Nacional de Salud, se informará al usuario que la haya presentado, si ha sido de manera particular, o a la organización social, si fue en representación de aquella. De igual forma, se le informará a la Superintendencia Nacional de Salud, sobre lo actuado.

La Consulta Ciudadana se desarrolla en todo el territorio nacional. En desarrollo de esta, la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, traslada una unidad móvil de Atención al Usuario, en la que se pueden presentar, de manera personalizada, las quejas y los reclamos sobre presuntas irregularidades en la prestación del servicio de salud.

Por tal razón, es obligatoria la presencia de un representante de la Oficina de Atención al Usuario, la Entidad Aseguradora y prestadora del servicio de salud en el sitio en donde se adelanta la Consulta Ciudadana, quien atenderá los requerimientos que haga el usuario de salud a través de los funcionarios de la Superintendencia Delegada y procurará en tiempo real darle solución definitiva a su petición.

La Superintendencia Nacional de Salud, hará el seguimiento a las peticiones allí presentadas y reportará, si así lo determina, a la entidad responsable para que informe sobre el estado de la petición.

<Inciso adicionado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los compromisos adquiridos por las entidades en las consultas ciudadanas realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud y las acciones para dar respuesta y solución deberán ser reportados a través del enlace que por fin se disponga en la página de la Superintendencia www.supersalud.gov.co dentro de los 10 días después de la realización del evento y en las mismas condiciones el reporte del cumplimiento de los compromisos en las fechas acordadas.

5. DEFENSOR DEL USUARIO.

Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo la implementación de la figura del Defensor del Usuario en Salud.

El defensor del usuario, conforme al artículo [42](#) de la Ley 1122 de 2007, dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud.

La función del defensor del usuario en salud será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital respecto de las quejas y reclamos relativas a la prestación de servicios de salud. Para tal efecto, conocerá, gestionará y dará traslado a las instancias competentes y comunicará al quejoso sobre su gestión y solución.

En tal sentido, la Superintendencia Nacional de Salud, con base en la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, instruirá para el desarrollo de esta figura de tal forma que sus funciones estén acorde con lo establecido en la ley; así será obligatorio para las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficio y Prestación de los Servicios de Salud, acatar las directrices que en tal sentido se expidan para su funcionamiento.

6. DISPOSICIONES ADICIONALES.

6.1. SUMINISTRO DE INFORMACIÓN A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

Todas las Instituciones del Sector Salud, están en la obligación de suministrar la información que requiera la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de sus funciones de inspección, vigilancia y control a la implementación y desarrollo de los procesos de participación social e institucional establecidos en la ley y las normas pertinentes.

De la misma forma, es deber de las entidades del sector salud, brindar apoyo, asesoría y acompañamiento a las acciones que adelanten las asociaciones o ligas de usuarios. Por lo tanto, se debe suministrar la información que sea requerida siempre y cuando esta no goce de reserva legal.

6.2. JORNADAS DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN.

Corresponde a todas las EAPB y prestadoras del servicio, desarrollar procesos y jornadas de formación y capacitación a los usuarios sobre el Sector Salud y del Sistema General de la Seguridad Social en además de los mecanismos de participación ciudadana establecidos en las normas vigentes.

Para el efecto mencionado, las organizaciones sociales podrán apoyarse en las entidades públicas y privadas que adelanten procesos de formación y capacitación en procesos participativos como por ejemplo la Escuela Superior de la Administración Pública, ESAP, las entidades del sector salud, académico e incluso solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud, colaboración en tal sentido.

7. INSPECCIÓN Y VIGILANCIA.

La Superintendencia Nacional de Salud, en uso de sus facultades legales, adelantará visitas a los componentes del sistema con el objeto de verificar la implementación, funcionamiento y desarrollo de los procesos participativos, así como los avances y logros en la interacción de la administración. En todo caso, se debe acceder a la información para la verificación de la implementación de los procesos y acceder a la documentación que requiera para su evaluación.

En virtud de lo anterior, las entidades destinatarias de la presente instrucción deberán implementar

dentro de los noventa (90) días siguientes a la entrada en vigencia de la presente circular, los compromisos adquiridos en los procesos de Participación Ciudadana, los cuales podrán ser verificados por la Superintendencia Nacional de Salud.

El incumplimiento de las instrucciones aquí impartidas por parte de las entidades a quienes va dirigida se entenderá como incumplimiento de obligaciones adquiridas mediante la presente circular y dará lugar a las sanciones de ley.

Para el cumplimiento de la funciones de Inspección, Vigilancia y Control, la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, informará previamente a los sujetos de control de la visita que hará a la Oficina de Atención al Usuario, así como a la Oficina de Participación Social, en donde se hará un proceso evaluativo del funcionamiento, implementación y desarrollo de los procesos de Atención al Usuario y la Participación Ciudadana.

Estas visitas también podrán realizarse sin previo aviso, cuando la Superintendencia Nacional de Salud así lo decida, lógicamente teniendo en cuenta denuncias sobre irregularidades en la prestación del servicio de salud o por acto motivado por algunas de las Superintendencias Delegadas.

El proceso de Inspección, Vigilancia y Control, que adelante la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, así como los procesos sancionatorios, serán los mismos que adopte la Superintendencia Nacional de Salud en uso de sus funciones y facultades legales.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

CAPITULO II.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

El presente capítulo determina los parámetros que implementará la Superintendencia Nacional de Salud para que bajo las funciones de Inspección, Vigilancia y Control, los entes vigilados desarrollen los procesos de participación social señalados en la Constitución Política de Colombia, la Ley [91](#) de la ley [100](#) de 1993, el Decreto [1757](#) de 1994, los Decretos [1301](#) de 1994 y [1795](#) de 2000, la Ley [3](#) de 1997, la Ley [1122](#) de 2007, el Decreto [1018](#) de 2007 y las demás normas pertinentes.

1. INTRODUCCIÓN NORMATIVA.

Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, con base en el numeral 7o del artículo [37](#) de la Ley 1122 de 2007, promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana.

De igual forma, según el numeral 9 del artículo [4o](#) del Decreto 1018 de 2007, promover la participación ciudadana y establecer los mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad.

La Ley 100 de 1993, en el numeral 7 del artículo [153](#) señala que el Sistema General de la Seguridad Social en Salud, estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

Consecuente con el artículo [156](#) de la citada norma, en el literal h) se señala: “Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras del servicio”.

Por su parte, el párrafo tercero del artículo [157](#), preceptúa: “Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comun de los afiliados al SGSSS. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territorial y otros tipos de asociación, y podrán cobrar una cuota de afiliación”.

El artículo [231](#) de la misma norma, referente al ejercicio del control social, señala: “Sin perjuicio demás mecanismos de control, y con el fin de garantizar cobertura, eficiencia y calidad de servicio, la prestación de los servicios de salud será objeto de control por parte de las veedurías comunitarias elegidas popularmente, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto”.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley [100](#) de 1993, trae en su normatividad elementos necesarios para involucrar a la sociedad en su desarrollo e implementación. Esa participación inicialmente la encontramos a través de la conformación de asociaciones de usuarios cuyo objetivo es velar por la calidad de la prestación del servicio y la defensa del usuario. Este se complementa con el ejercicio del control social por medio de la constitución de veedurías comunitarias.

La base constitucional de esta forma participativa la encontramos en los artículos [20](#) y [38](#) de la Constitución Política al señalarnos como fines del Estado la participación ciudadana y la garantía que tiene la población colombiana de la libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en la sociedad.

Por lo tanto, los usuarios del Sistema General de la Seguridad Social en Salud y del Sector Salud tienen la facultad legal y constitucional de conformar las asociaciones de usuarios y las veedurías en salud.

2. DE LAS MODALIDADES DE LA PARTICIPACIÓN.

Con la normatividad señalada y con la expedición del Decreto [1757](#) de 1994, se fijan las modalidades y formas de la participación social en la prestación de los servicios de salud.

Por lo anterior, las entidades del Sistema General de la Seguridad Social y en general las del sector salud, deben implementar y desarrollar la participación en salud, como uno de los instrumentos para involucrar a los afiliados en la toma de decisiones que les afectan y para ello adoptarán las siguientes formas participativas.

2.1 PARTICIPACIÓN EN SALUD.

La participación en salud se conforma de: la participación social y la participación en las instituciones del Sistema General de la Seguridad Social en Salud y del sector salud.

La participación social comprende la participación ciudadana, entendida como el ejercicio de los derechos y deberes del individuo; y la participación comunitaria, como el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para intervenir en decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

Por su parte la participación institucional es la interacción de los usuarios con los servidores públicos para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación de los servicios en salud.

Para dar cumplimiento a lo establecido, las entidades administradoras y prestadoras del servicio deben estimular la conformación de asociaciones, ligas o alianzas de usuarios en salud.

El Decreto [1757](#) de 1994, define la Alianza o asociación de usuarios, como una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene derecho a utilizar unos servicios de salud de acuerdo con su sistema de afiliación y que velará por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

Teniendo en cuenta que en el marco de la Ley [1122](#) de 2007, se señala como uno de los ejes el desarrollo de la participación social y el Decreto [1018](#) de 2007 le asigna tales funciones a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, es deber de esta reorientar el proceso de asociaciones de usuarios con el propósito de incorporarlo como un verdadero elemento de apoyo para mejorar la prestación del servicio de salud en el marco del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

En tal sentido y con el soporte constitucional y la normatividad que desarrolla la participación ciudadana en el Estado colombiano, la Superintendencia Nacional de Salud, señala los parámetros para implementar esta figura en los entes vigilados de la siguiente forma:

2.1.1 CONFORMACIÓN DE ASOCIACIONES DE USUARIOS.

En cada Departamento del país podrá existir una Asociación, Liga o Alianza por cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios y Prestadora de Servicios de Salud, donde esta tenga representantes. Los representantes de ellas conformarán la Asociación, Liga o Alianza del orden nacional.

Cada Asociación, Liga o Alianza, tiene la facultad de promover la conformación de comités especializados (enfermos de alto costo, enfermedades ruinosas, etc.), en cumplimiento de la función específica para la cual fue creada y se someterá a los estatutos y reglamento interno de cada Asociación, Liga o Alianza.

La conformación de las asociaciones de usuarios deberá ser promovida y realizada por las entidades administradoras y prestadoras del servicio de salud mediante convocatoria pública, a través de un proceso de alta divulgación local, regional o nacional, durante los sesenta (60) días calendario siguientes a la expedición de la presente Circular. En caso de que la entidad administradora o prestadora del servicio no convoque su conformación dentro del término señalado, los afiliados por iniciativa propia lo podrán hacer y así lo comunicarán a la Entidad y a la Superintendencia Nacional de Salud.

En la conformación se elaborará un acta de constitución en la que se relacionará el nombre de sus integrantes y la Junta Directiva conformada por presidente, secretario y tesorero; también deberá nombrarse un revisor fiscal que no hará parte de dicha Junta. El acta también deberá contener la identificación de la asociación, liga o alianza, la identificación de sus integrantes, calidad de afiliación, dirección de residencia, contacto telefónico y el período para el que se haya constituido.

Copia escaneada del acta deberá ser remitida a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y Participación Ciudadana de la Superintendencia Nacional de Salud, a través de un medio magnético, en formato técnico que se anexa a esta Circular.

Las entidades administradoras y prestadoras del servicio de salud, que ya tengan conformada la asociación, liga o alianza, remitirán, dentro del mismo término y modalidad antes señalado, la información solicitada a la Superintendencia Nacional de Salud. Para una mejor organización, la Asociación, Liga o Alianza deberá elaborar sus propios estatutos y reglamento interno para su funcionamiento.

Los representantes de las asociaciones y la correspondiente EAPB, se reunirán por lo menos una vez al mes con el fin de presentar a esta las presuntas irregularidades que se estuvieren cometiendo en la

prestación del servicio; una vez la entidad verifique las situaciones que haya dado a conocer la asociación, realizará los correctivos pertinentes y el resultado de esta gestión será informado a la asociación, liga o Alianza en la reunión del siguiente mes.

2.1.2. VEEDURÍAS EN SALUD PARA EL EJERCICIO DEL CONTROL SOCIAL.

La Asociación, Liga o Alianza podrá conformar Comités de Veeduría en Salud, para los planes y programas de la EAPB y para la prestación de servicio de salud.

Es fundamental que las entidades aseguradoras y prestadoras del servicio de salud, faciliten el eje del control social acorde con la normatividad vigente y es deber de cada institución analizar y del sobre las propuestas o recomendaciones que hagan los miembros de las veedurías a través de las asociaciones de usuarios para su posible implementación cuyo único propósito debe ser el de mejor calidad de la prestación del servicio.

La conformación de las veedurías ciudadanas por parte de las asociaciones de usuarios se somete a la Ley 850 de 2003, por medio de la cual se reglamentó la conformación de las veedurías ciudadanas.

Es importante tener en cuenta que los miembros de las asociaciones de usuarios deben observar las mismas inhabilidades, impedimentos e incompatibilidades que para tal efecto establece la norma que reglamenta las veedurías ciudadanas.

3. REALIZACIÓN DE AUDIENCIAS PÚBLICAS.

Por mandato legal, las entidades de salud, deben adelantar procesos de rendición de cuentas a la comunidad, por lo menos una vez al año. En tal sentido, las entidades administradoras de los planes de beneficios y prestadoras del servicio de salud deberán convocar, programar, organizar y desarrollar la rendición de cuentas a través de las Audiencias Públicas.

En las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas, se dará información sobre la gestión adelantada en la prestación del servicio de salud, el manejo presupuestal, financiero y administrativo, los avances y logros obtenidos como producto de las reuniones concertadas con las asociaciones respectivas y las acciones correctivas tomadas por el ejercicio del proceso veedor.

La realización y resultado de la Audiencia Pública de rendición de cuentas deberá ser informado por la EAPB y prestadora de servicio a la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana de la Superintendencia Nacional de Salud, en medio magnético, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la celebración de la misma en formato técnico anexo a la presente circular.

Los compromisos adquiridos por las EAPB y la comunidad a través de las Asociaciones, ligas o Alianzas de Usuarios, estarán regulados por los principios de concertación y de amigable composición, en ningún momento se deberán emplear para interrumpir el normal desarrollo de la atención en salud.

4. CONSULTAS CIUDADANAS.

En el desarrollo del mandato constitucional y legal de la promoción de la participación ciudadana, la Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, implementó un mecanismo denominado Consulta Ciudadana Espacio de interacción en donde todos los actores del sistema confluyen para dar a conocer propuestas de planes de mejoramiento en la prestación del servicio de salud y/o irregularidades que se estén presentando en la gestión administrativa, presupuestal, disciplinaria y de funcionamiento, entre otras.

las entidades administradoras y prestadoras del servicio de salud que vulneren los derechos de los usuarios en salud.

Las propuestas que presenten las personas que intervienen en la Consulta Ciudadana, serán clasificadas y evaluadas por la Superintendencia Nacional de Salud y de ellas se dará traslado a la entidad o institución competente para que estudie su viabilidad e implementación. De la decisión tomada por la entidad última se informará al usuario que la haya presentado, si ha sido de manera particular, o a la organización social, si fue en representación de aquella. De igual forma, se le informará a la Superintendencia Nacional de Salud, sobre lo actuado.

La Consulta Ciudadana se desarrolla en todo el territorio nacional. En desarrollo de esta, la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, traslada una unidad móvil de Atención al Usuario, en la que se pueden presentar, de manera personalizada, las quejas y los reclamos sobre presuntas irregularidades en la prestación del servicio de salud.

Por tal razón, es obligatoria la presencia de un representante de la Oficina de Atención al Usuario Entidad Aseguradora y prestadora del servicio de salud en el sitio en donde se adelanta la Consulta Ciudadana, quien atenderá los requerimientos que haga el usuario de salud a través de los funcionarios de la Superintendencia Delegada y procurará en tiempo real darle solución definitiva a su petición.

La Superintendencia Nacional de Salud, hará el seguimiento a las peticiones allí presentadas y reportará, si así lo determina, a la entidad responsable para que informe sobre el estado de la petición.

5. DEFENSOR DEL USUARIO.

Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo, la implementación de la figura del Defensor del Usuario en Salud.

El defensor del usuario, conforme al artículo [42](#) de la Ley 1122 de 2007, dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud.

La función del defensor del usuario en salud será la de ser vocero de los afiliados ante las respectivas EPS en cada departamento o en el Distrito Capital respecto de las quejas y reclamos relativas a la prestación de servicios de salud. Para tal efecto, conocerá, gestionará y dará traslado a las instancias competentes y comunicará al quejoso sobre su gestión y solución.

En tal sentido, la Superintendencia Nacional de Salud, con base en la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, instruirá para el desarrollo de esta figura de tal forma que sus funciones estén acorde con lo establecido en la ley; así será obligatorio para las Entidades Administradoras de los Planes de Beneficio y Prestación de los Servicios de Salud, acatar las directrices que en tal sentido se expidan para su funcionamiento.

6. DISPOSICIONES ADICIONALES.

6.1. SUMINISTRO DE INFORMACIÓN A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

Todas las Instituciones del Sector Salud, están en la obligación de suministrar la información que requiera la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de sus funciones de inspección, vigilancia y control a la implementación y desarrollo de los procesos de participación social e institucional establecidos en la ley y las normas pertinentes.

De la misma forma, es deber de las entidades del sector salud, brindar apoyo, asesoría y

acompañamiento a las acciones que adelanten las asociaciones o ligas de usuarios. Por lo tanto, se debe suministrar la información que sea requerida siempre y cuando esta no goce de reserva legal.

6.2. JORNADAS DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN.

Corresponde a todas las EAPB y prestadoras del servicio, desarrollar procesos y jornadas de formación y capacitación a los usuarios sobre el Sector Salud y del Sistema General de la Seguridad Social en además de los mecanismos de participación ciudadana establecidos en las normas vigentes.

Para el efecto mencionado, las organizaciones sociales podrán apoyarse en las entidades públicas y privadas que adelanten procesos de formación y capacitación en procesos participativos como por ejemplo la Escuela Superior de la Administración Pública, ESAP, las entidades del sector salud, académico e incluso solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud, colaboración en tal sentido.

7. INSPECCIÓN Y VIGILANCIA.

La Superintendencia Nacional de Salud, en uso de sus facultades legales, adelantará visitas a los componentes del sistema con el objeto de verificar la implementación, funcionamiento y desarrollo de los procesos participativos, así como los avances y logros en la interacción de la administración. En todo caso, se podrá acceder a la información para la verificación de la implementación de los procesos y acceder a la documentación que requiera para su evaluación.

En virtud de lo anterior, las entidades destinatarias de la presente instrucción deberán implementar dentro de los noventa (90) días siguientes a la entrada en vigencia de la presente circular, los compromisos adquiridos en los procesos de Participación Ciudadana, los cuales podrán ser verificados por la Superintendencia Nacional de Salud.

El incumplimiento de las instrucciones aquí impartidas por parte de las entidades a quienes va dirigida, se entenderá como incumplimiento de obligaciones adquiridas mediante la presente circular y dará lugar a las sanciones de ley.

Para el cumplimiento de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control, la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, informará previamente a los sujetos de control de la visita que hará a la Oficina de Atención al Usuario, así como a la Oficina de Participación Social, en donde se hará un proceso evaluativo del funcionamiento, implementación y desarrollo de los procesos de Atención al Usuario y la Participación Ciudadana.

Estas visitas también podrán realizarse sin previo aviso, cuando la Superintendencia Nacional de Salud así lo decida, lógicamente teniendo en cuenta denuncias sobre irregularidades en la prestación del servicio de salud o por acto motivado por algunas de las Superintendencias Delegadas.

El proceso de Inspección, Vigilancia y Control, que adelante la Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario, así como los procesos sancionatorios, serán los mismos que adopte la Superintendencia Nacional de Salud en uso de sus funciones y facultades legales.

Uno de los ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control con base en los cuales la Superintendencia Nacional de Salud ejerce sus funciones, es la “atención al usuario y participación social” cuyo objetivo es, además de velar por los derechos de los usuarios y el cumplimiento de los deberes por parte de los prestadores, apunta a la promoción de la participación ciudadana y el ejercicio del control social. Es por ello que las EAPB e IPS, deben promocionar y promover los mecanismos de participación ciudadana, control social y de protección al usuario del servicio de salud, a partir del cual se deben implementar las acciones

correspondientes para garantizar que los sujetos vigilados permitan y promuevan de cara a sus usuarios la ciudadanía en general, el ejercicio de los mecanismos de participación ciudadana y control social consagrados en la Constitución y en el Decreto [1757](#) de 1994.

Para efectos de lo anterior, se dictan las siguientes instrucciones:

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directamente a la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

1. ALIANZA O ASOCIACIÓN DE USUARIOS. <Subnumeral modificado por la Circular [2](#) de 2020, el nuevo texto es el siguiente:>

Las EAPB e IPS, deberán adelantar las acciones necesarias para promover y fortalecer el ejercicio de la participación social acorde con la normatividad vigente. Por lo cual, deberán garantizar a sus usuarios la materialización del derecho a conformar la asociación de sus usuarios.

La convocatoria debe realizarse teniendo en cuenta al menos los siguientes aspectos:

Las EAPB e IPS públicas, deben realizarla por todos los canales de comunicación y atención al usuario con que cuenta la entidad y, adicionalmente, por un medio masivo de comunicación en la jurisdicción correspondiente. Las IPS privadas, deben realizarla por todos los canales de comunicación y atención al usuario con que cuente. - La convocatoria deberá publicarse al menos tres (3) veces durante los dos meses anteriores a la fecha de la realización de la asamblea.

Las EAPB e IPS, deberán reportar de manera obligatoria a través del archivo tipo GT004- Alianza o Asociación de Usuarios, en el sistema de recepción, validación y cargue-NRVCC, la información sobre la conformación de dichas asociaciones, la cual deberá permanecer completa y actualizada cada vez que presente una novedad.

Notas de Vigencia

- Subnumeral modificado por la Circular [2](#) de 2020, 'Reporte de información', publicada en el Diario Oficial No. 51.211 de 29 de enero 2020.
- Título modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 8 de 2018:

1. ALIANZA O ASOCIACIÓN DE USUARIOS: <Subnumeral modificado por la Circular [8](#) de 2018, el nuevo texto es el siguiente:>

El nuevo texto es el siguiente:>

Las EAPB e IPS, deberán adelantar las acciones necesarias para promover y fortalecer el ejercicio de participación social acorde con la normatividad vigente. Por lo cual, deberán garantizar a sus usuarios la materialización del derecho a conformar la asociación de sus usuarios.

La convocatoria debe realizarse teniendo en cuenta al menos los siguientes aspectos:

- Las EAPB e IPS públicas, deben realizarla por todos los canales de comunicación y atención al usuario con que cuenta la entidad y, adicionalmente, por un medio masivo de comunicación en la jurisdicción correspondiente.
- Las IPS privadas, deben realizarla por todos los canales de comunicación y atención al usuario con que cuenta.
- La convocatoria deberá publicarse al menos 3 veces durante los dos (2) meses anteriores a la fecha de la realización de la asamblea.

Las EAPB e IPS, deberán reportar de manera obligatoria a través del aplicativo <https://nrvc.supersalud.gov.co/> en el módulo de Datos Generales, la información sobre la conformación de dichas asociaciones, la cual deberá permanecer completa y actualizada cada vez que se presente una novedad. Adicionalmente, debe remitirse copia escaneada de las actas de constitución de las asociaciones de usuarios, dentro de los 10 días hábiles siguientes a través del mismo aplicativo.

En el acta de constitución se relacionará el nombre de sus integrantes y la Junta Directiva conformada por presidente, secretario y tesorero; también deberá nombrarse un revisor fiscal que no hará parte de dicha junta. El acta también deberá contener la identificación de la asociación, liga o alianza, la identificación de sus integrantes, calidad de afiliado a la EAPB o usuario de la IPS, según corresponda, dirección de residencia, contacto telefónico y el periodo para el que se haya constituido.

Igualmente, deberán mantener en sus archivos copia de las citadas actas y las actas de reuniones mensuales con las asociaciones, así mismo de las acciones correctivas pertinentes y el resultado de la gestión de acuerdo con las problemáticas y/o acciones de mejoramiento en la prestación de servicios consignados en las actas.

La convocatoria que realicen las EAPB e IPS deberá garantizar la conformación de la respectiva asociación de usuarios, sin que ello las faculte para intervenir en las decisiones propias de dichas asociaciones, quienes actuarán bajo los principios de independencia y autonomía en su constitución y ejercicio de sus funciones.

Las EAPB e IPS deberán respetar las asociaciones y alianzas de usuarios que conformadas con anterioridad a la expedición de la presente circular y reconocer las asociaciones de usuarios que se conformen por iniciativa de los usuarios, garantizando el ejercicio de la participación social en su gestión.

Instrucciones específicas para las EAPB

Las EAPB deben garantizar la conformación de al menos una (1) asociación de usuarios por cada departamento en las regiones en las que opere. Para la verificación de la garantía de este derecho, entidades vigiladas deberán realizar la convocatoria pública para tal efecto.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directame la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

1.1. PUBLICACIÓN ACTOS DE CONFORMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO. <Subnumeral mo por la Circular [8](#) de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

Las EAPB e IPS, deberán publicar y mantener actualizada la información relacionada con los meca de participación social en un lugar visible y de fácil acceso de su página web, mínimo con la sigueie información:

- Asociación(es) o alianza(s) de usuarios conformadas.
- Dirección, lugar y horario de reuniones de la asociación o asociaciones y datos de contacto, que le las asociaciones.
- Orientación sobre el proceso de afiliación a la asociación(es) o alianza(s) de usuarios, indicando l de contacto (nombre, dirección física, dirección electrónica y teléfono) del responsable de la afiliac asociación o alianza de usuarios.
- Nombres, apellidos y fecha de elección de los representantes de la alianza o asociación de usuario instancias definidas en la normatividad vigente.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directame la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

1.2. RENDICIÓN DE CUENTAS. [\(22\)](#) <Subnumeral modificado por la Circular [8](#) de 2018. El nuev es el siguiente:>

La rendición de cuentas es una herramienta de control social que implica el suministro de informac gestión y sus resultados a la comunidad⁽²³⁾. Este proceso tiene como finalidad la búsqueda de la transparencia y la retroalimentación desde la perspectiva ciudadana para, a partir de allí, lograr la a de medidas tendientes al mejoramiento y materializar el principio constitucional en virtud del cual Colombia es un Estado participativo y la consagración de la transparencia como uno de los principi Sistema General de Seguridad Social que exige que las relaciones entre actores sean públicas, clara visibles⁽²⁴⁾.

a) Instrucciones específicas para EAPB

La rendición de cuentas debe caracterizarse por la apertura de información a la ciudadanía y la posi de interacción, para ello se requiere que las entidades vigiladas dispongan de:

- Reportes trimestrales publicados en la página web institucional sobre caracterización de sus afilia

indicadores de gestión del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la entidad y la satisfacción de los usuarios. Debe publicarse dentro de los 20 días primeros calendario de los meses de abril, julio, y enero.

- Micrositio de Rendición de Cuentas en la página web donde se encuentre permanentemente disponible información relacionada por lo menos con: el estado de la contratación de la red prestadora de servicios, nivel de complejidad, cantidad de afiliados, cifras de nuevos afiliados y de las novedades presentadas indicando cantidad de traslados desde y hacia otras EAPB, movilidad, portabilidad, suspensiones, entre otros; cantidad de Oficinas de Atención al Usuario y gestión de cada una de ellas, tiempos de espera y atención de los usuarios por canal y resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios. La información debe actualizarse al menos trimestralmente.

En este micrositio debe, además, permitirse la interacción de la comunidad de manera que pueda publicar sus comentarios u observaciones y solicitar información relacionada con la función del aseguramiento en el cargo de la vigilada y de la gestión de la entidad. Así mismo deberá contener, los informes de las audiencias públicas de rendición de cuentas que se presenten a la comunidad.

b) Instrucciones específicas para ESE e IPS públicas

Deberán disponer de un Micrositio de Rendición de Cuentas en la página web, donde se encuentre permanentemente disponible información actualizada relacionada por lo menos con: los indicadores de gestión del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la entidad, satisfacción de los usuarios.

En este micrositio debe, además, permitirse la interacción de la comunidad de manera que pueda publicar sus comentarios u observaciones y solicitar información relacionada con la prestación de los servicios de salud y de la gestión de la entidad.

Así mismo deberán publicarse, los informes de las audiencias públicas de rendición de cuentas que se presenten a la comunidad.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directamente en la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

1.2.1. REPORTE DE LA FECHA DE LA AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS

<Subnumeral modificado por la Circular [8](#) de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

La fecha de programación y lugar de la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas, una vez cumplida, con corte a 31 de diciembre, deberá reportarse a la Superintendencia Nacional de Vigilancia y Control de la Salud a más tardar el 10 de abril de la siguiente vigencia y, en caso de modificación de fecha de la audiencia pública, la nueva fecha deberá reportarse con al menos 20 días calendario de anterioridad a la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas, con el formato Archivo Tipo GT003, a través de la Plataforma de Rendición de Cuentas (PlNRVCC).

Lo anterior sin perjuicio de que las vigiladas puedan realizar más de una audiencia pública de rendi cuentas.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directame la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

1.2.2. CONVOCATORIA A LA AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS. <Sub modificado por la Circular [8](#) de 2018. El nuevo texto es el siguiente:>

La convocatoria a la audiencia pública de rendición de cuentas deberá cumplir con los siguientes re

- Convocar a usuarios y ciudadanía en general a la rendición, en un término no inferior a un mes de realización.
- La convocatoria deberá realizarse a través de la página web de la respectiva entidad y de todos sus de comunicación. Además, se debe publicar por los menos 2 veces durante dicho término con inter menos 10 días, en un medio de amplia circulación, con cobertura en la jurisdicción donde cuenta co afiliados.
- Las EAPB, Empresas Sociales del Estado e IPS públicas, deberán publicar en su página web, a m el 10 de abril de cada vigencia, la fecha de programación y lugar de la realización de la audiencia p rendición de cuentas.
- En caso de que se presente modificación en la fecha de la audiencia pública, la nueva fecha se det publicar con al menos 20 días calendario de anterioridad a la realización y difundirse por todos mec establecidos para la audiencia inicial. En todo caso la audiencia pública de rendición de cuentas de vigencia cumplida deberá realizarse a más tardar el 31 de julio de la siguiente vigencia.
- En el acto de convocatoria se debe indicar a la ciudadanía el mecanismo para que los interesados p participar activamente en la audiencia de rendición de cuentas. El informe que se rendirá a la ciuda la audiencia pública deberá ser difundido en la página web de la entidad, 30 días antes de la realiza la audiencia.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directame la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

1.2.3. DESARROLLO Y CONTENIDO. <Subnumeral modificado por la Circular [8](#) de 2018. El nu es el siguiente:>

La audiencia pública deberá realizarse, por lo menos, en relación con los siguientes temas:

a) Prestación de servicios de salud

- Indicadores de oportunidad, y calidad de la atención en salud, y los servicios prestados. Comparat la vigencia anterior.
- Actividades de promoción y prevención desarrolladas durante la vigencia.
- Actividades de salud pública implementadas durante la vigencia, objeto de reporte en el marco de decenal de salud pública vigente y sus variaciones frente a la vigencia anterior.
- Información relacionada con la caracterización de los usuarios y la gestión del riesgo en salud.

Instrucciones específicas para EAPB

Las EAPB presentarán la red prestadora de servicios de salud y sus variaciones durante la vigencia, niveles de complejidad de los servicios.

b) Contratación

- Información actualizada de la evolución y estado actual de los procesos de contratación de la red, incluyendo prestadores y dispensación de medicamentos e insumos.
- Número, objeto, monto y estado de los contratos terminados y en ejecución durante el período obj rendición de cuentas.

c) Aspectos financieros:

- Incluir en la audiencia información relacionada con las condiciones financieras de la entidad y la { de los recursos del sistema.
- Análisis comparativo de la ejecución presupuestal con la vigencia anterior.
- Información sobre la gestión del riesgo financiero.
- Presentación y análisis del balance general y el estado de resultados comparado con al menos la ú vigencia.

d) Satisfacción de usuarios

- Análisis comparativo del comportamiento del total de las PQR presentadas, al menos, durante las dos (2) vigencias.
- Análisis de los principales motivos de peticiones, quejas, reclamos y solicitudes de información

presentadas en dichos períodos.

- Número de fallos de tutelas a favor de los usuarios en relación con la prestación de servicios de salud discriminado por motivos. Comparativo con la vigencia anterior.
- Mecanismos de atención prioritaria para personas con derechos a atención prioritaria o preferencial.
- Número de asociaciones de usuarios vigente.
- Informe de los logros obtenidos como producto del trabajo conjunto entre la Administración y las asociaciones de usuarios y demás instancias de participación de la entidad.
- Informe de las encuestas de satisfacción y plan de mejora implantados o en curso a partir de las deficiencias detectadas en la atención al usuario.

Las entidades deberán garantizar que los asistentes a la audiencia pública tengan un espacio en el que puedan participar activamente si así lo desean, sobre lo cual deberán pronunciarse en la misma audiencia dentro de los próximos diez (10) días hábiles a su realización a través de publicación en página web.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directamente en la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

1.2.4. ACTA DE REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA.

De la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas deberá levantarse acta que contenga, entre otros, los siguientes aspectos: i) Constancias de convocatorias, ii) forma como se garantizó la participación de la ciudadanía, iii) desarrollo de la audiencia, iv) relación de autoridades, grupos u organizaciones asistentes, v) respuestas y aclaraciones que se publicaron como consecuencia de las inquietudes surgidas en la audiencia vi) los compromisos adquiridos en el marco de la audiencia, si los hubiere, junto con los soportes de las acciones de cumplimiento y/o cronograma para el cumplimiento de los mismos.

El acta deberá ser publicada dentro de los 15 días hábiles siguientes a la realización de la audiencia pública, acompañada de los registros de asistencia, el informe final presentado en la audiencia pública y los soportes relacionados en el párrafo anterior.

Esta información deberá estar disponible en la página web institucional al menos durante tres (3) años siguientes a la realización de audiencia, sin perjuicio del deber de conservarla en los archivos de las respectivas entidades”.

Notas de Vigencia

- Título modificado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

<Consultar el texto vigente hasta la modificación introducida por la Circular 8 de 2018 directame la Legislación Anterior del Capítulo [II](#)>

TITULO VIII.

OTROS ACTORES.

CAPITULO I.

COMPAÑÍAS DE SEGUROS AUTORIZADAS PARA OPERAR EL RAMO SOAT.

Las Compañías de Seguros que operen el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito como responsable del flujo de los recursos de la salud deben cumplir con las disposiciones que regulan dicha actividad, consecuencia diligenciar la información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con la estructura y los requerimientos técnicos enunciados en los anexos técnicos de la Circular Un

La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma mensual con fecha de corte el día 30 ó 31 de cada mes, según sea el caso, y de acuerdo con la fecha límite de entrega según el siguiente cronograma.

Período de Corte	Fecha límite de presentación
A 31 de diciembre	20 de enero
A 31 de marzo	20 de abril
A 30 de junio	20 de julio
A 30 de septiembre	20 de octubre

CAPITULO II.

INDUMIL.

La Industria Militar, Indumil, deberá reportar a la Superintendencia Nacional de Salud la información mensual sobre ventas de municiones y explosivos y cantidad de salvoconductos expedidos con fecha de corte el día 30 de cada mes y con fecha límite de entrega el último día calendario del mes siguiente a la fecha de corte, de acuerdo con la estructura señalada en el anexo técnico.

CAPITULO III.

CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR QUE NO ADMINISTRAN RÉGIMEN SUBSIDIADO

La información solicitada a las Cajas de Compensación Familiar que no administran régimen subsidiado debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma mensual con fecha de corte el día 30 de cada mes y con fecha límite de entrega el último día calendario del mes siguiente a la fecha de corte, de conformidad con lo establecido en el correspondiente anexo técnico.

TITULO IX.

MEDIDAS ESPECIALES.

CAPITULO I.

MARCO LEGAL DE LAS ACCIONES Y MEDIDAS ESPECIALES.

1. RESEÑA HISTÓRICA.

<Numeral modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> A partir de la Ley 715 de 2001, la Superintendencia Nacional de Salud, en el cumplimiento de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control, tendrá como base, entre otros, el eje de acciones y medidas especiales en la atención de procesos de Intervención Forzosa Administrativa para Administrar o Liquidar las entidades sometidas a su vigilancia, enunciadas en el numeral 5 del artículo [37](#) de la ley en mención; la Intervención Técnica Administrativa a las Direcciones Territoriales de Salud, y ejercerá Inspección, Vigilancia y Control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud en los casos de Liquidaciones Voluntarias. Lo anterior, se considera necesario establecer en el presente Título, la información que deben reportar a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, los Agentes Interventores, Agentes Liquidadores y Contralor y/o Revisor Fiscal de entidades sometidas a las medidas especiales enunciadas.

En el mismo sentido, es preciso retomar lo establecido en el artículo [68](#) de la Ley 715 de 2001, en la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud de realizar la Inspección, Vigilancia y Control en el cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud y de los recursos del mismo sector, ejerciendo la Intervención Forzosa Administrativa para Administrar o Liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos, cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las Direcciones Territoriales de Salud, en concordancia con el Decreto [1015](#) de 2002, el procedimiento previsto en el Decreto-ley [663](#) de 1993, la Ley [510](#) de 1999, el Decreto [2211](#) de 2004 y las demás disposiciones que lo complementen o modifiquen.

Toda vez que el artículo [21](#) del Decreto 1018 de 2007, determina que corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para las Medidas Especiales, ejercer, entre otras funciones, el seguimiento de la gestión de los Agentes Interventores, Agentes Liquidadores y Contralor y/o Revisor Fiscal; e Inspección, Vigilancia y Control a las liquidaciones voluntarias, sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud.

Notas del Editor

La referencia al artículo [21](#) del Decreto 1018 de 2007, a raíz de su derogatoria, debe entenderse a la referencia al artículo [26](#) del Decreto 2462 de 2013, 'por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud', publicado en el Diario Oficial No. 48.967 de 7 de noviembre de 2013.

A su vez, la Resolución [1212](#) de 27 de julio de 2007 señala los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias, de acuerdo a las facultades legales impartidas por el Gobierno Nacional.

Están obligadas a dar cumplimiento al presente Título de la Circular Unica, las entidades que se encuentran sometidas a las siguientes medidas especiales:

1. Intervención Forzosa Administrativa para Administrar
2. Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar
3. Intervención Técnica Administrativa
4. Liquidaciones Voluntarias (supresión y liquidación)

Los Agentes Interventores, Liquidadores, y Contralores y/o Revisores Fiscales, serán designados por el Superintendente Nacional de Salud, en los casos de Intervención Forzosa Administrativa para Administrar, Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar e Intervención Técnica Administrativa, quienes, en conjunto con los Liquidadores y Revisores Fiscales en los casos de las Liquidaciones Voluntarias también, serán responsables, de remitir la información a la Superintendencia Nacional de Salud Delegada para Medidas Especiales.

En todo proceso de Intervención Forzosa Administrativa para Administrar o Liquidar, o Intervención Técnica Administrativa y Liquidaciones Voluntarias el Agente Interventor o Agente Liquidador, deberá presentar un informe preliminar dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la Toma de posesión de la Entidad. El informe debe contener los componentes: económico, jurídico, laboral, administrativo y técnico-científico.

Toda la información remitida a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, en cumplimiento al Título IX de esta circular, debe ser firmada, avalada, certificada y dictaminada por el caso por el Agente Interventor, Liquidador, Contralor y/o Revisor Fiscal, por lo tanto debe constar la firma digital tanto para el Agente Interventor o Liquidador como la firma para el Contralor y/o Revisor Fiscal.

Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 11 diciembre de 2008.
- Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 abril de 2008.

Doctrina Concordante

Concepto SUPERSALUD [734271](#) de 2021

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 49 de 2008:

1. A partir de la Ley [1122](#) de 2007, la Superintendencia Nacional de Salud en el cumplimiento de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control, tendrá como base entre otros, el eje de acciones y medidas especiales en la aplicación de procesos de Intervención Forzosa Administrativa para Administrar o Liquidar las entidades sometidas a su vigilancia, enunciadas en el numeral 5 del artículo [37](#) de la ley en mención; la Intervención Técnica y Administrativa a las Direcciones Territoriales de Salud, y ejercerá Inspección, Vigilancia y Control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud en los casos de Liquidaciones Voluntarias. Por lo anterior, se considera necesario establecer en el presente Título, la información que deben reportar a la Superintendencia Nacional de Salud Delegada para Medidas Especiales, los Agentes Interventores, Agentes Liquidadores y Contralor y Revisor Fiscal de entidades sometidas a las medidas especiales enunciadas.

En el mismo sentido, es preciso retomar lo establecido en el artículo [68](#) de la Ley 715 de 2001, en cuanto a la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud de realizar la Inspección, Vigilancia y Control, del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud y de los recursos, ejerciendo la Intervención Forzosa Administrativa para Administrar o Liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos, cedidos a salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las Direcciones Territoriales de Salud, en concordancia con el Decreto [1015](#) de 2002, el procedimiento previsto en el Decreto-ley 1993, la Ley [510](#) de 1999, el Decreto [2211](#) de 2004 y las demás disposiciones que lo complementen o modifiquen.

Toda vez que el artículo [21](#) del Decreto 1018 de 2007, determina que corresponde a la Superintendente Delegada para las Medidas Especiales, ejercer entre otras funciones, el seguimiento de la gestión de los Agentes Interventores, Agentes Liquidadores y Contralor y/o Revisor Fiscal; e Inspección, Vigilancia y Control a las liquidaciones voluntarias, sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud.

Están obligadas a dar cumplimiento al presente Título de la Circular Única, las entidades que se encuentren sometidas a las siguientes medidas especiales:

1. Intervención Forzosa Administrativa para Administrar.
2. Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar.
3. Intervención Técnica Administrativa.
4. Liquidaciones Voluntarias (supresión y liquidación).

Los Agentes Interventores, Liquidadores, y Contralores y/o Revisores Fiscales, serán designados por la Superintendente Nacional de Salud, en los casos de Intervención Forzosa Administrativa para Administrar, Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar e Intervención Técnica Administrativa, quienes junto con los Liquidadores y Revisores Fiscales en los casos de las Liquidaciones Voluntarias, también serán los responsables, de remitir la información a la Superintendencia Nacional de Salud, Superintendente Delegada para Medidas Especiales.

En todo proceso de Intervención Forzosa Administrativa para Administrar o Liquidar, o Intervención Técnica Administrativa y Liquidaciones Voluntarias, el Agente Interventor o Agente Liquidador, deberá presentar un informe preliminar dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la Toma de Posesión de la Entidad. El informe debe contener los componentes: económico, jurídico, laboral, administrativo y técnico-científico.

Los informes financieros deben ser dictaminados y conceptuados por el Contador y el Revisor Fiscal.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1. Reseña Histórica A partir de la Ley [1122](#) de 2007, la Superintendencia Nacional de Salud en el cumplimiento de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control, tendrá como base entre otros, la ejecución de acciones y medidas especiales en la aplicación de procesos de Intervención Forzosa Administrativa para Administrar o Liquidar las entidades sometidas a su vigilancia, enunciadas en el numeral 5 del artículo [37](#) de la ley en mención; la Intervención Técnica y Administrativa a las Direcciones Territoriales de Salud, y ejercerá Inspección, Vigilancia y Control sobre los derechos de los afiliados.

los recursos del sector salud en los casos de Liquidaciones Voluntarias. Por lo anterior, se considera necesario establecer en el presente Título, la información que deben reportar a la Superintendencia Agentes Interventores, Agentes Liquidadores y Contralor y/o Revisor Fiscal y/o Revisor Fiscales Revisores Fiscales de entidades sometidas a las medidas especiales enunciadas.

En el mismo sentido, es preciso retomar lo establecido en el artículo [68](#) de la Ley 715 de 2001, en cuanto a la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud de realizar la Inspección, Vigilancia y Control, del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud y de los recursos, ejerciendo la Intervención Forzosa Administrativa para Administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos, cedidos a salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, como para intervenir técnica y administrativamente las Direcciones Territoriales de Salud, en concordancia con el Decreto [1015](#) de 2002, el procedimiento previsto en el Decreto-ley 663 de 1999, el Decreto [2211](#) de 2004 y las demás disposiciones que lo complementen o modifiquen.

Toda vez que el artículo [21](#) del Decreto 1018 de 2007 determina que corresponde a la Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales, ejercer entre otras funciones, el seguimiento de la gestión de Agentes Interventores, Agentes Liquidadores y Contralor y/o Revisor Fiscal y/o Revisor Fiscales Revisores Fiscales; e Inspección, Vigilancia y Control a las liquidaciones voluntarias, sobre los recursos de los afiliados y los recursos del sector salud.

Están obligadas a dar cumplimiento al presente Título de la Circular Unica, las entidades que se encuentren sometidas a las siguientes medidas especiales:

1. Intervención Forzosa Administrativa para Administrar
2. Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar
3. Intervención Técnica Administrativa
4. Liquidaciones Voluntarias (supresión y liquidación)

Los responsables de remitir la información a la Superintendencia Nacional de Salud, según la medida especial adoptada, serán el Agente Interventor, el Agente Liquidador, el Contralor y/o Revisor Fiscal y el Revisor Fiscal.

Los agentes interventores y liquidadores responsables de adelantar las medidas especiales señaladas en el presente título de conformidad con las facultades legales serán designados por el Superintendente Nacional de Salud.

En todo proceso de Intervención Forzosa Administrativa para Administrar, Liquidar, o Intervención Técnica Administrativa; el Agente Interventor o Agente Liquidador, deberá presentar un informe preliminar dentro de los diez (10) días calendario posterior a la Toma de Posesión de la entidad. El informe debe contener los componentes económico, jurídico, laboral, administrativo y técnico-científico.

Los informes financieros deben ser dictaminados y conceptuados por el Contador y el Revisor Fiscal y el Contralor y/o Revisor Fiscal y/o Revisor Fiscal, según el caso.

CAPITULO II.

INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA PARA ADMINISTRAR.

<Capítulo II modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

1. INFORMACIÓN QUE DEBE REPORTAR EL AGENTE INTERVENTOR. <Capítulo II modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

1.1. INFORME PRELIMINAR. <Capítulo II modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Agente Interventor de la entidad sometida a Intervención Forzosa Administrativa para Administración deberá remitir un Informe preliminar en medio físico, dentro de los treinta

(30) días calendario posteriores a la Toma de Posesión de la entidad. Dicho informe debe contener:

1.1.1. Plan de acción del proceso de intervención, el cual debe incluir las actividades a realizar con el fin de subsanar los hechos que dieron origen a la toma de posesión.

1.1.2. Inventario de activos y pasivos, conforme a lo establecido en el artículo [4o](#) del Decreto 2211 de 1989.

1.2. INFORMES MENSUALES DE GESTIÓN. <Capítulo II modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Agente Interventor de la entidad sometida a Intervención Forzosa Administrativa para Administración deberá remitir, dentro de los primeros cinco (5) días de cada mes, un informe de gestión en medio físico de acuerdo con el desarrollo del plan de acción.

Estos informes deben presentarse mensualmente mientras dure la Intervención Forzosa; en dicho informe debe reportar la ejecución del Plan de acción.

1.3. INFORME TRIMESTRAL DE SEGUIMIENTO DE ACUERDO A ESTA CIRCULAR. <Capítulo II modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Agente Interventor de la entidad sometida a Intervención Forzosa Administrativa para Administración deberá reportar trimestralmente y de acuerdo a las fechas indicadas en esta circular y mientras dure la Intervención forzosa, la información de los componentes administrativos, económicos, jurídicos, la información técnica y Científica, en los tipos de archivos aquí señalados, aclarando que si no figura el tipo de archivo que debe ser remitido en medio físico.

A su vez deberá reportar trimestralmente a la Superintendencia Nacional de Salud la información relacionada con los demás Títulos de la presente Circular según su naturaleza y objeto social.

1.3.1. COMPONENTE ADMINISTRATIVO. <Capítulo II modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La información del componente administrativo debe contener:

1.3.1.1. Datos Generales de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 301).

1.3.1.2. Datos Generales del Agente Interventor y Revisor Fiscal (Véase Anexo Archivo Tipo 302).

1.3.1.3. Organigrama de la Entidad. (Medio Físico).

1.3.1.4. Existencia de Estatutos y Manuales de la Entidad (relacionar su existencia). (Medio Físico)

1.3.1.5. Procesos de planificación, organización, dirección y control (relacionar su existencia). (Medio Físico).

1.3.2. COMPONENTE ECONÓMICO. <Capítulo II modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La información del componente económico debe contener:

1.3.2.1. Presupuesto de la Entidad. (Medio Físico).

1.3.2.2. Balance General de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 303).

1.3.2.3. Estado de Resultados de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 304).

1.3.2.4. Gastos Administrativos Causación y Pago de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 305).

1.3.2.5. Flujo de Tesorería Ingresos y Gastos de la Intervención de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 306).

1.3.2.6. Relación UPCS por Cobrar de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 307). Relación de deudas excepto UPC-S por Cobrar de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 308).

1.3.2.8. Relación Propiedad Planta y Equipo de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 309).

1.3.2.9. Cuentas por pagar de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 310).

1.3.3. COMPONENTE JURÍDICO. <Capítulo II modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La información del componente jurídico debe contener:

1.3.3.1. Relación de procesos judiciales en curso a favor o en contra de la Entidad.

(Véase Anexo Archivo Tipo 312).

1.3.3.2. Relación detallada de los procesos de contratación de servicios o adquisición de bienes que encuentren en curso (Véase Anexo Archivo Tipo 314).

1.3.3.3. Relación de actos administrativos expedidos por el Agente Especial (Véase Anexo Archivo Tipo 315).

1.3.4. COMPONENTE LABORAL. <Capítulo II modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La información del componente laboral debe contener:

1.3.4.1. Planta de personal, personal del contrato y órdenes de prestación de servicios según su área (Véase Anexo Archivo Tipo 316).

1.3.4.2. Aplicación de convenciones colectivas (Medio Físico).

1.3.5. COMPONENTE TÉCNICO CIENTÍFICO. <Capítulo II modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El componente técnico-científico debe contener la información pertinente a las características de la intervenida de acuerdo a su actividad misional en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

1.4. INFORME FINAL. <Capítulo II modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Al concluir la Intervención Forzosa Administrativa, el Agente Interventor de la entidad designado por la Superintendencia Nacional de Salud, debe enviar a esta Delegada para Medidas Especiales, un informe de gestión en medio físico, en el que se indique la finalización del plan de acción del proceso de intervención, sin perjuicio de la información exigida en los demás Títulos de la presente circular se naturaleza y objeto social.

En el evento en que sea removido de su cargo el Agente Interventor designado por esta entidad o el Apoderado General designado por el Agente Interventor, debe remitir el Agente Interventor designado a esta superintendencia, el informe final de su gestión realizada a la fecha de su retiro, en medio físico.

2. PERIODOS DE PRESENTACIÓN POR PARTE DEL AGENTE INTERVENTOR. <Capítulo I modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La Información debe ser suministrada con oportunidad, calidad y pertinencia, confiabilidad y razonabilidad en los siguientes periodos:

2.1. Informe preliminar: Dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la Toma de Posesión de la entidad.

2.2. Siguiendo informes:

2.2.1. Informes de gestión mensuales mientras dure la Intervención.

2.2.2. Informes trimestrales de seguimiento: A más tardar, los días treinta (30) de abril, treinta y uno (31) de julio, treinta y uno (31) de octubre y el día veinticinco (25) de febrero del siguiente año.

Si la fecha de envío no es día hábil, deberá remitirse la información el último día hábil del mes.

2.3. Informe Final: Al concluir la Intervención.

Las entidades sometidas a Intervención Forzosa Administrativa para Administrar, deben enviar a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales la información establecida en este Título, sin perjuicio de la exigida de acuerdo con la naturaleza de la entidad, como lo establece el Título correspondiente de la Circular Unica de la Superintendencia Nacional de Salud.

Los informes trimestrales que debe remitir el Agente Interventor a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, deben ser validados, certificados y dictaminados con la firma del Contralor y/o Revisor Fiscal y número de matrícula profesional.

Las entidades sometidas a Intervención Forzosa Administrativa para Administrar deben enviar la información establecida en este Título, sin perjuicio de la exigida de acuerdo con la naturaleza de la entidad, como lo establece el Título correspondiente de la Circular Unica de la Superintendencia Nacional de Salud.

3. INFORMES QUE DEBE REPORTAR EL CONTRALOR Y/O REVISOR FISCAL. <Capítulo I modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Contralor ejerce funciones propias de un Revisor Fiscal conforme lo establece el inciso 2o numeral

del artículo [295](#) del Decreto-ley 663 de 1993.

El Contralor y/o Revisor Fiscal deberá remitir un informe preliminar en medio físico dentro de los 10 días (30) calendario posteriores a la toma de posesión de su cargo, en que incluya las observaciones y recomendaciones sobre aspectos relacionados con la situación administrativa, financiera, Jurídica, y técnico-científica. En este mismo informe, debe presentar el plan de trabajo que va a adelantar y el nombramiento como Contralor y/o Revisor Fiscal.

Igualmente, debe rendir un informe de sus actividades en el desempeño de sus funciones como Contralor y/o Revisor Fiscal en medio físico, independiente del informe de gestión del Agente Interventor, cada (30) días hasta la culminación del proceso de intervención.

Cuando el Contralor y/o Revisor Fiscal se separe del cargo, deberá presentar un (1) informe en medio físico consolidado de las actividades realizadas durante su permanencia en la entidad objeto de intervención dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de su Retiro.

Al concluir la Intervención Forzosa Administrativa, el Contralor y/o Revisor Fiscal de la entidad deberá enviar a esta Delegada para Medidas Especiales, un dictamen en medio físico de acuerdo a los parámetros establecidos en la Ley 43 del 1990, en el que se indique la finalización del proceso de intervención.

En caso de que se requiera modificar el Plan de trabajo, el Contralor y/o Revisor Fiscal deberá presentar un nuevo plan a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales.

4. PERIODOS DE PRESENTACIÓN POR PARTE DEL CONTRALOR Y/O REVISOR FISCAL

<Capítulo II modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La Información debe ser suministrada con oportunidad, calidad y pertinencia, confiabilidad y razonabilidad en los siguientes periodos:

4.1. Informe preliminar: Dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la Toma de Posesión del cargo.

4.2. Informes actividades: Mensualmente mientras dure la Intervención.

4.3. Informe Mensualmente mientras dure la Intervención.

4.4. Dictamen: Al concluir la Intervención. Los informes trimestrales que debe remitir el Agente Interventor a la Superintendencia Nacional

de Salud – Delegada para Medidas Especiales, deben ser validados, certificados y dictaminados con firma Digital del Contralor y/o Revisor Fiscal y número de matrícula profesional.

Las entidades sometidas a Intervención Forzosa Administrativa para Administrar, deben enviar la información establecida en este Título, sin perjuicio de la exigida de acuerdo con la naturaleza de la actividad, como lo establece el Título correspondiente de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.

Notas de Vigencia

- Capítulo II. modificado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de diciembre de 2008.
- Capítulo II. modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 47 de 2007:

CAPÍTULO II. Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar.

El Agente Interventor de la entidad sometida a Intervención Forzosa Administrativa para Administrar debe remitir un (1) informe de gestión y a su vez, deberá reportar trimestralmente a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, la información que a continuación se determina:

1. INFORMACIÓN QUE DEBE REPORTAR EL AGENTE INTERVENTOR.

Los informes a remitir deben incluir los componentes que se detallan a continuación, sin perjuicio de que la misma pueda ser complementada cuando sea del caso.

1.1. COMPONENTE ADMINISTRATIVO.

La información del componente administrativo debe contener:

- 1.1.1. Datos Generales de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 301).
- 1.1.2. Datos Generales del Agente Interventor y Revisor Fiscal (Véase Anexo Archivo Tipo 302).
- 1.1.3. Organigrama de la Entidad.
- 1.1.4. Existencia de Estatutos y Manuales de la Entidad (relacionar su existencia).
- 1.1.5. Procesos de planificación, organización, dirección y control (relacionar su existencia).

1.2. COMPONENTE ECONÓMICO.

La información del componente económico debe contener:

- 1.2.1. Presupuesto de la Entidad.
- 1.2.2. Balance General de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 303).
- 1.2.3. Estado de Resultados de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 304).
- 1.2.4. Gastos Administrativos - Causación y Pago de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 305).
- 1.2.5. Flujo de Tesorería - Ingresos y Gastos de la Intervención de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 306).
- 1.2.6. Relación UPC- S por Cobrar de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 307).
- 1.2.7. Relación de deudores excepto UPC-S por Cobrar de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 308).

1.2.8. Relación Propiedad Planta y Equipo de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 309).

1.2.9. Acreencias reconocidas de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 310)

1.2.10. Presupuesto de Gastos Administrativos de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 311).

1.3. COMPONENTE JURÍDICO.

La información del componente jurídico debe contener:

1.3.1. Relación de procesos judiciales en curso a favor o en contra de la Entidad. (Véase Anexo Archivo Tipo 312).

1.3.2. Relación detallada de los procesos de contratación de servicios (Véase Anexo Archivo Tipo 313).

1.3.3. Relación detallada de los procesos de contratación de servicios o adquisición de bienes que encuentren en curso (Véase Anexo Archivo Tipo 314).

1.3.4. Relación de actos administrativos expedidos por el Agente Especial (Véase Anexo Archivo Tipo 315).

1.4. COMPONENTE LABORAL.

La información del componente laboral debe contener:

1.4.1. Nómina de la entidad.

1.4.2. Informe de Recurso Humano (Véase Anexo Archivo Tipo 316).

1.4.3. Aplicación de convenciones colectivas.

1.4.4. Situación de los pensionados a cargo de la entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 317)

1.5. COMPONENTE TÉCNICO-CIENTÍFICO.

El componente técnico-científico debe contener la información pertinente a las características de la entidad intervenida de acuerdo a su actividad misional en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

2. INFORMES QUE DEBE REPORTAR EL CONTRALOR Y/O REVISOR FISCAL.

El Contralor ejerce funciones propias de un Revisor Fiscal conforme lo establece el Decreto-ley 600 de 1993.

El Contralor y/o Revisor Fiscal deberá remitir un informe preliminar dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la posesión del cargo del estado de la entidad en Intervención Forzosa Administrativa, en que incluya las observaciones y recomendaciones sobre aspectos relacionados con la situación administrativa, financiera, jurídica, laboral y técnico-científica. En este mismo informe, presentar el plan de trabajo y el cronograma de la auditoría que va a adelantar, igualmente un informe de gestión cada treinta (30) días hasta la culminación del proceso de intervención.

Cuando el Contralor y/o Revisor Fiscal se separe del cargo por cualquier causa, deberá presentar un informe consolidado de las actividades realizadas durante su permanencia en la entidad objeto de intervención, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de su retiro.

Los informes que deben remitir el Contralor y/o Revisor Fiscal a la Superintendencia Nacional de – Delegada para Medidas Especiales, deben validarse, certificarse y dictaminarse con su firma y r de matrícula profesional.

En caso que se requiera modificar el Plan de Auditoría, el Contralor y/o Revisor Fiscal deberá pre el nuevo plan a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales.

3. PERÍODOS DE PRESENTACIÓN POR PARTE DEL INTERVENTOR.

La información debe ser suministrada con oportunidad, calidad, pertinencia, confiabilidad y razonabilidad en los siguientes períodos:

3.1. Informe preliminar: Dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la Toma de Posesión entidad.

3.2. Sigüientes informes: informes de gestión mensuales mientras dure la intervención.

3.3. Informe Final: Al concluir la intervención.

Las entidades sometidas a Intervención Forzosa Administrativa para Administrar, deben enviar la información establecida en este Título, sin perjuicio de la exigida de acuerdo con la naturaleza de entidad, como lo establece el Título correspondiente de la Circular Unica de la Superintendencia Nacional de Salud.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

CAPÍTULO II. El Agente Interventor de la entidad sometida a Intervención Forzosa Administrativa para Administrar, debe remitir a la Superintendencia Nacional de Salud, la información que a continuación determina en el plazo establecido.

1. Información que debe reportar el Agente Interventor

Los informes a remitir deben incluir los componentes que se detallan a continuación, sin perjuicio que la misma pueda ser complementada cuando sea del caso.

1.1. Componente Administrativo

La información del componente administrativo debe contener:

1.1.1. Datos Básicos de la entidad (véase anexo SDME-IFAA-001).

1.1.2. Datos Básicos del Agente Interventor y Revisor Fiscal (véase anexo SDME-IFAA-002).

1.1.3. Organigrama de la entidad.

1.1.4. Existencia de Estatutos y Manuales (relacionar su existencia).

1.1.5. Procesos de planificación, organización, dirección y control (relacionar su existencia).

1.2. Componente Económico

La información del componente económico debe contener:

1.2.1. Presupuesto de la entidad.

- 1.2.2. Balance General (véase anexo SDME-IFAA-003).
- 1.2.3. Estado de Resultados (véase anexo SDME-IFAA-004).
- 1.2.4. Gastos Administrativos-Causación y Pago (véase anexo SDME-IFAA-005).
- 1.2.5. Flujo de Tesorería-Ingresos y Gastos de la intervención (véase anexo SDME- IFAA-006).
- 1.2.6. Relación UPC- S por Cobrar (véase anexo SDME-IFAA-007)
- 1.2.7. Relación de deudores excepto UPC-S por Cobrar (véase anexo SDME-IFAA-008)
- 1.2.8. Relación Propiedad Planta y Equipo (véase SDME-IFAA-009)
- 1.2.9. Acreencias reconocidas (véase anexo SDME-IFAA-0010)
- 1.2.10. Presupuesto de Gastos Administrativos (véase anexo SDME-IFAA-011)

1.3. Componente Jurídico

La información del componente jurídico debe contener:

- 1.3.1. Relación de procesos judiciales en curso a favor o en contra de la entidad. (véase anexo SD IFAA-012)
- 1.3.2. Relación de contratos detallados de procesos de contratación de servicios (véase anexo SD IFAA-013).
- 1.3.3. Relación detallada de los procesos de contratación de servicios o adquisición de bienes que encuentren en curso (véase anexo SDME-IFAA-014).
- 1.3.4. Relación de actos administrativos expedidos por el Agente Interventor (véase anexo SDME IFAA-015).

1.4. Componente Laboral

La información del componente laboral debe contener:

- 1.4.1. Nómina de la entidad.
- 1.4.2. Informe de Recurso Humano (véase anexo SDME-IFAA-016)
- 1.4.3. Aplicación de convenciones colectivas.
- 1.4.4. Situación de los pensionados a cargo de la entidad (Véase anexo SDME-IFAA-017)

1.5. Componente Técnico - Científico.

El componente técnico-científico debe contener la información pertinente a las características de entidad intervenida de acuerdo a su actividad misional en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

2.0 Períodos de presentación

La información debe ser suministrada con oportunidad, calidad, pertinencia, confiabilidad y

razonabilidad en los siguientes períodos:

2.1. Informe preliminar: Dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la Toma de Posesión de la entidad.

2.2. Primer informe: Al (1) mes siguiente de la Toma de Posesión.

2.3. Segundo informe: A los dos (2) meses siguientes a la Toma de Posesión.

2.4. Tercer informe: A los tres (3) meses siguientes a la Toma de Posesión.

2.5. Sigüientes informes: Cada dos (2) meses mientras dure la Intervención.

2.6. Informe Final: Al concluir la Intervención.

Las entidades sometidas a Intervención Forzosa Administrativa para Administrar, deben enviar la información establecida en este Título, sin perjuicio de la exigida de acuerdo con la naturaleza de la entidad, como lo establece el Título correspondiente de la Circular Unica de la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPITULO III.

INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA PARA LIQUIDAR.

<Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

1. INFORMACIÓN QUE DEBE REPORTAR EL AGENTE INTERVENTOR.

1.1 INFORME PRELIMINAR.

El Agente Liquidador de la entidad sometida a Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar, remitir un Informe preliminar en medio físico, dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la Toma de Posesión de la entidad. Dicho informe debe contener:

1.1.1. Presupuesto de la liquidación

1.1.2. Cronograma (Véase Anexo Archivo Tipo 347)

1.1.3. Estados financieros con cierre contable al de las operaciones a la fecha en que se inició la toma de posesión

1.1.4. Inventario de Activos: El Agente Liquidador debe dar cumplimiento al artículo [31](#) del Decreto 2211 de 2004, el cual dispone que dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha en que se adoptó la Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar, debe presentar el inventario detallado de los activos y pasivos de propiedad de la institución objeto de liquidación. Este plazo podrá ser prorrogado por la Superintendencia Nacional de Salud

– Delegada para Medidas Especiales ante circunstancias excepcionales. Así mismo, el artículo [32](#) del Decreto 2211 de 2004 dispone que, dentro del mes siguiente a la fecha en que haya vencido el término para la elaboración del inventario, el Liquidador, con base en avalúos técnicos, mediante resolución aceptará o rechazará la valoración de los activos del mismo.

1.2. INFORMES MENSUALES DE GESTIÓN. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008.

texto es el siguiente:>

El Agente Liquidador de la entidad sometida a Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar, deberá remitir, dentro de los primeros cinco (5) días de cada mes, un informe de gestión en medio físico de acuerdo con el desarrollo del cronograma de actividades de la liquidación.

Estos informes deben presentarse mensualmente mientras dure la Liquidación; en dicho informe se reportará la ejecución del Cronograma de actividades de la liquidación.

1.3. INFORME TRIMESTRAL DE SEGUIMIENTO DE ACUERDO A ESTA CIRCULAR. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Agente Liquidador de la entidad sometida a Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar, reportará trimestralmente y de acuerdo con las fechas indicadas en esta circular y mientras dure la Liquidación, la información de los componentes administrativos, económicos, jurídicos, laborales y Científicos, en los tipos de archivos aquí señalados, aclarando que si no figura el tipo de archivo, se entiende que debe ser remitido en medio físico.

1.3.1. COMPONENTE ADMINISTRATIVO. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El texto es el siguiente:>

La información del componente administrativo debe contener:

1.3.1.1. Datos Generales de la Entidad objeto de Liquidación (Véase Anexo Archivo Tipo 331).

1.3.1.2. Datos Generales del Agente Liquidador y Contralor y/o Revisor Fiscal (Véase Anexo Archivo Tipo 332).

1.3.1.3. Presupuesto de ingresos y gastos de la liquidación (Véase Anexo Archivo Tipo 341).

1.3.1.4. Situación del Archivo. (Medio físico).

1.3.1.5. Datos básicos de la junta asesora y personas evaluadas (Véase Anexo Archivo Tipo 346).

El Agente Liquidador debe presentar los avances de las actividades descritas en el cronograma, así como justificaciones pertinentes en el caso de las actividades con retrasos en la ejecución.

Cuando por razones absolutamente justificadas el Agente Liquidador considere necesario ajustar el presupuesto de gastos administrativos o el cronograma de actividades, deberá contar con el concepto favorable del Contralor y/o Revisor Fiscal para estas modificaciones. Estos ajustes deben informarse a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales con la correspondiente justificación.

1.3.2. COMPONENTE ECONÓMICO. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La información del componente económico debe contener:

1.3.2.1. Balance General (Véase Anexo Archivo Tipo 333).

1.3.2.2. Clasificación, recuperación de cartera, circularización e información de las gestiones adelantadas dirigidas a la liquidación de contratos y al cobro de cartera. (Medio físico).

1.3.2.3. Estado de Resultados de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 334).

- 1.3.2.4. Gastos Administrativos Causación y Pagos (Véase Anexo Archivo Tipo 335).
- 1.3.2.5. Flujo de Tesorería Ingresos y Gastos de la Liquidación (Véase Anexo Archivo Tipo 336).
- 1.3.2.6. Relación UPC-S por cobrar (Véase Anexo Archivo Tipo 337).
- 1.3.2.7. Relación de deudores excepto UPC-S por cobrar (Véase Anexo Archivo Tipo 338).
- 1.3.2.8. Relación propiedad, planta y equipo (Véase Anexo Archivo Tipo 339).
- 1.3.2.9. Acreencias reconocidas (Véase Anexo Archivo Tipo 340).
- 1.3.2.10. Pagos de acreencias de la masa liquidatoria y la no masa liquidatoria (Véase Anexo Archivo Tipo 348).
- 1.3.2.11. Pagos de acreencias pasivo cierto no reclamado (Véase Anexo Archivo Tipo 349).
- 1.3.2.12. Descripción detallada del pago de impuestos tributarios de la entidad. (Medio físico).

Tanto el Agente Liquidador como el Contralor y/o Revisor Fiscal, deben expresar por escrito que efectivamente los inventarios se verificaron físicamente y cotejaron contra los datos que reposan en los libros de contabilidad. Así mismo, deben relacionarse los bienes que existan en la entidad que no se encuentren registrados en los libros de contabilidad y aquellos que aparezcan registrados en los libros que no hayan sido recibidos o encontrados físicamente.

1.3.3. COMPONENTE JURÍDICO. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La información del componente jurídico debe contener:

- 1.3.3.1. Relación de resoluciones expedidas por el liquidador (Véase Anexo Archivo Tipo 350).
- 1.3.3.2. Relación de procesos judiciales a favor o en contra de la entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 351).
- 1.3.3.3. Relación detallada de procesos de contratación de servicios o adquisición de bienes que se encuentran en curso (Véase Anexo Archivo Tipo 343).

1.3.4. COMPONENTE LABORAL. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La información del componente laboral debe contener:

- 1.3.4.1. Planta de personal, personal del contrato y órdenes de prestación de servicios según su área (Véase Anexo Archivo Tipo 344).
- 1.3.4.2. Situación de los pensionados a cargo de la entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 345).
- 1.3.4.3. Relación de personal que trabaja en la realización del proceso liquidatorio con la debida justificación, discriminando: Salarios, honorarios y comisiones. (Medio físico).

1.3.5. COMPONENTE TÉCNICO CIENTÍFICO. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El componente técnico-científico debe contener la información pertinente a las características de la entidad en proceso de liquidación de acuerdo a su actividad misional en cumplimiento de la normatividad vigente.

1.4. RENDICIÓN DE CUENTAS E INFORME FINAL. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Al concluir la Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar, el Agente Liquidador de la entidad designado por la Superintendencia Nacional de Salud debe enviar a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, un informe final de gestión en medio físico, en el que se indique la finalización del Cronograma de Actividades del proceso liquidatorio.

Igualmente el Agente Liquidador deberá rendir cuentas de su gestión al cierre de cada año calendario cuando se separe del cargo, de acuerdo con lo establecido en el artículo [297](#) del Decreto-ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero).

Sin perjuicio de lo dispuesto en el numeral 2 artículo [297](#) del Decreto-ley 663 de 1993, el informe de rendición de cuentas debe presentarse al Contralor y/o Revisor Fiscal, el treinta y uno (31) de enero de cada año, a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, el día quince (15) de febrero.

Cuando se trate de separación del cargo del Agente Liquidador, por retiro o terminación del proceso, el informe de rendición de cuentas se debe presentar al Contralor y/o Revisor Fiscal, dentro de los ocho (8) días siguientes a la fecha de la separación del cargo; y a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, dentro de los diez (10) días siguientes, con la información correspondiente al último trimestre, las notas a los estados financieros básicos y el dictamen del Contralor y/o Revisor Fiscal sobre los estados financieros.

Para la expedición del acto administrativo de terminación de la existencia legal de la entidad, el Agente Liquidador debe remitir previamente a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, la respectiva rendición de cuentas conforme a lo establecido en el literal i) del artículo [5](#) del Decreto 2211 de 2004, adjuntando los estados financieros con corte a la culminación del proceso de liquidación.

2. PERIODOS DE PRESENTACIÓN POR PARTE DEL AGENTE LIQUIDADOR. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La Información debe ser suministrada con oportunidad, calidad y pertinencia, confiabilidad y razonabilidad en los siguientes periodos:

2.1. Informe preliminar: Dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la Toma de Posesión de la entidad.

2.2. Siguiendo informes:

2.2.1. Informes de gestión mensuales mientras dure la Liquidación.

2.2.2. Informes trimestrales de seguimiento: A más tardar, los días treinta (30) de abril, treinta y uno (31) de julio, treinta y uno (31) de octubre y el día veinticinco (25) de febrero del siguiente año.

Si la fecha de envío no es día hábil, deberá remitirse la información el último día hábil del mes.

2.3. Rendición de cuentas e informe final:

2.3.1. Rendición de cuentas por el cierre de cada: Presentación a la Superintendencia

Nacional de Salud – Delegada Medidas Especiales el 15 de febrero.

2.3.2. Rendición de cuentas por separación del cargo: Presentación a la Superintendencia Nacional – Delegada para Medidas Especiales, dentro de los diez (10) días siguientes a la separación del cargo.

2.3.3. Informe final: al terminarse la liquidación con todos los soportes del caso.

Los informes trimestrales que debe remitir el Agente Liquidador a la Superintendencia Nacional de Delegada para Medidas Especiales, deben ser validados, certificados y dictaminados con la firma del Contralor y/o Revisor Fiscal y número de matrícula profesional.

3. INFORMES QUE DEBE REPORTAR EL CONTRALOR Y/O REVISOR FISCAL. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Contralor ejerce funciones propias de un Revisor Fiscal conforme lo establece el inciso 2o numeral del artículo [295](#) del Decreto-ley 663 de 1993.

El Contralor y/o Revisor Fiscal deberá remitir un informe preliminar en medio físico dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la toma de posesión de su cargo, en que incluya las observaciones y recomendaciones sobre aspectos relacionados con la situación administrativa, financiera, Jurídica, y técnica. En este mismo informe, debe presentar el plan de trabajo que va a adelantar y el nombramiento como Contralor y/o Revisor Fiscal.

Igualmente, debe rendir un informe de sus actividades en el desempeño de sus funciones como Contralor y/o Revisor Fiscal en medio físico, independiente del informe de gestión del Agente Liquidador, cada (30) días hasta la culminación del proceso de liquidación.

Cuando el Contralor y/o Revisor Fiscal se separe del cargo, deberá presentar un (1) informe en medio físico consolidado de las actividades realizadas durante su permanencia en la entidad objeto de liquidación de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de su Retiro.

Al concluir la Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar, el Contralor y/o Revisor Fiscal de la entidad debe enviar a esta Delegada para Medidas Especiales, un dictamen en medio físico de acuerdo a los parámetros establecidos en la Ley 43 del 1990, en el que se indique la finalización del proceso de liquidación.

En caso de que se requiera modificar el Plan de trabajo, el Contralor y/o Revisor Fiscal deberá presentar un nuevo plan a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales.

4. PERIODOS DE PRESENTACIÓN POR PARTE DEL CONTRALOR Y/O REVISOR FISCAL <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La Información debe ser suministrada con oportunidad, calidad y pertinencia, confiabilidad y razonabilidad en los siguientes periodos:

4.1. Informe preliminar: Dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la Toma de Posesión del cargo.

4.2. Informes actividades: Mensualmente mientras dure la Liquidación.

4.3. Dictamen: Al concluir la liquidación.

Los informes trimestrales que deben remitir el Agente Liquidador a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, deben ser validados, certificados y dictaminados con la firma del Contralor y/o Revisor Fiscal y número de matrícula profesional.

Notas de Vigencia

- Capítulo III modificado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de diciembre de 2008.
- Capítulo III modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 49 de 2008:

CAPÍTULO III.

<Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> El Agente Liquidador de la entidad sometida a Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar, debe remitir un (1) informe de gestión, y a su vez, trimestralmente deberá reportar a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, la información que a continuación se determina.

1. INFORMACIÓN QUE DEBE REPORTAR EL AGENTE LIQUIDADOR.

La información que debe presentar el Agente Liquidador con sus respectivos anexos, debe ser validada con la firma del Contralor y/o Revisor Fiscal, en los períodos señalados en cada caso.

1.1. INVENTARIO DE ACTIVOS.

El Agente Liquidador debe dar cumplimiento al artículo [31](#) del Decreto 2211 de 2004, el cual dispone que dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha en que se adoptó la medida de Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar, debe presentar el inventario detallado de los activos de propiedad de la institución objeto de liquidación. Este plazo podrá ser prorrogado por la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales ante circunstancias excepcionales. Así mismo, el artículo [32](#) del Decreto 2211 de 2004, dispone que dentro del mes siguiente a la fecha en que ha vencido el término para la elaboración del inventario, el Liquidador, con base en avalúos técnicos mediante resolución aceptará la valoración de los activos del mismo.

1.2. INFORMACIÓN GENERAL, PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA.

El Agente Liquidador deberá presentar un informe preliminar dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la Toma de Posesión de la Entidad. El informe debe contener los componentes: económico, jurídico, laboral, administrativo y técnico-científico.

Dentro de los noventa (90) días calendario, siguientes a la toma de posesión de su cargo, el Agente Liquidador debe presentar un informe sobre la situación general de la entidad, que contenga los componentes administrativos, económicos, jurídicos, laborales y técnico-científicos.

Cuando se trate del inicio del proceso de Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar, el Agente Liquidador debe presentar el cierre contable de las operaciones a la fecha en que se inició la toma de posesión y a su vez debe remitir a la Superintendencia Nacional de Salud - Delegada para Medidas Especiales la información y formatos que a continuación se determinan y en los plazos establecidos.

1.2.1. COMPONENTE ADMINISTRATIVO.

La información del componente administrativo debe contener:

- 1.2.1.1. Datos Generales de la Entidad objeto de Liquidación (Véase Anexo Archivo Tipo 331).
- 1.2.1.2. Datos Generales del Agente Liquidador y Contralor y/o Revisor Fiscal (Véase Anexo Archivo Tipo 332).
- 1.2.1.3. Cronograma de Actividades (Véase Anexo Archivo Tipo 347).
- 1.2.1.4. Presupuesto de gastos administrativos (Véase Anexo Archivo Tipo 341).
- 1.2.1.5. Situación del Archivo.

El Agente Liquidador debe presentar los avances de las actividades descritas en el cronograma, así como las justificaciones pertinentes en el caso de las actividades con retrasos en la ejecución.

Cuando por razones absolutamente justificadas, el Agente Liquidador considere necesario ajustar el presupuesto de gastos administrativos o el cronograma de actividades, deberá contar con el consentimiento favorable del Contralor y/o Revisor Fiscal para estas modificaciones. Estos ajustes deben informarse a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales con la correspondiente justificación.

1.2.2. COMPONENTE ECONÓMICO.

La información del componente económico debe contener:

- 1.2.2.1. Balance General (Véase Anexo Archivo Tipo 333).
- 1.2.2.2. Valoración y enajenación de activos.
- 1.2.2.3. Clasificación, recuperación de cartera, circularización e información de las gestiones adelantadas dirigidas a la liquidación de contratos y al cobro de cartera.
- 1.2.2.4. Contratos que se encuentran pendientes por liquidación y pago.
- 1.2.2.5. Estado de Caja, Bancos, e Inversiones Financieras.
- 1.2.2.6. Estado de Resultados de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 334).
- 1.2.2.7. Gastos Administrativos - Causación y Pagos (Véase Anexo Archivo Tipo 335).
- 1.2.2.8. Flujo de Tesorería - Ingresos y Gastos de Liquidación (Véase Anexo Archivo Tipo 336).
- 1.2.2.9. Relación UPC-S por cobrar (Véase Anexo Archivo Tipo 337).
- 1.2.2.10. Relación de deudores excepto UPC-S por cobrar (Véase Anexo Archivo Tipo 338).
- 1.2.2.11. Relación propiedad, planta y equipo (Véase Anexo Archivo Tipo 339).
- 1.2.2.12. Acreencias reconocidas (Véase Anexo Archivo Tipo 340).
- 1.2.2.13. Pagos de acreencias de la masa liquidatoria y la no masa liquidatoria (Véase Anexo Archivo Tipo 341).

Tipo 348).

1.2.2.14. Pagos de acreencias pasivo cierto no reclamado (Véase Anexo Archivo Tipo 349).

1.2.2.15. Aspectos económicos relacionados con los ingresos y gastos.

1.2.2.16. Justificación de las principales variaciones de gastos del trimestre, confrontado con el presupuesto enviado a la Superintendencia Nacional de Salud.

1.2.2.17. Descripción detallada del pago de impuestos tributarios de la entidad.

Tanto el Agente Liquidador como el Contralor y/o Revisor Fiscal, deben expresar por escrito que efectivamente los inventarios se verificaron físicamente y cotejaron contra los datos que reposan libros de contabilidad. Así mismo, deben relacionarse los bienes que existan en la entidad que no encuentren registrados en los libros de contabilidad y aquellos que aparezcan registrados en los libros pero que no hayan sido recibidos o encontrados físicamente.

1.2.3. COMPONENTE JURÍDICO.

La información del componente jurídico debe contener:

1.2.3.1. Relación de Actos Administrativos expedidos por el Liquidador. (Véase Anexo Archivo Tipo 350).

1.2.3.2. Relación de procesos judiciales a favor o en contra de la entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 342).

1.2.3.3. Gestiones adelantadas en el trimestre y constitución de la reserva para atender posibles acciones jurídicas.

1.2.3.4. Relación detallada de procesos de contratación de servicios o adquisición de bienes que se encuentran en curso (Véase Anexo Archivo Tipo 343).

1.2.4. COMPONENTE LABORAL.

La información del componente laboral debe contener:

1.2.4.1. Informe del Recurso Humano.

1.2.4.2. Relación de personal que trabaja en la realización del proceso liquidatorio con la debida justificación, discriminando: Salarios, honorarios y comisiones.

1.2.4.3. Situación de los pensionados a cargo de la entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 345).

1.2.5. COMPONENTE TÉCNICO-CIENTÍFICO.

El componente técnico-científico debe contener la información pertinente a las características de la entidad en proceso de liquidación de acuerdo a su actividad misional en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

2. PERÍODOS DE PRESENTACIÓN.

A más tardar, los días veinticinco (25) de abril, veinticinco (25) de julio, veinticinco (25) de octubre y quince (15) de febrero del siguiente año; el Agente Liquidador debe remitir a la Superintendencia

Nacional de Salud - Delegada para Medidas Especiales, un informe correspondiente al trimestre calendario inmediatamente anterior.

2.1. RENDICIÓN DE CUENTAS.

El Agente Liquidador deberá rendir cuentas de su gestión al cierre de cada año calendario y cuando separe del cargo, de acuerdo con lo establecido en el artículo [297](#) del Decreto-ley 663 de 1993 (E Orgánico del Sistema Financiero).

Sin perjuicio de lo dispuesto en el numeral 2 artículo [297](#) del Decreto-ley 663 de 1993, el informe de rendición de cuentas debe presentarse al Contralor y/o Revisor Fiscal, el treinta y uno (31) de e a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, el día quince (15) febrero.

Cuando se trate de separación del cargo del Agente Liquidador, por retiro o terminación del proce informe de rendición de cuentas se debe presentar al Contralor y/o Revisor Fiscal, dentro de los o días siguientes a la fecha de la separación del cargo; y a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, dentro de los diez (10) días siguientes, con la información correspondiente al último trimestre, las notas a los estados financieros básicos y el dictamen del Contralor y/o Revisor Fiscal sobre los estados financieros.

Para la expedición del acto administrativo de terminación de la existencia legal de la entidad, el A Liquidador debe remitir previamente a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para M Especiales, la respectiva rendición de cuentas conforme a lo establecido en el literal i) del artículo Decreto 2211 de 2004; adjuntando los estados financieros con corte a la culminación del proceso liquidación.

3. INFORMES QUE DEBE REPORTAR EL CONTRALOR Y/O REVISOR FISCAL.

El Contralor ejerce funciones propias de un Revisor Fiscal conforme lo establece el inciso 2o nur 10 del artículo [295](#) del Decreto-ley 663 de 1993.

El Contralor y/o Revisor Fiscal deberá remitir un informe preliminar dentro de los diez (10) caler posteriores a la posesión del cargo, del estado en que incluya las observaciones y recomendacione aspectos relacionados con la situación administrativa, financiera, jurídica y laboral, de la entidad Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar. En este mismo informe, debe presentar el pla trabajo y el cronograma de la auditoría que va a adelantar.

Igualmente deberá presentar un informe trimestral, a partir de la fecha de la posesión del cargo. C el Contralor y/o Revisor Fiscal se separe del cargo por cualquier causa, deberá presentar un (1) in consolidado de las actividades realizadas durante su permanencia en la entidad objeto de liquidac dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de su retiro.

Los informes que deben remitir el Contralor y/o Revisor Fiscal a la Superintendencia Nacional de – Delegada para Medidas Especiales, deben validarse, certificarse y dictaminarse con su firma y r de matrícula profesional.

En caso que se requiera modificar el Plan de Auditoría, el Contralor y/o Revisor Fiscal deberá pre el nuevo plan a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

CAPÍTULO III.

El Agente Interventor de la entidad sometida a Intervención Forzosa Administrativa para Liquidación, debe remitir a la Superintendencia Nacional de Salud, la información que a continuación se determina en el plazo establecido.

1. Información que debe reportar el Agente Liquidador

La información que debe presentar el Agente Liquidador con sus respectivos anexos, debe ser validada con la firma del Contralor y/o Revisor Fiscal y/o Revisor Fiscal, en los períodos señalados en cada uno de los casos.

1.1. Inventario de Activos

El Agente Liquidador debe dar cumplimiento al artículo [31](#) del Decreto 2211 de 2004, el cual dispone que dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha en que se adoptó la medida de Liquidación Forzosa Administrativa, debe presentar el inventario detallado de los activos de propiedad de la institución intervenida. Este plazo podrá ser prorrogado por la Superintendencia Nacional de Salud ante circunstancias excepcionales. Así mismo, el artículo [32](#) dispone que dentro del mes siguiente a la fecha en que haya vencido el término para la elaboración del inventario, el Liquidador, con base en avalúos técnicos, mediante resolución aceptará la valoración de los activos del mismo.

1.2 Información General, Presupuesto y Cronograma

Dentro de los sesenta (60) días calendario, siguientes a la toma de posesión de su cargo, el liquidador debe presentar un informe sobre la situación general de la entidad, que contenga los aspectos administrativos, jurídicos, financieros y de sistemas de información.

Cuando se trate del inicio del proceso de Liquidación Forzosa, el Agente Liquidador debe presentar el cierre contable de las operaciones a la fecha en que se inició la toma de posesión. Igualmente, deberá adjuntar los datos básicos de la entidad y del agente liquidador, el presupuesto de gastos administrativos y el cronograma de actividades a desarrollar en el proceso, en los siguientes formatos:

1.2.1. Datos Básicos de la entidad en liquidación (véase anexo SDME-IFAL-018).

1.2.2. Datos Básicos del Agente Liquidador y Contralor y/o Revisor Fiscal y/o Revisor Fiscal (véase anexo SDME- IFAL- 019).

1.2.3. Cronograma de actividades (véase anexo SDME-IFAL-020)

1.2.4. Presupuesto de gastos administrativos(véase anexo SDME-IFAL-021)

Cuando por razones absolutamente justificadas, el Agente Liquidador considere necesario ajustar el presupuesto de gastos administrativos o el cronograma de actividades, deberá contar con el consentimiento favorable del Contralor y/o Revisor Fiscal y/o Revisor Fiscal para estas modificaciones. Estos ajustes deben informarse a la Superintendencia Nacional de Salud con la correspondiente justificación.

1.3. Informe Trimestral

A más tardar, los días veinticinco (25) de abril, veinticinco (25) de julio, veinticinco (25) de octubre y día quince (15) de febrero del siguiente año; el Agente Liquidador debe remitir a la Superintendencia Nacional de Salud, un informe correspondiente al trimestre calendario inmediatamente anterior que contenga los siguientes aspectos:

1.3.1. Estado del proceso liquidatorio:

El Agente Liquidador debe presentar los avances de las actividades descritas en el cronograma, así como las justificaciones pertinentes en el caso de las actividades con retrasos en la ejecución.

1.3.2. Aspectos económicos relacionados con el activo:

1.3.2.1. Balance General (véase anexo SDME-IFAL -022).

1.3.2.2. Valoración y enajenación de activos.

1.3.2.3. Recuperación de cartera, circularización e información de las gestiones adelantadas dirigidas a la liquidación de contratos y al cobro de cartera, reportando en forma desagregada los contratos que encuentran pendientes por liquidación y pago.

1.3.2.4. Estado de Caja, Bancos, e Inversiones Financieras.

1.3.2.5. Relación UPC por cobrar (véase anexo SDME-IFAL-026).

1.3.2.6. Relación de deudores excepto UPC-S por cobrar (véase anexo SDME-IFAL-027).

1.3.2.7. Relación propiedad, planta y equipo (véase anexo SDME- IFAL-028).

1.3.3. Aspectos económicos relacionados con el Pasivo:

1.3.3.1. Gestiones relacionadas con la auditoría, reconocimiento y pago de acreencias de la no masa y pasivo cierto no reclamado.

1.3.3.2. Forma de pago en caso de que la entidad haya ordenado el pago de acreencias:

1.3.3.2.1. Si el pago es en efectivo, especificar el monto y porcentaje a pagar, saldo pendiente y procedimiento de pago.

1.3.3.2.2. Si el pago es en especie, especificar los activos o derechos litigiosos cedidos o adjudicados, porcentaje y monto pagado a cada acreedor.

1.3.3.3. Estado de la compensación ante Fosyga y la situación de multiafiliados en caso de que la entidad maneje recursos del régimen contributivo.

1.3.3.4. Acreencias reconocidas (véase anexo SDME-IFAL-029).

1.3.3.5. Pagos de acreencias de la no masa liquidatoria (véase anexo SDME-IFAL-030).

1.3.3.6. Pagos de acreencias de la masa liquidatoria (véase anexo SDME-IFAL-031).

1.3.3.7. Pagos de acreencias pasivo cierto no reclamado (véase anexo SDME-IFAL- 032)

1.3.4. Aspectos económicos relacionados con los ingresos y gastos:

1.3.4.1.1. Evaluación de la pertinencia para continuar con el proceso liquidatorio, teniendo en cuenta los costos y gastos administrativos que demanda el proceso frente a las posibilidades de recuperación de activos.

1.3.4.2. Estado de Resultados (véase anexo SDME-IFAL-023).

1.3.4.3. Gastos Administrativos - Causación y Pagos (véase anexo SDME-IFAL-024).

1.3.4.4. Flujo de Tesorería - Ingresos y Gastos de Liquidación (véase anexo SDME- IFAL-025).

1.3.4.5. Justificación de las principales variaciones de gastos del trimestre, confrontado con el presupuesto enviado a la Superintendencia Nacional de Salud.

1.3.5. Aspectos Administrativos:

1.3.5.1. Informe de Recurso Humano (véase anexo SDME-IFAL-035).

1.3.5.2. Relación de personal que trabaja en la realización del proceso liquidatorio con la debida justificación, discriminando salarios, honorarios y comisiones.

1.3.5.3. Situación de los pensionados a cargo de la entidad (Véase anexo SDME-IFAA-036)

1.3.5.4. Relación detallada de procesos de contratación de servicios o Adquisición de bienes que encuentran en curso (Véase anexo SDME-IFAA-037)

1.3.5.5. Situación del archivo.

1.3.6. Aspectos Jurídicos:

1.3.6.1. Relación de resoluciones expedidas por el liquidador (véase anexo SDME- IFAL-033).

1.3.6.2. Relación de procesos judiciales a favor o en contra de la entidad (véase anexo SDME-IFAL-034).

1.3.6.3. Gestiones adelantadas en el trimestre y constitución de la reserva para atender posibles acciones jurídicas.

1.3.7. Situación tributaria de la entidad:

1.3.7.1. Descripción detallada del pago de impuestos tributarios de la entidad.

1.4. Rendición de Cuentas

El Agente Liquidador deberá rendir cuentas de su gestión al cierre de cada año calendario y cuando separe del cargo, de acuerdo con lo establecido en el artículo [297](#) del Decreto Ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero).

Sin perjuicio de lo dispuesto en el numeral 2 artículo [297](#) del Decreto-ley 663 de 1993, el informe de rendición de cuentas debe presentarse al Contralor y/o Revisor Fiscal el treinta y uno (31) de enero y a la Superintendencia Nacional de Salud, el día quince (15) de febrero.

Cuando se trate de separación del cargo del Agente Liquidador, por retiro o terminación del proceso, el informe de rendición de cuentas se debe presentar al Contralor y/o Revisor Fiscal, dentro de los ocho (8) días siguientes a la fecha de la separación del cargo; y a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los diez (10) días siguientes, con la información correspondiente al último trimestre, las notas de los estados financieros básicos y el dictamen del Contralor y/o Revisor Fiscal sobre los estados financieros.

Para la expedición del acto administrativo de terminación de la existencia legal de la entidad, el Agente Liquidador debe remitir previamente a la Superintendencia Nacional de Salud, la respectiva rendición de cuentas conforme a lo establecido en el literal i) del artículo [52](#) del Decreto 2211 de 2004; adjuntando el informe de rendición de cuentas.

los estados financieros cerrados.

1.5. Información que debe reportar el Contralor y/o Revisor Fiscal.

El Contralor ejerce funciones propias de un Revisor Fiscal conforme lo establece el inciso 2o numeral 10 del artículo [295](#) del Decreto-ley 663 de 1993.

Los informes que deben remitir el Contralor y/o Revisor Fiscal a la Superintendencia Nacional de Salud deben validarse y certificarse con su firma y número de matrícula profesional. Son los siguientes:

1.5.1. Diagnóstico de la liquidación, plan y programa de la auditoría

Dentro de los sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de la posesión del cargo, el Contralor y/o Revisor Fiscal debe remitir un informe que incluya las observaciones y recomendaciones sobre aspectos relacionados con la situación administrativa, financiera, jurídica, de sistemas de información y de control interno de la persona jurídica en Liquidación Forzosa. En este mismo informe, debe presentarse el plan de trabajo y el cronograma de la auditoría que va a adelantar en el proceso liquidatorio previamente convenido con el liquidador.

En caso de que se requiera modificar el Plan de Auditoría, el Contralor y/o Revisor Fiscal deberá presentar el nuevo plan a la Superintendencia Nacional de Salud, adjuntando la constancia de remisión al liquidador.

1.5.2. Informe Trimestral

Además de las funciones propias de un Revisor Fiscal, conforme lo establece el inciso 2o del numeral 10 del artículo [295](#) del Decreto-ley 663 de 1993; el Contralor y/o Revisor Fiscal debe presentar un informe de evaluación del proceso liquidatorio del trimestre inmediatamente anterior, a la Superintendencia Nacional de Salud con copia al Agente Liquidador, dentro de los treinta (30) días calendario de los meses de abril, julio, octubre y antes del quince (15) de febrero del año siguiente.

1.5.2.1. Gestión del liquidador:

1.5.2.1.1. Cumplimiento de la normatividad en el desarrollo del proceso.

1.5.2.1.2. Cumplimiento de los principios de eficiencia, eficacia y austeridad frente a:

a) Gastos administrativos y de personal;

b) Pagos de honorarios y comisiones

1.5.2.1.3. Ejecución de cronograma y presupuesto.

1.5.2.1.4. Valoración y realización de activos.

1.5.2.1.5. Reconocimiento y pago de acreencias.

1.5.2.1.6. Estado actual de las acreencias y porcentajes de pago.

1.5.2.1.7. Organización del archivo y constitución de la respectiva reserva.

1.5.3. Aspectos contables:

1.5.3.1.1. Estado de la contabilidad.

1.5.3.1.2. Fecha y estado de los libros oficiales.

1.5.3.1.3. Grado de depuración de los registros y cuentas contables.

1.5.3.1.4. Estado de la elaboración y presentación de las declaraciones de impuestos.

1.5.3.1.5. Cumplimiento de las normas vigentes en materia contable y tributaria.

1.5.3.1.6. Variaciones de los rubros más representativos del Balance General y el Estado de Resultados.

1.5.3.2. Aspectos financieros:

1.5.3.2.1. Estado de liquidez de la entidad.

1.5.3.2.2. La pertinencia de continuar el proceso liquidatorio teniendo en cuenta los costos y gastos administrativos que demanda el proceso, frente a las posibilidades de recuperación de activos y pasivos y las acreencias.

1.5.4. Informes del Contralor y/o Revisor Fiscal:

Dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en que el Contralor y/o Revisor Fiscal separe del cargo por cualquier causa, debe presentar un (1) informe consolidado de las actividades adelantadas, pronunciándose sobre los aspectos financieros, contables, administrativos, tributarios y legales del proceso de Liquidación Forzosa. Al finalizar el proceso liquidatorio, el Contralor y/o Revisor Fiscal debe emitir su opinión por escrito respecto al cumplimiento de la normatividad prevista para el cierre del proceso y el dictamen sobre los estados financieros de cierre.

CAPITULO IV.

INTERVENCIÓN TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA.

<Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

1. INFORMES QUE DEBE REPORTAR EL AGENTE INTERVENTOR.

1.1. INFORME PRELIMINAR. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Agente Interventor de la entidad sometida a Intervención Técnica Administrativa debe remitir, un Informe preliminar en medio físico, dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la Toma de Posesión de la entidad. Dicho informe debe contener:

1.1.1. Plan de acción del proceso de intervención, el cual debe incluir las actividades a realizar con el fin de subsanar los hechos que dieron origen a la toma de posesión.

1.1.2. Inventario de activos y pasivos, conforme a lo establecido en el artículo [4o](#) del Decreto 2211 de 1992.

1.2. INFORMES MENSUALES DE GESTIÓN. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Agente Interventor de la entidad sometida a Intervención Técnica Administrativa, debe remitir dentro de los primeros cinco (5) días de cada mes, un informe de gestión en medio físico de acuerdo con el contenido del plan de acción.

Estos informes deben presentarse mensualmente mientras dure la Intervención; en dicho informe de reportar la ejecución del Plan de acción.

1.2. <SIC> INFORME TRIMESTRAL DE SEGUIMIENTO DE ACUERDO A ESTA CIRCULAR <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Agente Interventor de la entidad sometida a Intervención Técnica Administrativa, deberá reportar trimestralmente y de acuerdo a las fechas indicadas en esta circular y mientras dure la Intervención la información de los componentes administrativos, económicos, jurídicos, laborales y técnicos Cite en los tipos de archivos aquí señalados, aclarando que, si no figura el tipo de archivo, se entiende que ser remitido en medio físico.

A su vez deberá reportar trimestralmente a la Superintendencia Nacional de Salud la información relacionada con los demás Títulos de la presente circular según su naturaleza y objeto social.

1.3.1. COMPONENTE ADMINISTRATIVO. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El texto es el siguiente:>

La información del componente administrativo debe contener:

1.3.1.1. Datos Generales de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 301).

1.3.1.2. Datos Generales del Agente Interventor y Revisor Fiscal (Véase Anexo Archivo Tipo 302).

1.3.1.3. Organigrama de la Entidad. (Medio Físico).

1.3.1.4. Existencia de Estatutos y Manuales de la Entidad (relacionar su existencia). (Medio Físico)

1.3.1.5. Procesos de planificación, organización, dirección y control (relacionar su existencia). (Medio Físico).

1.3.2. COMPONENTE ECONÓMICO. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La información del componente económico debe contener:

1.3.2.1. Presupuesto de la Entidad. (Medio Físico).

1.3.2.2. Balance General de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 303).

1.3.2.3. Estado de Resultados de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 304).

1.3.2.4. Gastos Administrativos Causación y Pago de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 305).

1.3.2.5. Flujo de Tesorería Ingresos y Gastos de la Intervención de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 306).

1.3.2.6. Relación UPCS por Cobrar de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 307).

1.3.2.7. Relación de deudores excepto UPC-S por Cobrar de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 308).

1.3.2.8. Relación Propiedad Planta y Equipo de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 309).

1.3.2.9. Cuentas por pagar de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 310).

1.3.3. COMPONENTE JURÍDICO. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La información del componente jurídico debe contener:

1.3.3.1. Relación de procesos judiciales en curso a favor o en contra de la Entidad. (Véase Anexo Archivo Tipo 312).

1.3.3.2. Relación detallada de los procesos de contratación de servicios o adquisición de bienes que encuentren en curso (Véase Anexo Archivo Tipo 314).

1.3.3.4. Relación de actos administrativos expedidos por el Agente Especial (Véase Anexo Archivo Tipo 315).

1.3.4. COMPONENTE LABORAL. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La información del componente laboral debe contener:

1.3.4.1. Planta de personal, personal del contrato y órdenes de prestación de servicios según su área (Véase Anexo Archivo Tipo 316).

1.3.4.2. Aplicación de convenciones colectivas (Medio Físico).

1.3.5. COMPONENTE TÉCNICO CIENTÍFICO. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El componente técnico-científico debe contener la información pertinente a las características de la intervención de acuerdo a su actividad misional en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

1.4. INFORME FINAL. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Al concluir la Intervención Técnica Administrativa, el Agente Interventor de la entidad designado por la Superintendencia Nacional de Salud, debe enviar a esta Delegada para Medidas Especiales, un informe de gestión en medio físico, en el que se indique la finalización del plan de acción del proceso de intervención, sin perjuicio de la información exigida en los demás Títulos de la presente circular se refiera a su naturaleza y objeto social.

En el evento en que sea removido de su cargo el Agente Interventor designado por esta entidad o el Apoderado General designado por el Agente Interventor, debe remitir el Agente Interventor designado por esta superintendencia, el informe final de su gestión realizada a la fecha de su retiro, en medio físico.

2. PERIODOS DE PRESENTACIÓN POR PARTE DEL AGENTE INTERVENTOR. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La Información debe ser suministrada con oportunidad, calidad y pertinencia, confiabilidad y razonabilidad en los siguientes periodos:

2.1. Informe preliminar: Dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la Toma de Posesión de la entidad.

2.2. Siguiendo informes:

2.2.1. Informes de gestión mensuales mientras dure la Intervención.

2.2.2. Informes trimestrales de seguimiento: A más tardar, los días treinta (30) de abril, treinta y un julio, treinta y uno (31) de octubre y el día veinticinco (25) de febrero del siguiente año.

Si la fecha de envío no es día hábil, deberá remitirse la información el último día hábil del mes.

2.3. Informe Final: Al concluir la Intervención.

Las entidades sometidas a Intervención Técnica Administrativa deben enviar a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales la información establecida en este Título, sin perjuicio de la exigida de acuerdo con la naturaleza de la entidad, como lo establece el Título correspondiente de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.

Los informes trimestrales que debe remitir el Agente Interventor a la Superintendencia Nacional de Delegada para Medidas Especiales, deben ser validados, certificados y dictaminados con la firma del Contralor y/o Revisor Fiscal y número de matrícula profesional.

Las entidades sometidas a Intervención Técnica Administrativa deben enviar la información establecida en este Título, sin perjuicio de la exigida de acuerdo con la naturaleza de la entidad, como lo establece el Título correspondiente de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.

3. INFORMES QUE DEBE REPORTAR EL CONTRALOR Y/O REVISOR FISCAL. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Contralor ejerce funciones propias de un Revisor Fiscal conforme lo establece el inciso 2o numeral del artículo [295](#) del Decreto-ley 663 de 1993.

El Contralor y/o Revisor Fiscal deberá remitir un informe preliminar en medio físico dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la toma de posesión de su cargo, en el que incluya las observaciones y recomendaciones sobre aspectos relacionados con la situación administrativa, financiera, jurídica, la técnica-científica. En este mismo informe, debe presentar el plan de trabajo que va a adelantar y el nombramiento como Contralor y/o Revisor Fiscal.

Igualmente, debe rendir un informe de sus actividades en el desempeño de sus funciones como Contralor y/o Revisor Fiscal en medio físico, independiente del informe de gestión del Agente Interventor, cada (30) días hasta la culminación del proceso de intervención.

Cuando el Contralor y/o Revisor Fiscal se separe del cargo, deberá presentar un (1) informe en medio físico consolidado de las actividades realizadas durante su permanencia en la entidad objeto de intervención dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de su Retiro.

Al concluir la Intervención Técnica Administrativa, el Contralor y/o Revisor Fiscal de la entidad deberá enviar a esta Delegada para Medidas Especiales, un dictamen en medio físico de acuerdo a los parámetros establecidos en la Ley 43 del 1990, en el que se indique la finalización del proceso de intervención.

En caso de que se requiera modificar el Plan de trabajo, el Contralor y/o Revisor Fiscal deberá presentar un nuevo plan a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales.

4. PERIODOS DE PRESENTACIÓN POR PARTE DEL CONTRALOR Y/O REVISOR FISCAL <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La Información debe ser suministrada con oportunidad, calidad y pertinencia, confiabilidad y razón en los siguientes periodos:

4.1. Informe preliminar: Dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la Toma de Posesión cargo.

4.2. Informes actividades: Mensualmente mientras dure la Intervención.

4.3. Dictamen: Al concluir la Intervención.

Los informes trimestrales que debe remitir el Agente Interventor a la Superintendencia Nacional de Delegada para Medidas Especiales, deben ser validados, certificados y dictaminados con la firma del Contralor y/o Revisor Fiscal y número de matrícula profesional.

Las entidades sometidas a Intervención Técnica Administrativa deben enviar la información establecida en este Título, sin perjuicio de la exigida de acuerdo con la naturaleza de la entidad, como lo establece la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud.

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 diciembre de 2008.
- Capítulo IV modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 14 abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 49 de 2007:

CAPÍTULO IV.

El Agente Interventor de la entidad sometida a Intervención Técnica Administrativa, debe remitir a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, un (1) informe de gestión por su vez, trimestralmente deberá reportar la información que a continuación se determina:

1. INFORMACIÓN QUE DEBE REPORTAR EL AGENTE INTERVENTOR.

Los informes a remitir deben incluir los componentes que se detallan a continuación, sin perjuicio de que la misma pueda ser complementada cuando sea del caso.

1.1. COMPONENTE ADMINISTRATIVO.

La información del componente administrativo debe contener:

- 1.1.1. Datos Generales de la entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 301).
- 1.1.2. Datos Generales del Agente Interventor y Revisor Fiscal (Véase Anexo Archivo Tipo 302).
- 1.1.3. Organigrama de la entidad.
- 1.1.4. Existencia de Estatutos y Manuales.
- 1.1.5. Procesos de planificación, organización, dirección y control.

1.2. COMPONENTE ECONÓMICO.

La información del componente económico debe contener:

- 1.2.1. Presupuesto de la Entidad.
- 1.2.2. Balance General de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 303).
- 1.2.3. Estado de Resultados de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 304).
- 1.2.4. Gastos Administrativos - Causación y Pago de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 305).
- 1.2.5. Flujo de Tesorería - Ingresos y Gastos de la Intervención de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 306).
- 1.2.6. Relación UPC-S por Cobrar de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 307).
- 1.2.7. Relación de deudores excepto UPC-S por Cobrar de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 308).
- 1.2.8. Relación Propiedad Planta y Equipo de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 309).
- 1.2.9. Acreencias reconocidas de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 310).
- 1.2.10. Presupuesto de Gastos Administrativos de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 311).
- 1.3. COMPONENTE JURÍDICO.

La información del componente jurídico debe contener:

- 1.3.1. Relación de procesos judiciales en curso a favor o en contra de la Entidad. (Véase Anexo Archivo Tipo 312).
- 1.3.2. Relación detallada de los procesos de contratación de servicios (Véase Anexo Archivo Tipo 313).
- 1.3.3. Relación detallada de los procesos de contratación de servicios o adquisición de bienes que encuentren en curso (Véase Anexo Archivo Tipo 314).
- 1.3.4. Relación de actos administrativos expedidos por el Agente Especial (Véase Anexo Archivo Tipo 315).

1.4. COMPONENTE LABORAL.

La información del componente laboral debe contener:

- 1.1.1. Nómina de la entidad.
- 1.1.2. Informe de Recurso Humano. (Véase Anexo Archivo Tipo 316).
- 1.1.3. Aplicación de convenciones colectivas.
- 1.1.4. Situación de los pensionados a cargo de la entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 317).

1.5. COMPONENTE TÉCNICO-CIENTÍFICO.

El componente técnico-científico debe contener la información pertinente a las características de la entidad intervenida de acuerdo a su actividad misional en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

2. INFORMES QUE DEBE REPORTAR EL CONTRALOR Y/O REVISOR FISCAL.

El Contralor ejerce funciones propias de un Revisor Fiscal conforme lo establece el inciso 2o numeral 10 del artículo [295](#) del Decreto-ley 663 de 1993.

El Contralor y/o Revisor Fiscal deberá remitir un informe preliminar dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la posesión del cargo del estado de la entidad en Intervención Técnica Administrativa, en que incluya, las observaciones y recomendaciones sobre aspectos relacionados con la situación administrativa, financiera, jurídica, laboral y técnico- científica. En este mismo informe presentar el plan de trabajo y el cronograma de la auditoría que va a adelantar, igualmente un informe cada treinta (30) días hasta la culminación del proceso de intervención.

Cuando el Contralor y/o Revisor Fiscal se separe del cargo por cualquier causa, deberá presentar informe consolidado de las actividades realizadas durante su permanencia en la entidad objeto de intervención, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de su retiro.

Los informes que deben remitir el Contralor y/o Revisor Fiscal a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, deben validarse, certificarse y dictaminarse con su firma y rúbrica de matrícula profesional.

En caso que se requiera modificar el Plan de Auditoría, el Contralor y/o Revisor Fiscal deberá presentar el nuevo plan a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales.

3. PERÍODOS DE PRESENTACIÓN POR PARTE DEL INTERVENTOR.

La información debe ser suministrada con oportunidad, calidad, pertinencia, confiabilidad y razonabilidad en los siguientes períodos:

3.1 Informe preliminar: Dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la Toma de Posesión de la Entidad.

3.2 Siguiendo informes: informes de gestión mensuales mientras dure la Intervención.

3.3 Informe Final: Al concluir la Intervención.

Las entidades sometidas a Intervención Técnica Administrativa, deben enviar la información establecida en este Título, sin perjuicio de la exigida de acuerdo con la naturaleza de la entidad, como lo establece el Título correspondiente de la Circular Unica de la Superintendencia Nacional de Salud.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

CAPÍTULO IV.

El Agente Interventor de la entidad sometida a Intervención Técnica Administrativa, debe remitir en el plazo establecido, a la Superintendencia Nacional de Salud, la información que a continuación se determina.

1. Información que debe reportar el Agente Interventor

Los informes a remitir deben incluir los componentes que a continuación se detallan, sin perjuicio de que la misma pueda ser complementada, cuando sea del caso, para ejercer la vigilancia especial que requiera de acuerdo con las circunstancias y resultados de los que se tenga conocimiento.

1.1. Componente Administrativo

La información del componente administrativo debe contener:

- 1.1.1. Datos Básicos de la entidad (véase anexo SDME-ITA-038)
- 1.1.2. Datos Básicos del Agente Interventor y Revisor Fiscal (véase anexo SDME-ITA-039)
- 1.1.3. Organigrama de la entidad.
- 1.1.4. Existencia de Estatutos y Manuales.
- 1.1.5. Procesos de planificación, organización, dirección y control.

1.2. Componente Económico

La información del componente económico debe contener:

- 1.2.1. Presupuesto de la entidad
- 1.2.2. Balance General (véase anexo SDME-ITA-040)
- 1.2.3. Estado de Resultados (véase anexo SDME-ITA-041)
- 1.2.4. Gastos Administrativos, Causación y Pago (véase anexo SDME-ITA-042)
- 1.2.5. Flujo de Tesorería - Ingresos y Gastos de la intervención (véase anexo SDME-ITA-043).
- 1.2.6. Relación UPC- S por Cobrar (véase anexo SDME-ITA-044)
- 1.2.7. Relación de deudores excepto UPC-S por Cobrar (véase anexo SDME-ITA-045)
- 1.2.8. Acreencias reconocidas (véase anexo SDME-ITA-046)
- 1.2.9. Relación Propiedad Planta y Equipo (véase SDME-ITA-047)
- 1.2.10. Presupuesto de Gastos Administrativos (véase anexo SDME-ITA-048)

1.3. Componente Jurídico

La información del componente jurídico debe contener:

- 1.3.1 Relación de procesos judiciales en curso a favor o en contra de la entidad (véase anexo SDME-ITA-049).
- 1.3.2. Relación detallada de procesos de contratación de servicios (véase anexo SDME-ITA-050)
- 1.3.3. Relación detallada de los procesos de contratación de servicios o adquisición de bienes que encuentren en curso (véase anexo SDME-ITA-051).
- 1.3.4. Relación de actos administrativos expedidos por el Agente Interventor (véase anexo SDME-ITA-052).

1.4. Componente Laboral

La información del componente laboral debe contener:

1.4.1. Nómina de la entidad.

1.4.2. Informe de Recurso Humano (véase anexo SDME-ITA-053)

1.4.3. Aplicación de convenciones colectivas.

1.4.4. Situación de los pensionados a cargo de la entidad (Véase anexo SDME-ITA-054)

1.5. Componente Técnico - Científico

El componente técnico-científico debe contener la información pertinente a las características de la entidad intervenida de acuerdo a su actividad misional en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

1.6. Períodos de Presentación

La información debe ser suministrada con oportunidad, calidad, pertinencia, confiabilidad y razonabilidad en los siguientes períodos:

1.6.1. Informe preliminar: Dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la Toma de Posesión de la entidad.

1.6.2. Primer informe: Al mes (1) siguiente de la Toma de Posesión.

1.6.3. Segundo informe: A los dos (2) meses siguientes a la Toma de Posesión.

1.6.4. Tercer informe: A los tres (3) meses siguientes a la Toma de Posesión.

1.6.5. Sigüientes informes: Cada dos (2) meses mientras dure la Intervención.

1.6.6. Informe Final: Al concluir la Intervención.

Las entidades sometidas a Intervención Técnica Administrativa, deben enviar la información establecida en este Título, sin perjuicio de la exigida de acuerdo con la naturaleza de la entidad, como lo establece el Título correspondiente de la Circular Unica de la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPITULO V.

LIQUIDACIÓN VOLUNTARIA (SUPRESION Y LIQUIDACION).

<Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

1. INFORMACIÓN QUE DEBE REPORTAR EL AGENTE INTERVENTOR.

1.1 INFORME PRELIMINAR. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Agente Liquidador de la entidad sometida a Liquidación Voluntaria, Pública y Privada, o entidad objeto de supresión y liquidación, debe remitir un Informe preliminar en medio físico, dentro de los (30) días calendarios posteriores a la Toma de Posesión de la entidad. Dicho informe debe contener:

1.1.1. Estatutos.

1.1.2. Acta de aprobación de la disolución y liquidación de la entidad de acuerdo con lo establecido

Código de Comercio y la Ley [222](#) de 1995.

1.1.3. Escritura Pública.

1.1.4. Registro de Cámara y Comercio.

1.1.5. Presupuesto de la liquidación.

1.1.6. Cronograma (Véase Anexo Archivo Tipo 347)

1.1.7 Estados financieros con cierre contable al de las operaciones a la fecha en que se inició la toma de posesión.

1.1.8. Inventario de Activos: El Agente Liquidador debe dar cumplimiento al artículo [31](#) del Decreto 2211 de 2004, el cual dispone que dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha en que se adoptó la medida de Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar, debe presentar el inventario detallado de los activos y pasivos de propiedad de la institución objeto de liquidación. Este plazo podrá ser prorrogado por la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales ante circunstancias excepcionales. Así mismo, el artículo [32](#) del Decreto 2211 de 2004, dispone que dentro del mes siguiente a la fecha en que haya concluido el término para la elaboración del inventario, el Liquidador, con base en avalúos técnicos, mediante resolución aceptará la valoración de los activos del mismo.

1.2. INFORMES MENSUALES DE GESTIÓN. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Agente Liquidador de la entidad sometida a Liquidación Voluntaria, Pública y Privada, o entidad objeto de supresión y liquidación, debe remitir dentro de los primeros cinco (5) días de cada mes, un informe de gestión en medio físico de acuerdo con el desarrollo del cronograma de actividades de la liquidación.

Estos informes deben presentarse mensualmente mientras dure la Liquidación en dicho informe del reportar la ejecución del Cronograma de actividades de la liquidación.

1.3. INFORME TRIMESTRAL DE SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON ESTA CIRCULAR. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Agente Liquidador de la entidad sometida a Liquidación Voluntaria, Pública y Privada, o entidad objeto de supresión y liquidación, deberá reportar trimestralmente y de acuerdo a las fechas indicadas en esta circular y mientras dure la Liquidación, la información de los componentes administrativos, económicos, jurídicos, laborales y técnicos Científicos, en los tipos de archivos aquí señalados, aclarando que si no figura el tipo de archivo, se entiende que debe ser remitido en medio físico.

1.3.1. COMPONENTE ADMINISTRATIVO. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La información del componente administrativo debe contener:

1.3.1.1. Datos Generales de la Entidad objeto de Liquidación (Véase Anexo Archivo Tipo 331).

1.3.1.2. Datos Generales del Agente Liquidador y Contralor y/o Revisor Fiscal (Véase

Anexo Archivo Tipo 332).

1.3.1.3. Presupuesto de ingresos y gastos de la liquidación (Véase Anexo Archivo Tipo 341).

1.3.1.4. Situación del Archivo. (Medio físico).

1.3.1.5. Datos básicos de la junta asesora y personas evaluadas (Véase Anexo Archivo Tipo 346).

El Agente Liquidador debe presentar los avances de las actividades descritas en el cronograma, así las justificaciones pertinentes en el caso de las actividades con retrasos en la ejecución.

Cuando por razones absolutamente justificadas, el Agente Liquidador considere necesario ajustar el presupuesto de gastos administrativos o el cronograma de actividades, deberá contar con el concepto favorable del Contralor y/o Revisor Fiscal para estas modificaciones. Estos ajustes deben informarse a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales con la correspondiente justificación.

1.3.2. COMPONENTE ECONÓMICO. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo capítulo es el siguiente:>

La información del componente económico debe contener:

1.3.2.1. Balance General (Véase Anexo Archivo Tipo 333).

1.3.2.2. Clasificación, recuperación de cartera, circularización e información de las gestiones adelantadas dirigidas a la liquidación de contratos y al cobro de cartera. (Medio físico).

1.3.2.3. Estado de Resultados de la Entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 334).

1.3.2.4. Gastos Administrativos Causación y Pagos (Véase Anexo Archivo Tipo 335).

1.3.2.5. Flujo de Tesorería Ingresos y Gastos de la Liquidación (Véase Anexo Archivo Tipo 336).

1.3.2.6. Relación UPC-S por cobrar (Véase Anexo Archivo Tipo 337).

1.3.2.7. Relación de deudores excepto UPC-S por cobrar (Véase Anexo Archivo Tipo 338).

1.3.2.8. Relación propiedad, planta y equipo (Véase Anexo Archivo Tipo 339).

1.3.2.9. Acreencias reconocidas (Véase Anexo Archivo Tipo 340).

1.3.2.10. Pagos de acreencias de la masa liquidatoria y la no masa liquidatoria (Véase Anexo Archivo Tipo 348).

1.3.2.11. Pagos de acreencias pasivo cierto no reclamado (Véase Anexo Archivo Tipo 349).

1.3.2.12. Descripción detallada del pago de impuestos tributarios de la entidad. (Medio físico).

Tanto el Agente Liquidador como el Contralor y/o Revisor Fiscal, deben expresar por escrito que efectivamente los inventarios se verificaron físicamente y cotejaron contra los datos que reposan en los libros de contabilidad. Así mismo, deben relacionarse los bienes que existan en la entidad que no se encuentren registrados en los libros de contabilidad y aquellos que aparezcan registrados en los libros de contabilidad.

que no hayan sido recibidos o encontrados físicamente.

1.3.3. COMPONENTE JURÍDICO. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La información del componente jurídico debe contener:

1.3.3.1. Relación de resoluciones expedidas por el liquidador (Véase Anexo Archivo Tipo 350).

1.3.3.2. Relación de procesos judiciales a favor o en contra de la entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 350).

1.3.3.3. Relación detallada de procesos de contratación de servicios o adquisición de bienes que se encuentran en curso (Véase Anexo Archivo Tipo 343).

1.3.4. COMPONENTE LABORAL. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La información del componente laboral debe contener:

2.3.4.1. <sic> Planta de personal, personal del contrato y órdenes de prestación de servicios según se encuentren en curso (Véase Anexo Archivo Tipo 344).

2.3.4.2. <sic> Situación de los pensionados a cargo de la entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 345).

2.3.4.3. <sic> Relación de personal que trabaja en la realización del proceso liquidatorio con la del proceso de liquidación, discriminando: Salarios, honorarios y comisiones. (Medio físico).

1.3.4. <SIC> COMPONENTE TÉCNICO CIENTÍFICO. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El componente técnico-científico debe contener la información pertinente a las características de la entidad en proceso de liquidación de acuerdo a su actividad misional en cumplimiento de la normatividad vigente.

1.4. RENDICIÓN DE CUENTAS E INFORME FINAL. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Al concluir la Liquidación Voluntaria, Pública y Privada, el Agente Liquidador de la entidad debe presentar a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, un informe final de gestión y medio físico, en el que se indique la finalización del Cronograma de Actividades del proceso liquidatorio.

Igualmente el Agente Liquidador deberá rendir cuentas de su gestión al cierre de cada año calendario cuando se separe del cargo, de acuerdo con lo establecido en el artículo [297](#) del Decreto-ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero).

Sin perjuicio de lo dispuesto en el numeral 2 artículo [297](#) del Decreto-ley 663 de 1993, el informe de rendición de cuentas debe presentarse al Contralor y/o Revisor Fiscal, el treinta y uno (31) de enero de cada año calendario a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, el día quince (15) de febrero de cada año calendario.

Cuando se trate de separación del cargo del Agente Liquidador, por retiro o terminación del proceso liquidatorio, el informe de rendición de cuentas se debe presentar al Contralor y/o Revisor Fiscal, dentro de los ocho (8) días siguientes a la fecha de la separación del cargo; y a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, dentro de los ocho (8) días siguientes a la fecha de la separación del cargo.

para Medidas Especiales, dentro de los diez (10) días siguientes, con la información correspondiente al último trimestre, las notas a los estados financieros básicos y el dictamen del Contralor y/o Revisor sobre los estados financieros.

Para la expedición del acto administrativo de terminación de la existencia legal de la entidad, el Agente Liquidador debe remitir previamente a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, la respectiva rendición de cuentas conforme a lo establecido en el literal i) del artículo 5 del Decreto 2211 de 2004; adjuntando los estados financieros con corte a la culminación del proceso de liquidación.

2. PERIODOS DE PRESENTACIÓN POR PARTE DEL AGENTE LIQUIDADOR. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La Información debe ser suministrada con oportunidad, calidad y pertinencia, confiabilidad y razón en los siguientes periodos:

2.1. Informe preliminar: Dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la Toma de Posesión de la entidad.

2.2. Sigüientes informes:

2.2.1. Informes de gestión mensuales mientras dure la Liquidación.

2.2.2. Informes trimestrales de seguimiento: A más tardar, los días treinta (30) de abril, treinta y uno (31) de julio, treinta y uno (31) de octubre y el día veinticinco (25) de febrero del siguiente año.

Si la fecha de envío no es día hábil, deberá remitirse la información el último día hábil del mes.

2.3. Rendición de cuentas e informe final:

2.3.1. Rendición de cuentas por el cierre de cada presentación a la Superintendencia

Nacional de Salud – Delegada Medidas Especiales el 15 de febrero.

2.3.2. Rendición de cuentas por separación del cargo: Presentación a la Superintendencia Nacional – Delegada para Medidas Especiales, dentro de los diez (10) días siguientes a la separación del cargo.

2.3.3. Informe final: al terminarse la liquidación con todos los soportes del caso.

Los informes trimestrales que deben remitir el Agente Liquidador a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, deben ser validados, certificados y dictaminados con la firma del Contralor y/o Revisor Fiscal y número de matrícula profesional.

3. INFORMES QUE DEBE REPORTAR EL CONTRALOR Y/O REVISOR FISCAL. <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

El Contralor ejerce funciones propias de un Revisor Fiscal conforme lo establece el inciso 2º del artículo [295](#) del Decreto-ley 663 de 1993.

El Contralor y/o Revisor Fiscal deberá remitir un informe preliminar en medio físico dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la toma de posesión de su cargo, en que incluya las observaciones y recomendaciones sobre aspectos relacionados con la situación administrativa, financiera, Jurídica, y técnica. En este mismo informe, debe presentar el plan de trabajo que va a adelantar y el a

nombramiento como Contralor y/o Revisor Fiscal.

Igualmente, debe rendir un informe de sus actividades en el desempeño de sus funciones como Contralor y/o Revisor fiscal en medio físico, independiente del informe de gestión del Agente Liquidador, cada (30) días hasta la culminación del proceso de liquidación.

Cuando el Contralor y/o Revisor Fiscal se separe del cargo, deberá presentar un (1) informe en medio físico consolidado de las actividades realizadas durante su permanencia en la entidad objeto de liquidación de los cinco (5) días calendario siguiente a la fecha de su Retiro.

Al concluir la Liquidación Voluntaria, Pública y Privada, el Contralor y/o Revisor Fiscal de la entidad deberá enviar a esta Delegada para Medidas Especiales, un dictamen en medio físico de acuerdo a los parámetros establecidos en la Ley 43 del 1990, en el que se indique la finalización del proceso de liquidación.

En caso que se requiera modificar el Plan de trabajo, el Contralor y/o Revisor Fiscal deberá presentar nuevo plan a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales.

4. PERIODOS DE PRESENTACIÓN POR PARTE DEL CONTRALOR Y/O REVISOR FISCAL <Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

La Información debe ser suministrada con oportunidad, calidad y pertinencia, confiabilidad y razonabilidad en los siguientes periodos:

4.1. Informe preliminar: Dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la Toma de Posesión del cargo.

4.3. Informes actividades: Mensualmente mientras dure la Liquidación.

4.4. Dictamen: Al concluir la liquidación.

Los informes trimestrales que deben remitir el Agente Liquidador a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, deben ser validados, certificados y dictaminados con la firma del Contralor y/o Revisor Fiscal y número de matrícula profesional.

Transitorio Las entidades que se encuentren en procesos de intervención forzosa administrativa para administrar, intervención forzosa administrativa para liquidar, intervención técnica administrativa y procesos de liquidación voluntaria que a la fecha no hayan podido enviar la información requerida a la Superintendencia por ausencia del anexo técnico respectivo tendrán plazo para actualizar la información hasta el 30 de enero de 2009.

Notas de Vigencia

- Capítulo V modificado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de diciembre de 2008.
- Capítulo V modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 49 de 2008:

CAPÍTULO V.

El Agente Liquidador de la entidad sometida a Liquidación Voluntaria, Pública y Privada, o entidad objeto de supresión y liquidación, debe remitir un (1) informe de gestión y a su vez, trimestralmente deberá reportar a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, la información que a continuación se determina.

1. INFORMACIÓN QUE DEBE REPORTAR EL AGENTE LIQUIDADOR.

La información que debe presentar el Agente Liquidador con sus respectivos anexos, debe ser validada con la firma del Contralor y/o Revisor Fiscal, en los períodos señalados.

1.1. INVENTARIO DE ACTIVOS.

El Agente Liquidador debe dar cumplimiento al artículo [31](#) del Decreto 2211 de 2004, el cual dispone que dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha en que se adoptó la medida de Liquidación Voluntaria (Supresión y Liquidación), debe presentar el inventario detallado de los activos de propiedad de la Entidad objeto de liquidación. Este plazo podrá ser prorrogado por la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales ante circunstancias excepcionales. Así mismo, el artículo [32](#) del Decreto 2211 de 2004, dispone que dentro del mes siguiente a la fecha en que haya vencido el término para la elaboración del inventario, el Liquidador, con base en avalúos técnicos, mediante resolución aceptará la valoración de los activos del mismo.

1.2. INFORMACIÓN GENERAL, PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA.

El Agente Liquidador deberá presentar un informe preliminar dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la Toma de Posesión de la Entidad. El informe debe contener los componentes: económico, jurídico, laboral, administrativo y técnico-científico.

Dentro de los noventa (90) días calendario, siguientes a la toma de posesión de su cargo, el liquidador debe presentar un informe sobre la situación general de la entidad, que contenga los componentes administrativos, económicos, jurídicos, laborales y técnico científicos.

Cuando se trate del inicio del proceso de Liquidación Voluntaria (Supresión y Liquidación), el Agente Liquidador debe presentar el cierre contable de las operaciones a la fecha en que se inició la toma de posesión y a su vez debe remitir a la Superintendencia Nacional de Salud Delegada para Medidas Especiales la información y formatos que a continuación se determinan de acuerdo con los plazos establecidos.

1.2.1. COMPONENTE ADMINISTRATIVO.

La información del componente administrativo debe contener:

1.2.1.1 Datos Generales de la entidad en liquidación (Véase Anexo Archivo Tipo 331).

1.2.1.2 Datos Generales del Agente Liquidador y Contralor y/o Revisor Fiscal (Véase Anexo Archivo Tipo 332).

1.2.1.3 Datos Generales Junta Liquidadora (Véase Anexo Archivo Tipo 332).

1.2.1.4 Cronograma de actividades (Véase Anexo Archivo Tipo 347).

1.2.1.5 Presupuesto de gastos administrativos (Véase Anexo Archivo Tipo 341).

1.2.1.6 Situación Archivo.

El Agente Liquidador debe presentar los avances de las actividades descritas en el cronograma, así como, las justificaciones pertinentes en el caso de las actividades con retrasos en la ejecución.

Cuando por razones absolutamente justificadas, el Agente Liquidador considere necesario ajustar presupuesto de gastos administrativos o el cronograma de actividades, deberá contar con el consentimiento favorable del Contralor y/o Revisor Fiscal para estas modificaciones. Estos ajustes deben informarse a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales con la correspondiente justificación.

1.2.2. COMPONENTE ECONÓMICO.

La información del componente económico debe contener:

1.2.2.1 Balance General (Véase Anexo Archivo Tipo 333).

1.2.2.2. Valoración y enajenación de activos.

1.2.2.3. Clasificación, recuperación de cartera, circularización e información de las gestiones adelantadas dirigidas a la liquidación de contratos y al cobro de cartera.

1.2.2.4. Contratos que se encuentran pendientes por liquidación y pago.

1.2.2.5. Estado de Caja, Bancos, e Inversiones Financieras.

1.2.2.6. Estado de Resultados (Véase Anexo Archivo Tipo 334).

1.2.2.7. Gastos Administrativos - Causación y Pagos (Véase Anexo Archivo Tipo 335).

1.2.2.8. Flujo de Tesorería – Ingresos y Gastos de Liquidación (Véase Anexo Archivo Tipo 336).

1.2.2.9. Relación UPC-S por cobrar (Véase Anexo Archivo Tipo 337).

1.2.2.10. Relación de deudores excepto UPC-S por Cobrar (Véase Anexo Archivo Tipo 338).

1.2.2.11. Relación propiedad, planta y equipo (Véase Anexo Archivo Tipo 339).

1.2.2.12. Acreencias reconocidas (Véase Anexo Archivo Tipo 340).

1.2.2.13. Pagos de acreencias excluidas de la no masa liquidatoria (véase anexo SDME-LV-068).

1.2.2.14. Pagos de acreencias de la masa liquidatoria y la no masa liquidatoria (Véase Anexo Archivo Tipo 348).

1.2.2.15. Aspectos económicos relacionados con los ingresos y gastos.

1.2.2.16. Justificación de sus principales variaciones de gastos del trimestre, confrontado con el presupuesto enviado a la Superintendencia Nacional de Salud.

1.2.2.17. Descripción detallada de cómo se encuentra la entidad frente al pago de impuestos tribu

Tanto el Agente Liquidador como el Contralor y/o Revisor Fiscal, deben expresar por escrito que efectivamente los inventarios se verificaron físicamente y cotejaron contra los datos que reposan en los Libros de Contabilidad. Así mismo, deben relacionarse los bienes que existan en la entidad que no encuentren registrados en los Libros de Contabilidad y aquellos que aparezcan registrados en los

pero que no hayan sido recibidos o encontrados físicamente.

1.2.3. COMPONENTE JURÍDICO.

1.2.3.1. Relación de Actos Administrativos expedidos por el liquidador (Véase Anexo Archivo Tipo 350).

1.2.3.2. Relación de procesos judiciales a favor o en contra de la entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 342).

1.2.3.3. Gestiones adelantadas en el trimestre y constitución de la reserva para atender posibles acciones jurídicas.

1.2.3.4. Relación detallada de procesos de contratación de servicios o adquisición de bienes que se encuentran en curso (Véase Anexo Archivo Tipo 343).

1.2.4. COMPONENTE LABORAL.

1.2.4.1. Relación de resoluciones expedidas por el liquidador (Véase Anexo Archivo Tipo 350).

1.2.4.2. Relación de procesos judiciales a favor o en contra de la entidad (Véase Anexo Archivo Tipo 342).

1.2.4.3. Gestiones adelantadas en el trimestre y constitución de la reserva para atender posibles acciones jurídicas.

1.2.4.4. Relación detallada de procesos de contratación de servicios o adquisición de bienes que se encuentran en curso (Véase Anexo Archivo Tipo 343).

1.2.5. COMPONENTE TÉCNICO-CIENTÍFICO.

El componente técnico-científico debe contener la información pertinente a las características de la entidad en proceso de Liquidación Voluntaria (Supresión y Liquidación), de acuerdo a su actividad misional en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

2. PERÍODOS DE PRESENTACIÓN.

A más tardar, los días veinticinco (25) de abril, veinticinco (25) de julio, veinticinco (25) de octubre y día quince (15) de febrero del siguiente año; el Agente Liquidador debe remitir a la Superintendencia Nacional de Salud - Delegada para Medidas Especiales, un informe correspondiente al trimestre calendario inmediatamente anterior.

2.1. RENDICIÓN DE CUENTAS.

El Agente Liquidador deberá rendir cuentas de su gestión al cierre de cada año calendario y cuando separe del cargo, de acuerdo con lo establecido en el artículo [297](#) del Decreto-ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero).

Sin perjuicio de lo dispuesto en el numeral 2 artículo [297](#) del Decreto-ley 663 de 1993, el informe de rendición de cuentas debe presentarse al Contralor y/o Revisor Fiscal, el treinta y uno (31) de enero y a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, el día quince (15) de febrero.

Cuando se trate de separación del cargo del Agente Liquidador, por retiro o terminación del proceso

informe de rendición de cuentas se debe presentar al Contralor y/o Revisor Fiscal, dentro de los 10 días siguientes a la fecha de la separación del cargo; y a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, dentro de los diez (10) días siguientes, con la información correspondiente al último trimestre, las notas a los estados financieros básicos y el dictamen del Contralor y/o Revisor Fiscal sobre los estados financieros.

Para la expedición del acto administrativo de terminación de la existencia legal de la entidad, el Agente Liquidador debe remitir previamente a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, la respectiva rendición de cuentas conforme a lo establecido en el literal i) del artículo 2211 de 2004; adjuntando los estados financieros y actos administrativos, con corte a la culminación del proceso de Liquidación Voluntaria (Supresión y Liquidación).

3. INFORMES QUE DEBE REPORTAR EL CONTRALOR Y/O REVISOR FISCAL.

El Contralor ejerce funciones propias de un Revisor Fiscal conforme lo establece el inciso 2o numeral 10 del artículo [295](#) del Decreto-ley 663 de 1993.

El Contralor y/o Revisor Fiscal deberá remitir un informe preliminar dentro de los diez (10) días calendario posteriores a la posesión del cargo, en el cual deberá incluir las observaciones y recomendaciones, sobre los aspectos relacionados con la situación administrativa, financiera, jurídica, laboral, de la entidad en proceso de Liquidación Voluntaria (Supresión y Liquidación). Igualmente presentar el plan de trabajo y el cronograma de la auditoría que va a adelantar.

Así mismo, deberá presentar un informe trimestral, a partir de la fecha de la posesión del cargo. Cuando el Contralor y/o Revisor Fiscal se separe del cargo por cualquier causa, deberá presentar un informe consolidado de las actividades realizadas durante su permanencia en la entidad objeto de liquidación dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de su retiro.

Los informes que deben remitir el Contralor y/o Revisor Fiscal a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales, deben validarse, certificarse y dictaminarse con su firma y sello de matrícula profesional.

En caso que se requiera modificar el Plan de Auditoría, el Contralor y/o Revisor Fiscal deberá presentar el nuevo plan a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Medidas Especiales.

Texto original de la Circular 47 de 2007:

CAPÍTULO V.

El Agente Liquidador de la entidad sometida a Liquidación Voluntaria, pública o privada, o entidad objeto de supresión y liquidación, debe remitir a la Superintendencia Nacional de Salud, la información que a continuación se determina en el plazo establecido.

1. Información que debe reportar el Agente Liquidador

Los informes a remitir deben incluir los componentes que se detallan a continuación, sin perjuicio de que la misma pueda ser complementada cuando sea del caso.

1.1. Inventario de Activos

El Agente Liquidador debe dar cumplimiento al artículo [31](#) del Decreto 2211 de 2004, el cual dispone que dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha en que se adoptó la medida de Liquidación

Voluntaria (Supresión y Liquidación), debe presentar el inventario detallado de los activos de propiedad de la institución. Este plazo podrá ser prorrogado por la Superintendencia Nacional de Salud ante circunstancias excepcionales. Así mismo, el Artículo [32](#) dispone que dentro del mes siguiente a la fecha en que haya vencido el término para la elaboración del inventario, el Liquidador, con base en avalúos técnicos, mediante resolución aceptará la valoración de los activos del mismo.

1.2. Información General, Presupuesto y Cronograma

Dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de notificación de la Liquidación Voluntaria (Supresión y Liquidación), el Agente Liquidador debe presentar a la Superintendencia Nacional de Salud, el inventario detallado de los activos de propiedad de la entidad, según lo previsto en el artículo [31](#) del Decreto 2211 de 2004.

Tanto el Agente Liquidador como el Contralor y/o Revisor Fiscal, deben expresar por escrito que efectivamente los inventarios se verificaron físicamente y cotejaron contra los datos que reposan en los libros de contabilidad. Así mismo, deben relacionarse los bienes que existan en la entidad que no encuentren registrados en los libros de contabilidad y aquellos que aparezcan registrados en los libros pero no hayan sido recibidos o encontrados físicamente.

1.2.1. Datos Básicos de la entidad en liquidación (véase anexo SDME-LV-055)

1.2.2. Datos Básicos del Agente Liquidador y Contralor y/o Revisor Fiscal (véase anexo SDME-LV-056).

1.2.3. Datos Básicos Junta Asesora (véase anexo SDME-LV-057).

1.2.4. Cronograma de actividades (véase anexo SDME-LV-058).

1.2.5. Presupuesto de gastos administrativos (véase anexo SDME-LV-059).

Cuando por razones absolutamente justificadas, el Agente Liquidador considere necesario ajustar presupuesto mensual de gastos administrativos o el cronograma de actividades, deberá contar con concepto favorable del Contralor y/o Revisor Fiscal para estas modificaciones. Estos ajustes deben informarse a la Superintendencia con la correspondiente justificación.

1.3. Informe Trimestral

A más tardar, los días veinticinco (25) de abril, veinticinco (25) de julio, veinticinco (25) de octubre y día quince (15) de febrero, el Agente Liquidador debe remitir un informe a la Superintendencia Nacional de Salud, correspondiente al trimestre calendario inmediatamente anterior, en el que contenga los siguientes aspectos:

3.3.1. Estado del proceso liquidatorio:

Avances en las actividades frente al cronograma previsto con la debida justificación de los retrasos y ejecución de las actividades.

3.3.2. Aspectos económicos relacionados con el activo.

1.3.2.1 Balance General (véase anexo SDME-LV -060).

1.3.2.2 Valoración y enajenación de activos.

1.3.2.2.1. Recuperación de cartera, circularización e información de las gestiones adelantadas desde la liquidación de contratos y al cobro de cartera, reportando en forma desagregada los contratos que encuentran pendientes por liquidación y pago.

1.3.2.3 Estado de Caja, Bancos, e Inversiones Financieras.

1.3.2.4 Relación UPC-S por cobrar (véase anexo SDME-LV -064).

1.3.2.5 Relación de deudores excepto UPC-S por Cobrar (véase anexo SDME-LV-065).

1.3.2.6 Relación propiedad, planta y equipo (véase anexo SDME-LV-066).

1.3.3. Aspectos económicos relacionados con el Pasivo:

1.3.3.1. Gestiones relacionadas con la auditoría, reconocimiento y pago de acreencias de la no masa y pasivo cierto no reclamado.

1.3.3.2. Forma de pago en caso que la entidad haya ordenado el pago de acreencias:

1.3.3.2.1. Si el pago es en efectivo, especificar el monto y porcentaje a pagar, saldo pendiente y procedimiento de pago.

1.3.3.2.2. Si el pago es en especie, especificar los activos o derechos litigiosos cedidos o adjudicados, porcentaje y monto pagado a cada acreedor.

1.3.3.3. Estado de la compensación ante Fosyga y la situación de multiafiliados en caso que la entidad maneje recursos del régimen contributivo.

1.3.3.4. Acreencias reconocidas (véase anexo SDME-LV-067).

1.3.3.5. Pagos de acreencias excluidas de la no masa liquidatoria (véase anexo SDME-LV-068).

1.3.3.6. Pagos de acreencias de la masa liquidatoria (véase anexo SDME-LV-069).

1.3.3.7. Pagos de acreencias pasivo cierto no reclamado (véase anexo SDME-LV-070)

1.3.4. Aspectos económicos relacionados con los ingresos y gastos.

1.3.4.1. Evaluación de la pertinencia para continuar con el proceso liquidatorio, teniendo en cuenta costos y gastos administrativos que demanda el proceso frente a las posibilidades de recuperación de activos.

1.3.4.2. Estado de Resultados (véase anexo SDME-LV-061).

1.3.4.3. Gastos Administrativos - Causación y Pagos (véase anexo SDME-LV-062).

1.3.4.4. Flujo de Tesorería – Ingresos y Gastos de Liquidación (véase anexo SDME-LV-063).

1.3.4.5. Justificación de sus principales variaciones de gastos del trimestre, confrontado con el presupuesto enviado a la Superintendencia Nacional de Salud.

1.3.5. Aspectos Administrativos:

1.3.5.1. Relación de personal que trabaja en la realización del proceso liquidatorio con la debida justificación, discriminando: Salarios, honorarios y comisiones.

1.3.5.2. Situación del archivo.

1.3.5.3. Informe de Recursos Humanos (Véase anexo SDME-LV-074)

1.3.5.4. Situación de los pensionados a cargo de la empresa (Véase anexo SDME-LV-075)

1.3.5.5. Relación detallada de procesos de contratación de servicios (Véase anexo SDME-LV-076)

3.3.6. Aspectos Jurídicos:

1.3.6.1. Relación de resoluciones expedidas por el liquidador (véase anexo SDME- LV-071).

1.3.6.2. Relación de procesos judiciales a favor o en contra de la entidad (véase anexo SDME-LV-072)

1.3.6.3. Gestiones adelantadas en el trimestre y constitución de la respectiva reserva.

1.3.6.4. Relación detallada de procesos de contratación de servicios o adquisición de bienes que se encuentran en curso (véase anexo SDME-LV- 073).

1.3.7. Situación tributaria de la entidad.

1.3.7.1. Descripción detallada de cómo se encuentra la entidad frente al pago de impuestos tributarios.

1.4. Rendición de Cuentas

El Agente Liquidador deberá rendir cuentas de su gestión al cierre de cada año calendario y cuando separe del cargo, de acuerdo con lo establecido en el artículo [297](#) del Decreto-ley 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero).

Sin perjuicio de lo dispuesto en el numeral 2 artículo [297](#) del Decreto Ley 663 de 1993, el informe de rendición de cuentas debe presentarse al Contralor y/o Revisor Fiscal, al treinta y uno (31) de enero y a la Superintendencia Nacional de Salud el día quince (15) de febrero.

Cuando se trate de separación del cargo del Agente Liquidador, por retiro o terminación del proceso, el informe de rendición de cuentas se debe presentar al Contralor y/o Revisor Fiscal, dentro de los ocho (8) días calendario siguientes a la fecha de la separación del cargo; y a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los diez (10) días calendario siguientes, con la información correspondiente al último trimestre, las notas a los estados financieros básicos y el dictamen del Contralor y/o Revisor Fiscal sobre los estados financieros.

El Agente Liquidador debe remitir previamente a la Superintendencia Nacional de Salud, la respectiva rendición de cuentas conforme a lo establecido en el literal i) del artículo [52](#) del Decreto 2211 de 2017, adjuntando los estados financieros cerrados y el acto administrativo de la existencia legal de la entidad.

1.5. Información que debe reportar el Contralor y/o Revisor Fiscal.

El Contralor ejerce funciones propias de un Revisor Fiscal conforme lo establece el inciso 2o numeral 10 del artículo [295](#) del Decreto Ley 663 de 1993.

Los informes que deben remitir el Contralor y/o Revisor Fiscal a la Superintendencia Nacional de Salud deben validarse y certificarse con su firma y número de matrícula profesional. Son los siguientes:

1.5.1. Diagnóstico de la liquidación, plan y programa de la auditoría.

Dentro de los sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de la posesión del cargo, el Contralor Revisor Fiscal debe remitir un informe que incluya las observaciones y recomendaciones sobre asuntos relacionados con la situación administrativa, financiera, jurídica, de sistemas de información y de control interno, de la persona jurídica en Liquidación Voluntaria (Supresión y Liquidación). En el mismo informe, debe presentar el plan de trabajo y el cronograma de la auditoría que va a adelantar el proceso liquidatorio previamente convenido con el liquidador.

En caso que se requiera modificar el Plan de Auditoría, el Contralor y/o Revisor Fiscal deberá presentar el nuevo plan a la Superintendencia Nacional de Salud, adjuntando la constancia de remisión al liquidador.

1.5.2. Informe trimestral.

Además de las funciones propias de un Revisor Fiscal, conforme lo establece el inciso 2o del numeral 10 del artículo [295](#) del Decreto-ley 663 de 1993; el Contralor y/o Revisor Fiscal debe presentar un informe de evaluación del proceso liquidatorio del trimestre inmediatamente anterior, a la Superintendencia Nacional de Salud con copia al Agente Liquidador, dentro de los treinta (30) días calendario de los meses de abril, julio, octubre y antes del quince (15) de febrero del siguiente año.

1.5.2.1. Gestión del liquidador:

1.5.2.1.1. Cumplimiento de la normatividad en el desarrollo del proceso.

1.5.2.1.2. Cumplimiento de los principios de eficiencia, eficacia y austeridad frente a:

1.5.2.1.2.1. Gastos administrativos y de personal.

1.5.2.1.2.2. Pagos de honorarios y comisiones

1.5.2.1.2.3. Ejecución de cronograma y presupuesto.

1.5.2.1.2.4. Valoración y realización de activos.

1.5.2.1.2.5. Reconocimiento y pago de acreencias.

1.5.2.1.2.6. Estado actual de las acreencias y porcentajes de pago.

1.5.2.1.2.7. Organización del archivo y constitución de la respectiva reserva.

1.5.2.2. Aspectos contables:

1.5.2.2.1. Estado de la contabilidad.

1.5.2.2.2. Fecha y estado de los libros oficiales.

1.5.2.2.3. Grado de depuración de los registros y cuentas contables.

1.5.2.2.4. Estado de la elaboración y presentación de las declaraciones de impuestos.

1.5.2.2.5. Cumplimiento de las normas vigentes en materia contable y tributaria.

1.5.2.2.6. Variaciones de los rubros más representativos del Balance General y el Estado de Resultados.

1.5.2.3. Aspectos financieros:

1.5.2.3.1. Estado de liquidez de la entidad.

1.5.2.3.2. La pertinencia de continuar el proceso liquidatorio teniendo en cuenta los costos y gastos administrativos que demanda el proceso, frente a la posibilidad de recuperación de activos y pagos acreencias.

1.6. Informes del Contralor y/o Revisor Fiscal

Dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la fecha en que el Contralor y/o Revisor Fiscal separe del cargo por cualquier causa, debe presentar un (1) informe consolidado de las actividades adelantadas, pronunciándose sobre los aspectos financieros, contables, administrativos, tributarios legales del proceso de Liquidación Voluntaria (Supresión y Liquidación). Al finalizar el proceso liquidatorio, el Contralor y/o Revisor Fiscal debe emitir su opinión por escrito respecto al cumplimiento de la normatividad prevista para el cierre del proceso y el dictamen sobre los estados financieros al cierre.

TITULO X .

GLOSARIO.

El presente título de la Circular Unica ofrece a los actores del Sistema los diferentes conceptos, términos y siglas que son utilizados en el Sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para que familiaricen con estos y conozcan el contexto en el cual son utilizados.

Afiliación: Es el acto jurídico, que requiere de la inscripción a una EPS, por medio del cual el usuario o grupo familiar adquieren los derechos y las obligaciones derivadas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Afiliado: La persona con o sin capacidad de pago (cotizante o familiar beneficiario) que tiene derecho a cobertura de riesgos en salud.

Alianzas o asociaciones 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.

Alto costo: Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades graves o catastróficas, como sida y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplante de riñón, corazón, médula ósea o córnea, entre otros.

Apuestas permanentes o chance. Es una modalidad de juego de suerte y azar en la cual el jugador, mediante un formulario oficial, en forma manual o sistematizada, indica el valor de su apuesta y escoge un número entre uno (1) y cuatro (4) cifras, de manera que si su número coincide, según las reglas predeterminadas, con el resultado del premio mayor de la lotería o juego autorizado para el efecto, gana un premio en dinero de acuerdo con un plan de premios predefinido y autorizado por el Gobierno Nacional mediante decreto reglamentario.

Aseguramiento en salud: Es la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Atención inicial de urgencias: Todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia, consistentes en las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de signos vitales; la realización de un diagnóstico de impresión y la definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia 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.

Atención integral: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o grupo de ellas en su entorno bio-psicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

Autenticidad: Es la garantía de la identidad del emisor de un mensaje de datos y/o el origen del mismo, teniendo certeza de que este es quien dice ser. Se presume auténtica una firma digital si esta se encuentra respaldada por un certificado digital emitido por una entidad de certificación de las contempladas en el [Decreto 527](#) de 1999 y el Decreto-Reglamentario 1747 de 2000.

Autocuidado: Observancia particular y determinada que una persona hace para sí misma de un conjunto de principios, recomendaciones y precauciones, destinadas a conservar la salud.

Beneficiarios: Son las personas afiliadas, que no hacen aporte de cotización, pertenecientes al grupo de beneficiarios del cotizante al sistema, quienes reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por su parentesco o dependencia económica.

Certificado de funcionamiento: Es la autorización que otorga la Superintendencia Nacional de Salud a las Entidades Promotoras de Salud para que puedan adelantar operaciones.

Certificado digital: Es un mensaje de datos u otro registro firmado por la entidad de certificación que lo emite, identifica, tanto a la entidad de certificación que lo expide, como al suscriptor del certificado y con una clave pública de este.

Cobertura: Es la garantía para los habitantes del Territorio Nacional de acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Plan Obligatorio de Salud.

Comisión reguladora de salud: Unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

Comité de ética hospitalaria: cuerpos multidisciplinarios, que se desempeñan en las instituciones prestadoras de salud; su función principal es la de asesorar, apoyar y formular recomendaciones sobre los aspectos éticos de casos presentados por personal de la salud involucrado en la toma de decisiones.

Doctrina Concordante

Concepto SUPERSALUD [101421](#) de 2021

Comité técnico científico: Organismo o junta cuya función primordial es analizar, para su autorización, las solicitudes presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, el suministro de medicamentos que no están en el listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS). Está conformado por un representante de la EPS, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), y un (1) representante de los usuarios.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter permanente, adscrito al Ministerio de la Protección Social.

Control. Consiste en la atribución para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

Copago: Es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio requerido por el beneficiario; tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se cobra sólo a los afiliados beneficiarios (familiares del cotizante). No se paga en: Actividades de promoción y Prevención, Atención Inicial Urgencias y Enfermedades catastróficas.

Cotización. Es la fuente de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo y corresponde al monto del descuento que se le hace al pensionado, trabajador (dependiente) y del aporte que le corresponde al empleador. Corresponde al 12.5% del ingreso base de cotización.

<Inciso adicionado por la Circular [52](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> En el caso de las madres comunitarias que están vinculadas al Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar, la base de cotización sobre las que realizan los aportes corresponde a la suma que por concepto de bonificación reciban del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y su aporte equivale al 4% de dichas sumas. Las diferencias que resulten entre las Unidades de Pago por Capitalización –UPC no cubiertas con los aportes de las madres comunitarias serán satisfechas por las Subcuentas del Fosyga en los términos establecidos en el Decreto 1607 de 2012.

Notas del editor

- En relación con este inciso, en criterio del editor debe tenerse en cuenta la expedición del Decreto 1607 de 2012, 'por el cual se reglamenta parcialmente el artículo [36](#) de la Ley 1607 de 2012 y se dictan otras disposiciones' publicado en el Diario Oficial No. 49.062 de 12 de febrero de 2014, mediante el cual se reglamenta la vinculación laboral de las Madres Comunitarias con las entidades administradoras del Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar.

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

Cotizante. Las personas, nacionales o extranjeras residentes en Colombia, que por estar vinculadas a un contrato de trabajo, ser servidores públicos, pensionados o jubilados o trabajadores independientes con capacidad de pago, aportan parte de los ingresos para recibir los beneficios del sistema de salud.

Cuotas moderadoras. Son los aportes en dinero que se cobra a todos los afiliados (cotizantes y a sus familiares) por servicios que estos demanden que tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular el buen uso del servicio de salud, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las Entidades Promotoras de Salud.

Declaración de prácticas de certificación: Manifestación de la Entidad de Certificación sobre las prácticas de certificación que aplica a los suscriptores y partes confiantes del servicio de certificación digital.

Defensor del usuario en salud. Es el vocero de los afiliados ante las respectivas Entidades Promotoras de Salud en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

Distintivo de habilitación. Símbolo dirigido a los usuarios que garantiza que el prestador está inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Debe ser visible a los usuarios en los servicios habilitados.

Eje de acciones y medidas especiales: Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación o operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente a las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sistema de salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización de funcionamiento que le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre su liquidación.

Eje de aseguramiento. Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación y la vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.

Eje de atención al usuario y participación social: Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

Eje de financiamiento. Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

Eje de focalización de los subsidios en salud: Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

Eje de información. Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

Eje de prestación de servicios de atención en salud pública: Su objetivo es vigilar que la prestación de servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Entidades promotoras de salud. Son las entidades responsables de la afiliación, registro de los usuarios, recaudo de las cotizaciones y de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Seguro Obligatorio, así como de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Entidad de certificación digital. Es aquella persona jurídica que, autorizada por normas electrónicas de protección de personas, ofrecer o facilitar los servicios de registro y estampado cronológico de la transmisión y recepción de mensajes de datos, así como cumplir otras funciones relativas a la seguridad de comunicaciones en las firmas electrónicas.

Empresa social del estado (ESE): Es una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud.

Estándares. Conjunto de normas y condiciones indispensables, suficientes y necesarias para reducir principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios. Deben ser de obligatorio cumplimiento por los prestadores de Servicios de Salud.

Eventos Deportivos, Gallísticos, Caninos Y Similares. Son modalidades de juegos de suerte y azar cuales las apuestas de los jugadores están ligadas a los resultados de eventos deportivos, gallísticos y similares, tales como el marcador, el ganador o las combinaciones o aproximaciones preestablecidas. El jugador que acierte con el resultado del evento se hace acreedor a un porcentaje del monto global de apuestas o a otro premio preestablecido.

Exclusiones. Son todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención médica que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, excluidas del Plan Obligatorio de Salud.

Firma Digital. Se entenderá como un valor numérico que se adhiere a un mensaje de datos y que, por un procedimiento matemático conocido, vinculado a la clave del iniciador y al texto del mensaje permite determinar que este valor se ha obtenido exclusivamente con la clave del iniciador y que el mensaje no ha sido modificado después de efectuada la transformación.

Firmante. Es la entidad vigilada o la persona que posee la clave privada para la...

Fondo de solidaridad y garantía: Es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública (Ley [80](#) de 1995) compuesto por cuatro (4) subcuentas a saber: Compensación, Solidaridad, Promoción de la salud y Enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito. Tiene por objeto garantizar la compensación en las personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de seguridad Social en cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en la ley.

Formulario de inscripción: Formato mediante el cual se declara el cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad, con el propósito de inscribir al prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Habilitación. Cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de solvencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema único de habilitación, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud.

Impuesto social a las armas: Impuesto pagado por quienes porten en el territorio nacional armas de fuego, el cual será cobrado con la expedición o renovación del respectivo permiso y por el término de éste. El monto del impuesto es del 10% de un salario mínimo mensual.

Impuesto social a las municiones y explosivos: Impuesto ad valorem con una tasa del 5%.

Inscripción. Procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud, luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones de habilitación, radica el formulario de inscripción ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

Inspección. Es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación de la prestación de servicios de salud.

del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencias. Las funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

Instituciones prestadoras de salud (IPS): Son entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o socializadas organizadas para la prestación de los servicios de salud a los habitantes del territorio colombiano. Pueden ser clínicas, hospitales, centros de salud, grupos de profesionales que ofrecen un servicio, instituciones de rehabilitación, consultorios, entre otros.

Integridad: Significa que la información enviada a través de un mensaje de datos no carece de alguna parte, como tampoco ha sido transformada.

Intervención. Se entiende por intervención las acciones y medidas especiales de intervención forzosa para administrar o liquidar las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud; tendientes a garantizar la prestación de los servicios de salud y los derechos de los usuarios, y la generación y flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con eficiencia y eficacia.

Juegos localizados. Son modalidades de juegos de suerte y azar que operan con equipos o elementos de juegos, en establecimientos de comercio, a los cuales asisten los jugadores como condición necesaria para poder apostar, tales como los bingos, vídeo-bingos, esferódromos, máquinas tragamonedas, y los juegos de mesa en casinos y similares.

Juegos novedosos. Son cualquier otra modalidad de juegos de suerte y azar distintos de las loterías tradicionales o de billetes, de las apuestas permanentes y de los demás juegos a que se refiere la ley en su régimen propio. Se consideran juegos novedosos, entre otros, la lotto preimpresa, la lotería instantánea, la lotto en línea en cualquiera de sus modalidades y los demás juegos masivos, realizados por medios electrónicos, por Internet o mediante cualquier otra modalidad en tiempo real que no requiera la presencia física del apostador.

Juegos promocionales. Son las modalidades de juegos de suerte y azar organizados y operados con fines de publicidad o promoción de bienes o servicios, establecimientos, empresas o entidades, en los cuales se ofrece un premio al público, sin que para acceder al juego se pague directamente.

Juegos de suerte y azar. Son aquellos juegos en los cuales, según reglas predeterminadas por la ley o el reglamento, una persona, que actúa en calidad de jugador, realiza una apuesta o paga por el derecho de participar, a otra persona que actúa en calidad de operador, que le ofrece a cambio un premio, en dinero o especie, el cual ganará si acierta, dados los resultados del juego, no siendo este previsible con certeza. El premio está determinado por la suerte, el azar o la casualidad.

Libre escogencia. Es el principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud que le da al afiliado la facultad de escoger entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud cual le administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Obligatorio. A su vez, la Entidad Promotora de Salud garantiza al afiliado la posibilidad de escoger, entre un número plural de prestadores, la o las Instituciones Prestadoras de servicios a través de las cuales accederá al Plan Obligatorio de Salud.

Lotería tradicional. Es una modalidad de juego de suerte y azar realizada en forma periódica por un operador legal autorizado, el cual emite y pone en circulación billetes indivisos o fraccionados de precios fijos y singularizados con una combinación numérica y de otros caracteres a la vista obligándose a otorgar

premio en dinero, fijado previamente en el correspondiente plan al tenedor del billete o fracción cuya combinación o aproximaciones preestablecidas coincidan en su orden con aquella obtenida al azar en el sorteo público efectuado por la entidad gestora.

Mensaje de datos. Es la información generada, enviada, recibida, almacenada o comunicada por medios electrónicos, ópticos o similares, como el correo electrónico e Internet.

Monopolio de juegos de suerte y azar. Se define como la facultad exclusiva del Estado para explotar, organizar, administrar, operar, controlar, fiscalizar, regular y vigilar todas las modalidades de juego de suerte y azar, y para establecer las condiciones en las cuales los particulares pueden operarlos, facultad que siempre se debe ejercer como actividad que debe respetar el interés público y social y con fines de fomento rentístico a favor de los servicios de salud, incluidos sus costos prestacionales y la investigación.

No repudio. Cuando un mensaje de datos se encuentra firmado a través de una firma digital el iniciador del mensaje de datos no podrá negar su conocimiento y los compromisos adquiridos a partir de este.

Parte confiante. Persona que recibe, hace uso o confía de cualquier manera en los certificados digitales emitidos por una Entidad de Certificación y que por lo tanto se vincula jurídicamente por los términos de la Declaración de Prácticas de Certificación de la Entidad.

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.

Participación comunitaria. Es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

Participación social. Proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a los intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. Comprende la participación ciudadana y comunitaria.

Participación. La participación en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 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.

Períodos mínimos de cotización. La ley de Seguridad Social en salud eliminó las Preexistencias, pero establece períodos mínimos de cotización, para tener derecho a acceder a determinados servicios de salud de costo incluidos dentro del POS.

Plan de atención básica en salud (PAB). Es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en Salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, el cual se realiza con participación social donde se tienen en cuenta la capacidad efectiva del ciudadano y sus organizaciones para que influyan en las decisiones que le afectan, especialmente aquellas que contribuyen al desarrollo social y al bienestar humano, con base en los principios de Equidad, Solidaridad y Universalidad consagrados en la Constitución.

Plan obligatorio de salud (POS). Son los servicios de salud determinados por el Consejo Nacional de Salud y Seguridad Social en Salud a que tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Planilla integrada de pago de aportes. Es un formato electrónico que facilita a los aportantes realizar el pago integrado de los aportes a la Seguridad Social y demás parafiscales, a través de transferencias elect

de fondos.

Profesional independiente. Toda persona natural reconocida por la Ley como profesional, con facultad para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud, para lo cual podrá contar con personal de apoyo en los niveles técnico y auxiliar.

Régimen contributivo. Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se realiza a través de un aporte o cotización.

Régimen subsidiado. Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Este régimen fue creado con el propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de pago de cotizar.

Regímenes de excepción. Son los sistemas de salud, que por decisión del legislador, cuentan con unas normas y una administración para la prestación de los servicios de salud diferente a sus beneficiarios, diferente a la establecida para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Registro especial de prestadores de servicios de salud. Base de datos de Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y se encuentran habilitados.

Rifa. Es una modalidad de juego de suerte y azar en la cual se sortean, en una fecha predeterminada, en especie entre quienes hubieren adquirido o fueren poseedores de una o varias boletas, emitidas y puestas en venta en el mercado a precio fijo por un operador previa y debidamente autorizada.

Salud pública. Está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integral la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

Seguridad Social. Es un servicio público esencial y obligatorio, cuya dirección, coordinación y control son de cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidas en las leyes que regulan la materia.

Seguridad Social en Salud: Es el derecho que tienen todas las personas a protegerse integralmente contra los riesgos que afectan sus condiciones de vida, en especial los que menoscaban la salud y la capacidad económica.

Sistema de Información: Es todo sistema utilizado para generar, enviar, recibir, archivar, conservar y procesar de alguna otra forma mensajes de datos.

Sistema de inspección, vigilancia y control: Conjunto de normas, agentes, y procesos articulados en el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales.

Sistema General de Seguridad Social en Salud: Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura.

integral de las contingencias que menoscaban la salud de los habitantes del territorio nacional, con lograr el bienestar individual y colectivo.

Sitio Web: Es el sitio (s) o página (s) Web, ubicado (s) en la red pública Internet, que utilice la Superintendencia Nacional de Salud para cumplir con lo dispuesto frente a las comunicaciones electrónicas con sus vigilados.

Suscriptor: Persona a cuyo nombre se expide un certificado.

Suspensión de la afiliación: Es el acto de separar temporalmente al afiliado del acceso a los servicios de Salud a través de su EPS. Sólo procederá la desafiliación a una EPS, en los siguientes casos:

- a) Transcurridos tres (3) meses continuos de suspensión de la afiliación por causa del no pago de las cotizaciones;
- b) Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa a la EPS que no tiene capacidad para continuar afiliado como independiente;
- c) Para los afiliados beneficiarios, cuando transcurran tres meses de suspensión y no se entreguen los soportes de la afiliación requeridos por la EPS;
- d) En caso de fallecimiento del cotizante, también se producirá la desafiliación de sus beneficiarios que exista otro cotizante en el grupo familiar, caso en el cual quedará como cabeza de grupo;
- e) Cuando la EPS compruebe la existencia de un hecho extintivo de la calidad de afiliado, cuya novedad haya sido reportada;
- f) Cuando la Superintendencia Nacional de Salud defina quejas o controversias de multifiliación.

Traslado: Es el derecho que tienen los afiliados para cambiarse a otra Entidad Promotora de Salud, se cumpla con el período mínimo de permanencia exigido o se configuren las causales definidas por las disposiciones legales vigentes.

Verificación: Procedimiento establecido mediante plan de visitas para verificar el cumplimiento de condiciones exigibles a los prestadores de Servicios de Salud. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud.

Vigilancia: Vigilancia, consiste en la atribución para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender a las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.

TITULO XI.

ANEXOS TECNICOS.

<NOTA DEL EDITOR: Editor advierte que los anexos contenidos en este título, por sus características, han sido incluidos. El editor aconseja que cualquier referencia a los mismos sea consultados en la página internet de la Superintendencia Nacional de Salud.>

<Texto adicionado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> En el presente título encuentran consignados las estructuras y los contenidos de los archivos que cada tipo de entidad de

remitir a la Superintendencia Nacional de Salud.

La información contenida en cada uno de los capítulos es de obligatorio cumplimiento en los plazos establecidos para la remisión, validación y cargue de

la misma a través de la página web.

La única información que se encuentra exceptuada de ser remitida por página web es la correspondiente información de afiliados que reporta el Fondo de Solidaridad y Garantía, la cual debe ser allegada en soporte magnético con observancia de los plazos establecidos para tal fin.

Para facilitar en la consulta del presente título, a continuación se relaciona la tabla de contenido de capítulos por tipo de entidad es:

[CAPITULO](#) REVISORES FISCALES.

[CAPITULO](#) EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y ENTIDADES ADAPTADAS AL SISTEMA

<[CAPITULO](#) ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO>

[CAPITULO](#) EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA

[CAPITULO](#) SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADO

[CAPITULO](#) REGIMENES DE EXCEPCION Y ESPECIALES

[CAPITULO](#) GENERADORES DE RECURSOS

[CAPITULO](#) INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

[CAPITULO](#) ENTIDADES TERRITORIALES

[CAPITULO](#) ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURO SOCIAL EN SALUD (ADRES) (Antes FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA)

[CAPITULO](#) NEGACION DE SERVICIOS

[CAPITULO](#) COMPAÑÍAS DE SEGUROS AUTORIZADAS PARA OPERAR EL RAMO DE SO

[CAPITULO](#) INDUMIL

[CAPITULO](#) CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR QUE NO ADMINISTRAN REGIMEN SUBSIDIADO

[CAPITULO](#) MEDIDAS ESPECIALES

<[CAPITULO](#) MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL>

<[CAPITULO](#) INVIMA>

Igualmente, en este título se encuentran especificados los períodos de reporte y corte de la información a remitir.

En tal sentido, a continuación se presenta la tabla de períodos a tener en cuenta al momento de remitir.

información.

TABLA PERIODOS

Período de corte	Nombre	Periodo	Dia	Limite	Tipo	Periodo

01	Enero	31	Mensual			

02	Febrero	28	Mensual			

03	Marzo	31	Mensual			

04	Abril	30	Mensual			

05	Mayo	31	Mensual			

06	Junio	30	Mensual			

07	Julio	31	Mensual			

08	Agosto	31	Mensual			

09	Septiembre	30	Mensual			

10	Octubre	31	Mensual			

11	Noviembre	30	Mensual			

12	Diciembre	31	Mensual			

40	Primer Trimestre	31	Trimestral			

41	Segundo Trimestre	30	Trimestral			

42	Tercer Trimestre	30	Trimestral			

43	Cuarto Trimestre	31	Trimestral			

50	Diario	0	Diario			

60	Semanal	0	Semanal			

70	Quincenal	0	Quincenal			

80	Anual	31	Anual			

Notas de Vigencia

- Texto adicionado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de 2008.

CAPITULO.

REVISORES FISCALES.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo

modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismo sea consultado en la página de internet de la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 de febrero de 2011.
- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Estructura y descripción de los archivos para Revisores Fiscales

Archivo Tipo 140

Solicitud de autorización de posesión de revisor fiscal principal y/o suplente ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANN140.DOC

Deberá allegar solicitud de la autorización de posesión del revisor fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud, elevada por el Representante Legal de persona jurídica vigilada. Recuerde diligenciar completamente el siguiente documento, firmarlo y suministrar la información que se indica a continuación:

Ciudad:

Fecha:

Señores:

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Carrera 13 No 32-76 Piso 9o

Bogotá, D. C.

Referencia: Solicitud de autorización de posesión de revisor fiscal.

En mi condición de Representante Legal de la persona jurídica vigilada:

_____ identificada con NIT-_____ solicito a la Superintendencia Nacional de Salud, autorice la posesión de las siguientes personas, que han sido designadas como revisor fiscal (principal y/o suplente) de la persona jurídica que representa mediante acta número _____ fecha _____ emitida por _____:

Nombre completo o razón social de la persona natural o jurídica designada como Revisor Fiscal Principal: _____

C.C. o NIT _____

Dirección domiciliaria _____

Ciudad, Departamento _____

Teléfono, fax, correo electrónico _____

Número de la tarjeta profesional _____

Nombre completo o razón social de la persona natural o jurídica designada como Revisor Fiscal Su

C.C. o NIT: _____

Dirección Domiciliaria _____

Ciudad, Departamento _____

Teléfono, fax, e-mail _____

Número de la tarjeta profesional _____

Manifiesto que apporto todos los documentos requeridos por la Superintendencia Nacional de Salud
posesión del Revisor Fiscal Principal y/o Suplente.

Cordialmente,

Firma Representante Legal de la Persona Jurídica Vigilada

Nombres y Apellidos: _____

Documento de identidad del Representante Legal: _____

Dirección de la persona jurídica vigilada para Notificación: _____

Municipio: Departamento: _____

Teléfono: Fax: Correo Electrónico: _____

Archivo Tipo 141

Copia o extracto del acta del órgano competente, de elección del revisor fiscal principal y/o suplente

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANN141.DOC

De conformidad con el artículo [189](#) del Código de Comercio, las decisiones de la junta de socios o
asamblea se harán constar en actas aprobadas por la misma, o por las personas que se designen en la
para tal efecto, y firmadas por el presidente y secretario de la misma, en las cuales deberá indicarse
la forma en que hayan sido convocados los socios, los asistentes y los votos emitidos en cada caso.

Con la solicitud deberá allegar copia del acta de la Asamblea General de Accionistas, Junta General
reunión del órgano competente, o el extracto de la misma, en el cual conste la elección del Revisor
Principal y/o Suplente, o de la firma de contadores cuando la designación recaiga en ella, debe constar
como mínimo:

-- Es indispensable que se establezca el período para el cual fue nombrado el revisor fiscal, indicando
fecha exacta hasta la que ejercerá el cargo, la cual deberá estar vigente, teniendo en cuenta que no se
expiden autorizaciones de posesión con carácter retroactivo, como tampoco se aceptan periodos inc

-- Observarse claramente las firmas de quienes actuaron como Presidente y Secretario de la Asamblea
o reunión del órgano legalmente competente para la designación del revisor fiscal.

-- Con relación al nombramiento del revisor fiscal, es preciso anotar que, debe llevarse a cabo con la mayoría absoluta de la asamblea general de accionistas, junta de socios o máximo órgano social de la entidad, conforme a las normas legales vigentes.

-- Que el revisor fiscal elegido tenga el carácter de contador público titulado, la idoneidad y la experiencia para el ejercicio del cargo como revisor fiscal y que no tenga inhabilidades e incompatibilidades legales para ejercer el cargo.

Esta función no podrá delegarse, por cuanto se trata de una función de carácter legal asignada expresamente por la ley al máximo órgano social.

-- Nombre completo de la persona natural o jurídica, con cédula de ciudadanía o NIT, designada como Revisor Fiscal Principal.

-- Nombre completo o razón social de la persona natural o jurídica, con cédula de ciudadanía, designada como Revisor Fiscal Suplente.

Para el caso del ejercicio de la revisoría fiscal por parte de personas naturales, resulta recomendable la elección de su suplente, en aras de garantizar la continuidad en la prestación del servicio. Por su parte, cuando la elección recae en una persona jurídica, corresponde a los órganos de elección de la persona contratante prever los mecanismos que permitan el reemplazo de la persona natural designada para la revisoría fiscal, en caso de ausencias temporales o definitivas, debidamente comprobadas. De esta manera, cuando se elige como Revisor Fiscal a una persona jurídica, ésta asume la obligación de designar al Revisor Fiscal principal y al número de suplentes necesarios para cumplir la labor encomendada, de conformidad con los parámetros establecidos por el contratante de sus servicios (Circular número 33 de 1999 – Junta Ce Contadores).

La copia de estas actas, autorizada por el secretario o por algún representante de la sociedad, será suficiente de los hechos que consten en ellas, mientras no se demuestre la falsedad de la copia o de

Así las cosas, en caso de remitir copia del acta, deberá encontrarse en los términos antes señalados, por el cual, no se aceptan sellos de “original firmado”. Si por el contrario envía extracto del acta, debe estar debidamente firmado por quienes actuaron como Presidente y Secretario de la reunión del máximo órgano social y contener: número de acta y fecha de celebración de la reunión.

Archivo Tipo 142

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANN142.DOC

Antecedentes Disciplinarios

Enviar impreso el certificado de inscripción y antecedentes disciplinarios expedido por la Junta Ce Contadores, el cual debe estar vigente.

Archivo Tipo 143

Habilitación de la EPS o IPS

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANN143.DOC

Las Entidades que presenten solicitud de posesión de revisor fiscal deben estar debidamente habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud (EPS) o la entidad territorial (IPS públicas y privadas).

Las personas jurídicas que sean Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deben estar habilitadas ante la entidad territorial correspondiente, para el efecto debe constar en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Información que se consultará por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, a quien le corresponde conformarla y mantenerla actualizada de conformidad con el Artículo 1011 del Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.

De no encontrarse en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de la Protección Social, deberá enviar copia del formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes, y a través de su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, a través del cual declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el decreto [1011](#) del 3 de abril de 2006.

Las personas jurídicas que sean Entidades Promotoras de Salud deben estar habilitadas ante la Superintendencia Nacional de Salud. Para el efecto la Superintendencia revisará en el registro interno de habilitación con que cuente para verificar que tal habilitación se encuentra vigente, de acuerdo con la normatividad vigente. La Entidad solicitante deberá aclarar el régimen para el cual está habilitada y la cual presenta ante la Superintendencia la posesión o reelección de revisor fiscal.

Las cooperativas y mutuales deben tener vigente el acto administrativo emitido por esta Superintendencia (Oficina Jurídica) relacionado con el control de legalidad y registro de constitución. Para el efecto, la Superintendencia revisará en el registro interno para verificar su cumplimiento.

Archivo Tipo 144

Declaración de cumplimiento requisitos para presentar solicitud de posesión de revisor fiscal

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANN144.DOC

La Entidad Solicitante deberá diligenciar la siguiente declaración:

Ciudad: _____

Fecha: _____

Señores:

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Carrera 13 No 32-76 Piso 9o

Bogotá, D. C.

Declaro que como Representante Legal de la entidad identificada con el NIT _____ ubicada en _____ municipio _____ departamento _____ teléfono _____ acorde con la normatividad vigente, tengo la obligación de tener revisor fiscal posesionado ante la Superintendencia Nacional de Salud, dado el cumplimiento de las siguientes condiciones:

CONDICION

MAR
CON
(X)
CON
QUE
APLI

Entidad Promotora de Salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica, y cualquiera sea el régimen que administre.

Empresa Social del Estado cuyo presupuesto anual es igual o superior a diez mil (10.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Persona jurídica que es Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), debidamente habilitada por la entidad territorial correspondiente

Persona jurídica que es Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), y cumple con cualquiera de las siguientes condiciones:

- a) Sociedades por acciones (artículo 203 Código de Comercio);
- b) Sucursales de compañías extranjeras (artículo 203 Código de Comercio);
- c) Sociedades en las que, por ley o por estatutos, la administración no corresponda a todos los socios cuando así lo disponga cualquier número de socios excluidos de la administración, que representen menos del 20% del capital (artículo 203 Código de Comercio);
- d) Sociedades comerciales cuyos activos brutos al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior excedan al equivalente de 5.000 salarios mínimos y/o cuyos ingresos brutos durante el año inmediatamente anterior sean o excedan el equivalente a 3.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (parágrafo artículo 13 Ley 43 de 1990);
- e) Organizaciones solidarias (artículo 38 Ley 79 de 1998);
- f) Fundaciones o instituciones de utilidad común (Decreto 1529 de 1990).

Así mismo declaro que la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) arriba citada tiene con la Superintendencia Nacional de Salud un contrato de exclusividad Social Exclusivo la Prestación de Servicios de Salud y, por tanto, NO se encuentra exenta de la obligación de solicitar autorización de posesión de revisor fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Firma Representante Legal de la Persona Jurídica Vigilada_____

Nombres y Apellidos: _____

Documento de identidad del Representante Legal: _____

Dirección de la persona jurídica vigilada para Notificación: _____

Municipio: Departamento: _____

Archivo Tipo 145

Hoja de vida del Contador Público designado en el cargo.

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANN145.TXT

República de Colombia

Superintendencia Nacional de Salud.

1. DATOS PERSONALES: Foto

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nombres:

Documento de identificación: C.C C.E PAS No

Tarjeta Profesional de Contador Público No:

Sexo: F M

Nacionalidad: COL EXTRANJERO PAIS

Fecha de Nacimiento: DIA MES AÑO

Dirección para notificaciones:

Municipio:

Departamento:

Teléfono:

E-mail:

Título profesional:

Número de la tarjeta profesional:

2. FORMACION ACADEMICA

2.1. ESTUDIOS SECUNDARIOS

Nombre de la institución:

Título Obtenido:

Año de terminación:

2.2. ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

Nombre de la institución:

Título Obtenido:

Mes y Año de Terminación:

Nombre de la institución:

Título Obtenido:

Mes y Año de Terminación:

Nombre de la institución:

Título Obtenido:

Mes y Año de Terminación:

2.3. ESTUDIOS DE ESPECIALIZACION Y CURSOS DE ACTUALIZACION

Nombre de la institución:

Título Obtenido:

Duración:

Mes y Año de Terminación:

Nombre de la institución:

Título Obtenido:

Duración:

Mes y Año de Terminación:

Nombre de la institución:

Título Obtenido:

Duración:

Mes y Año de Terminación:

Nombre de la institución:

Título Obtenido:

Duración:

Mes y Año de Terminación:

Nombre de la institución:

Título Obtenido:

Duración:

Mes y Año de Terminación:

Nombre de la institución:

Título Obtenido:

Duración:

Mes y Año de Terminación:

3. EXPERIENCIA LABORAL

3.1. Experiencia en el área contable en general:

Diligencie cronológicamente iniciando por el último cargo.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Experiencia en el área de auditoría:

Diligencie cronológicamente iniciando por el último cargo.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

3.3. Experiencia como revisor fiscal:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

3.4. Experiencia profesional en el área de la salud

Diligencie cronológicamente iniciando por el último cargo.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

3.5. Actividad Independiente:

Describa las actividades profesionales independientes que realiza o ha realizado:

4. REFERENCIAS PERSONALES

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

5. SANCIONES, INHABILIDADES E IMPEDIMENTOS:

Ha sido sancionado por alguna autoridad administrativa, disciplinaria o penal:

SI ____ NO ____

Si su respuesta es positiva mencione la autoridad que lo sancionó, cuándo se produjo la sanción, motivo de la sanción, qué sanción le impusieron, en caso de que la sanción sea suspensión, indicar el término:

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, QUE LA INFORMACION AQUÍ CONSIGNADA ES CORRECTA, COMPLETA Y VERDADERA Y QUE NO ESTOY INCURRIENDO EN LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA EJERCER EL CARGO DE REVISOR FISCAL, ESPECIFICAMENTE LAS CONTEMPLADAS EN LOS ARTICULOS 48, 50 Y 51 DE LA LEY 43 DE 1990, EL ARTICULO 205 DEL CODIGO DE COMERCIO, EN LOS ESTATUTOS DE LA ENTIDAD, Y EN LA LEY 1712 DE 2014, QUE LE OTORGA LA FACULTAD PARA EMITIR LA RESOLUCIÓN DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA EJERCER EL CARGO DE REVISOR FISCAL, EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., A LOS ____ DE ____ DE ____ DEL AÑO ____.

DE LA PERSONA JURIDICA VIGILADA Y EN LAS DEMAS NORMAS LEGALES Y
REGLAMENTARIAS.

CERTIFICO QUE NO EJERZO EL CARGO EN MAS DE CINCO (5) SOCIEDADES POR ACC
CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO [215](#) DEL CODIGO DE COMERCIO.

AUTORIZO A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, PARA QUE CONSULTE
LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES MI CERTIFICADO DE VIGENCIA DE INSCRIPC
DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS Y DEMAS INFORMACION.

FIRMA

Archivo Tipo 146

Carta suscrita por la Persona Jurídica designada como revisor fiscal, indicando el nombre de los Co
Públicos que actuarán en su representación.

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANN146.TXT

Ciudad: _____

Fecha: _____

Señores:

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Cra. 13 No 32-76 Piso 9o

Bogotá, D. C.

Referencia: Elección de contadores.

En mi condición de Representante Legal de la persona jurídica: identificada con NIT _____
tarjeta profesional No _____, me permito informar que las funciones legales y estatutarias
correspondientes, y por el período comprendido entre el (dd/mm/aaaa) y el (dd/mm/aaa), se ejercer
intermedio de los siguientes contadores públicos:

Nombre completo de la persona elegida como Revisor Fiscal Principal

C.C. o NIT _____

Dirección domiciliaria _____

Ciudad, Departamento _____

Teléfono, fax, correo electrónico _____

Número de la tarjeta profesional _____

Nombre Contador Principal: _____

Nombre completo de la persona elegida como Revisor Fiscal Suplente

C.C. o NIT _____

Dirección domiciliaria _____

Ciudad, Departamento _____

Teléfono, fax, correo electrónico _____

Número de la tarjeta profesional _____

Igualmente, manifiesto que las personas elegidas no se encuentran incursas en ninguna inhabilidad incompatibilidad para ejercer el cargo de revisor fiscal principal y/o suplente, específicamente las contempladas en los artículos 48, 50, y 51 de la Ley 43 de 1950<Sic es, 1990>, el artículo [205](#) del C de Comercio, y en las demás normas y reglamentarias.

Cordialmente,

Firma Representante Legal

Persona Jurídica designada como Revisor Fiscal

Nombres y Apellidos: _____

Documento de identidad del Representante Legal: _____

Dirección para Notificación: _____

Municipio: Departamento: _____

Teléfono: Fax: Correo Electrónico: _____

Archivo Tipo 147

Información sobre reelección de revisor fiscal, persona natural, ante la Superintendencia Nacional c

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANN147.TXT

La carta de comunicación ante la Superintendencia Nacional de Salud de la reelección del revisor f debe ser elevada por el Representante Legal de la persona jurídica vigilada. Recuerde diligenciar completamente el siguiente documento, firmarlo.

Ciudad: _____

Fecha: _____

Señores:

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Administradores

De los Recursos de Recursos de Salud

Carrera 13 No 32-76 Piso 9o

Bogotá, D. C.

Referencia: Información de reelección de revisor fiscal.

En mi condición de Representante Legal de la persona jurídica vigilada: identificada con NIT, informo a la Superintendencia Nacional de Salud, que la (s) siguiente (s) personas han sido reelegidas como revisor (principal y/o suplente) de la persona jurídica que represento:

Nombre completo o razón social de la persona natural reelegida como Revisor Fiscal Principal

C.C. o NIT _____

Dirección domiciliaria _____

Ciudad, Departamento _____

Teléfono, fax, correo electrónico _____

Número de la tarjeta profesional _____

Nombre completo o razón social de la persona natural reelegida como Revisor Fiscal Suplente:

C.C. o NIT: _____

Dirección Domiciliaria: _____

Ciudad, Departamento _____

Teléfono, fax, e-mail _____

Número de la tarjeta profesional _____

Cordialmente,

Firma Representante Legal de la Persona Jurídica Vigilada

Nombres y Apellidos: _____

Documento de identidad del Representante Legal: _____

Dirección de la persona jurídica vigilada para Notificación: _____

Municipio: Departamento: _____

Teléfono: Fax: Correo Electrónico: _____

Recuerde que los revisores fiscales reelegidos no requieren posesión de la Superintendencia Nacional de Salud.

Documentos a reportar para la Posesión

1. Con toda solicitud de autorización de posesión.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN

CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

2. Documentos específicos adicionales, que deben adjuntarse, cuando se elige a Revisor Fiscal Principal persona natural.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

3. Documentos específicos adicionales, que deben adjuntarse, cuando se elige a Revisor Fiscal Suplente persona natural.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

4. Documentos específicos adicionales que deben adjuntarse, cuando se elige a Revisor Fiscal persona jurídica.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

5. Documentos específicos adicionales que deben adjuntarse, cuando se reelige a Revisor Fiscal Principal suplente, persona natural

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

CAPITULO.

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y ENTIDADES ADAPTADAS AL SISTEMA.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismo sea consultado en la página de internet de la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2020, 'Reporte de información', publicada en el Diario Oficial No. 51.211 de 29 de enero 2020.
- Capítulo modificado por la Circular [5](#) de 2018, 'por el cual se modifica la circular [047](#) de 2007, que crea el módulo en el aplicativo NRVCC – Datos Generales', publicada en el Diario Oficial No. 50.718 de 18 de julio de 2018.
- Capítulo modificado por la Circular [62](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.777 de 21 de julio de 2010.
- Capítulo modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.
- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismo sea consultado en la página de internet de la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Modificada por la Circular [2023151000000010-5](#) de 2023, 'por la cual se modifican los términos para resolver los reclamos en Salud establecidos en la Circular Externa 047 de 2007, modificada entre por la Circular Externa 008 de 2018, así como los anexos técnicos relacionados con reclamos en salud dispuestos en la Circular Externa 017 de 2020', publicada en el Diario Oficial No. 52.435 de 23 de mayo de 2023. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
 - Archivo tipo ST010 modificado por la Circular 202315000000000006-5 de 2023, 'por la cual se incluyen instrucciones para garantizar el cumplimiento del flujo de recursos, y se modifican el archivo tipo de la Circular Externa [014](#) de 2020 y el archivo tipo ST010 de la Circular Externa [008](#) de 2018', publicada en el Diario Oficial No. 52.351 de 29 de marzo de 2023. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
 - Mediante la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022:
- Se adicionan los siguientes archivos: 'Archivo Tipo FP006 - Nota técnica', 'Archivo Tipo FP007 - Contratos asociados al plan', 'Archivo tipo FT030 - Base de datos Nota Técnica', 'Archivo FT031 - Resultados Nota técnica', 'Tipo FT018 - Datos para el cálculo de la posición de Liquidez', 'Archivo FT028 - Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud', y 'Archivo tipo FT029 - Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud'
- Se eliminan los siguientes archivos: 'Archivo tipo 186 - Nota técnica', 'Archivo tipo 187 - Base de datos Nota Técnica', 'Archivo 188 - Resultados Nota técnica', 'Archivo tipo 189 - Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud' y 'Archivo tipo 190 - Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud a los capítulos'.
- Archivos Tipo ST010 y ST011 serán en formato TXT, a partir del 15 de diciembre de 2021, según dispuesto en la Circular [7](#) de 2021, 'RETRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN Y OTRAS DISPOSICIONES DEL REPORTE DE INFORMACIÓN', publicada en el Diario Oficial No. 51.29 de diciembre de 2021.
 - Archivos Tipo 28, 29, 30 y 31 eliminados; Archivos Tipo ST010, ST011, ST012 Y GT003 adicionados; periodicidad y fechas de corte y reporte del Archivo FT005 modificado por la Circular 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.
 - Archivos Tipo 21, 22, 25, 152, 516 y 517 eliminados por la Circular [5](#) de 2018, 'por el cual se modifica la circular [047](#) de 2007, y se crea el módulo en el aplicativo NRVCC – Datos Generales publicada en el Diario Oficial No. 50.658 de 18 de julio de 2018.
 - Anexos técnicos Archivos Tipo 032, 120 y 121 eliminados y Tipo ST001 adicionado por la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular

2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

- Archivo tipo 186 – Nota técnica, Archivo tipo 187 – Base de datos Nota Técnica y Archivo 188 Resultados Nota técnica, Archivo tipo 189 – Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud, y Archivo tipo 190 – Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud adicionado por la Circular [20](#) de 2014, la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica publicada en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

- Mediante la Circular [1](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 49.423 de 12 de febrero de 2015, se introducen las siguientes modificaciones:

- Adiciona Archivo tipo 172 -Condiciones financieras de solvencia y la tabla anexa a este “Condiciones financieras y de solvencia”;

- Modifica la tabla “Condiciones Financieras” del Anexo Técnico Archivo Tipo 166;

- Modifica la periodicidad, fecha de corte y fecha de reporte del anexo técnico Archivo Tipo 166 Condiciones Financieras;

- Modifica la periodicidad, fecha de corte y fecha de reporte del anexo técnico Archivo Tipo 001 Catálogo de Cuentas;

- Modifica la periodicidad, fecha de corte y fecha de reporte del anexo técnico Archivo Tipo 167 Reservas técnicas e Inversiones de las reservas técnicas;

- Modifica la periodicidad, fecha de corte y fecha de reporte del anexo técnico Archivo Tipo 168 Control inversiones.

- Archivo Tipo 151, Tabla 100, y Archivo Tipo 08 eliminados por el numeral [2](#) y Archivo Tipo 100 adicionado por el numeral [3](#) de la Circular 7 de 2014, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular número [047](#) de 2007 y se imparten instrucciones para la verificación de condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud', publicada en el Diario Oficial No. 49.381 de 31 de diciembre de 2014.

- Capítulo modificado por la Circular [10](#) de 2012, 'Reporte Información Financiera sobre Grupo Económico e Integración Vertical', publicada en el Diario Oficial No. 48.502 de 25 de julio de 2012.

- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 de febrero de 2011.

- Capítulo modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Generalidades

Nombre del archivo: Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y trimestre reportado, el nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

CODIGOENTIDADPPANNOFF.TXT

Donde:

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud, de 6 caracteres

PP: Período de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

EPS11141200701.TXT

EPS00141200701.TXT Significa que está reportando la información del archivo 01 (Catálogo de cuentas) de la entidad cuyo código es EPS001 del período de corte 41 (Junio) del año 2007. Cuerpo del archivo conjunto de datos del archivo que se esté generando.

Ejemplo: Archivo plano para el archivo 01 (Catálogo de cuentas), de la entidad cuyo código es EPS 860123123,1,EPS001, 41,2007,1,11,1,11222333 Donde:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Generalidades del cuerpo del archivo

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos. Los campos de la columna “valor permitido”, correspondientes a la denominación en dígitos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integrante del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

Estructura y descripción de los archivos

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

INFORMACION FINANCIERA

Archivo Tipo 01

Catálogo de cuentas

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO01.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 02

Balance General Consolidado

Este archivo se debe diligenciar una vez cada año, en el período de corte de diciembre.

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO02.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 03

Estado de Actividad Económica y Social o Estado de Resultados Consolidado

Este archivo se debe diligenciar una vez cada año, en el período de corte de diciembre.

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO03.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 07

Bancos – Cuentas de ahorro – Fondos – Remesas en tránsito

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO07.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 08

Inversiones

<Archivo eliminado por el numeral [2](#) de la Circular 7 de 2014>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por el numeral [2](#) de la Circular 7 de 2014, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular número [047](#) de 2007 y se imparten instrucciones para verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar aseguramiento en salud', publicada en el Diario Oficial No. 49.381 de 31 de diciembre de 2014.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO08.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co.

Archivo Tipo 13

Propiedad Planta y Equipo

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO13.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 15

Cuentas de Orden Acreedoras - Facturas Devueltas por Glosas

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO15.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 16

Obligaciones Financieras

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO16.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 17

Edad y Morosidad de las cuentas por pagar - Capitación

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO17.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 18

Edad y Morosidad de las cuentas por pagar - Evento

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO18.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 19

Pasivos Estimados y Provisiones

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO19.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 21

Información sede principal (datos generales)

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO21.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 22

Información de Sucursales o Regionales

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO22.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 23

Relación de Accionistas Para Sociedades Comerciales

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO23.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 27

Edad y Morosidad de las cuentas por cobrar al FOSYGA

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO27.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 150

Recobros medicamentos no POS y Fallos de Tutela

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO150.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 151

<Archivo eliminado por el numeral [2](#) de la Circular 7 de 2014>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por el numeral [2](#) de la Circular 7 de 2014, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular número [047](#) de 2007 y se imparten instrucciones para la verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar en el seguro de salud', publicada en el Diario Oficial No. 49.381 de 31 de diciembre de 2014.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Margen de Solvencia

Archivo: CODIGOENTIDADPPANNO151 MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,).

Archivo Tipo 152

Integración Vertical

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO152

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

RED DE SERVICIOS

Archivo Tipo 28 <Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Archivo Tipo 28

Identificación del contratante – contratista y tipo de red

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO28.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; El CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

Archivo Tipo 29 <Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Archivo Tipo 29

Contratos Suscritos por la Administradora

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO29.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; El CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

Archivo Tipo 30 <Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Archivo Tipo 30

Area de Cobertura por contrato realizado

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO30.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; El CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

Archivo Tipo 31 <Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

ARCHIVO TIPO 31

Servicios de Salud

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO31.TXT

<TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

Estructura de la interfase web

Esta interfase está dirigida a aquellas administradoras de planes de beneficios o entes territoriales que no estén en capacidad de generar el archivo XML o que por el volumen de la información opten por la opción de registrarlos directamente en el formulario de captura de datos.

Contenido: En esta interfase se deben registrar los contratos vigentes suscritos con las IPS para la prestación de servicios de salud. Por cada contrato se deben registrar los servicios, la modalidad y la complejidad de los servicios.

Periodicidad: Esta información se debe registrar trimestralmente, dentro de los 25 días calendario siguientes a la fecha de corte establecida.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Indicadores de calidad

Periodos de reporte: La información de indicadores de calidad debe ser reportada semestral de acuerdo al siguiente cuadro.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

La información, reportada por estas entidades deberá ser la siguiente estructura:

Archivo Tipo 32

Indicadores de calidad

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO32.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN

CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

AFILIADOS – RECAUDO - COMPENSACION

Archivo Tipo 33

Afiliados Régimen Contributivo

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO33.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Si un afiliado tiene más de un aportante, la Entidad debe reportar sólo un registro por cualquiera de aportantes.

Si un cotizante es independiente, él es su propio Aportante; debe reportarse su tipo y número de identificación en los campos “Tipo de identificación del aportante” y “Número de identificación de aportante” en el archivo maestro de afiliados.

Para los cotizantes independientes que son empleadores de uno o más afiliados deberá registrarse en la tabla como aportante. En el caso de un cotizante independiente que no es empleador no se debe repetir este maestro.

Archivo Tipo 35

APORTANTES

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO35.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Para los cotizantes independientes que son empleadores de uno o más afiliados deberá registrarse en la tabla como aportante. En el caso de un cotizante independiente que no es empleador no se debe repetir este maestro.

B. Tablas Anexas

1. Glosario de Campos

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

2. PERIODOS DE CORTE

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivos Adicionales

Estos archivos se enviarán con corte a diciembre 31 de cada año en Word.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN

CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS

<Subtítulo incluido por la Circular [58](#) de 2009. El Subtítulo incluido es el siguiente:>

1. ARCHIVO INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA

<Ver Notas de Vigencia>

Notas de Vigencia

- Circular 9 de 2012 derogada por la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016
- Consultar la Circular [9](#) de 2012, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [470](#) de modificada por las Circulares [481](#), [492](#), [503](#), [514](#), [525](#) de 2008, [576](#), [587](#) de 2009, [598](#), [609](#), [606](#) de 2010 para actualizar los indicadores de alerta temprana DEL TÍTULO II ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS CAPÍTULO IV INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA Y EL TÍTULO IV CAPÍTULO I NUMERAL 1.3. CAPÍTULOS II Y III CALIDAD, se establece su periodicidad', publicada en el Diario Oficial No. 48.502 de 25 de julio 2012. Crea los archivos 542, 543, 544, 545, 546, 547 y 548.

a. GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivos planos con extensión.txt.

Cada campo del archivo debe estar separados por el carácter coma (,)

Tipo de datos:

Alfanumérico:	Datos texto
Numérico:	Solo números sin formato de separador de miles, ni signo pesos.
Longitud:	Cada campo que conforma los registros se debe construir cumpliendo longitudes establecidas en cada requerimiento, sin exceder el máximo permitido, embargo, puede tener una menor longitud.

CODIGOENTIDADPPANNO120.TXT

CODIGOENTIDAD; Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

120: Numero de archivo asignado para el reporte de indicadores

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo:

EPS037412009120.TXT

b. GENERALIDADES DEL CUERPO DEL ARCHIVO

- i. La información se debe reportar en archivo plano, los campos separados por el carácter coma (,)
- ii. No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos.
- iii. Los campos del numerador y denominador se deben diligenciar como números enteros.

La información debe remitirse de manera completa.

c. ESTRUCTURA Y DESCRIPCIÓN DEL ARCHIVO:

ARCHIVO TIPO 120, Indicadores de Alerta Temprana. <Archivo tipo 120 derogado por la Circular 2012>

Notas de Vigencia

- Anexo técnico Archivo Tipo 120 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de ago 2016.
- Archivo tipo 120 derogado por la Circular [9](#) de 2012, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones Circular [470](#) de 2007 modificada por las Circulares [481](#), [492](#), [503](#), [514](#), [525](#) de 2008, [576](#), [587](#) de [0598](#), [060](#), [9061](#)10 y [062](#) de 2010 para actualizar los indicadores de alerta temprana DEL TÍTULO IV ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS CAPÍTULO IV INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA Y EL TÍTULO IV CAPÍTULO I NUMERAL 1.3. CAPÍTULOS II Y III DE CALIDAD, se establece su periodicidad', publicada en el Diario Oficial 48.502 de 25 de julio de 2012. Crea los archivos 542, 543, 544, 545, 546, 547 y 548.

Los indicadores se deben reportar por IPS contratada. Si la IPS tiene sedes, se deben reportar por cada una. Para el caso de los indicadores 14, 15 y 16 de mortalidad, que corresponden únicamente a la EPS, los campos relacionados con la información de la IPS se deben reportar en blanco:

CAMPO	DATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD	REGISTRO PER MÁXIMA
1	NIT	Numero de NIT de la empresa que reporta	16	Numérico
2	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT	1	Numérico
3	Código Entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	7	Alfa numérico
4	Período de corte	Período de corte para la presentación de la información	2	40: 31 DE MARZ 41: 30 DE JUNIC 42: 30 DE SEPTI 43: 31 DE DICIE
5	Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Numérico
6	NIT IPS	Número de nit que identifica la IPS contratada	16	Numérico
7	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT de la IPS	1	Numérico
8	Código Habilitación IPS	Código de habilitación de la IPS asignado por la Entidad Territorial incluido el código de la sede. Los 5 primeros dígitos identifican el departamento y el municipio	12	Numérico
11	Código indicador	Código del indicador	2	Tabla indicadores
12	Numerador	Valor de la variable numerador para cada indicador	10	Numérico, entero
13	Denominador	Valor de la variable denominador para cada indicador	10	Numérico, entero

2. ARCHIVO PLANES DE MEJORAMIENTO

a. GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivo EXCEL de acuerdo con la estructura que se especifica adelante.

Nombre del archivo:

CODIGOENTIDADPPANNO121

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO; Año de corte de la información reportada

121: Número de archivo asignado para el reporte de indicadores

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo: EPS037412009121.xls(x)

La información debe remitirse de manera completa.

b. ESTRUCTURA Y DESCRIPCIÓN DEL ARCHIVO:

ARCHIVO TIPO 121, Planes de mejoramiento <Anexo técnico Archivo Tipo 121 eliminado por de Circular [12](#) de 2016>

Notas de Vigencia

- Anexo técnico Archivo Tipo 121 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

Ejemplo:

Indicador	Centro de atención	Descripción del problema	Acción mejoramiento	de Fecha iniciación metas	Fecha de terminación de metas	Responsable
1	Código Habilitación	IPS Villanueva	Falta oportunidad	de Aumentar la oferta en consulta	la 01/12/2009 en	31/12/09 Coor Médi

Descripción del archivo

Campo	Descripción	Valor permitido
Indicador	Código del indicador objeto del plan de mejoramiento	Corresponde a la descripción de la tabla de indicadores descrita para el archivo 120 indicadores de Alerta temprana
Centro de atención	Código habilitación de la IPS contratada que requiere plan de mejoramiento	Numérico
Descripción del problema	Razón social de la IPS	Alfanumérico
Acción de mejoramiento	Breve descripción del problema que origina el incumplimiento del indicador	
Fecha iniciación de metas	Actividad a desarrollar para eliminar la causa del problema	Dd/mm/aaaa
Fecha terminación de metas	Fecha propuesta para iniciar las acciones de mejoramiento	
Responsable	Responsable de la ejecución de las acciones de mejoramiento	

Notas de Vigencia

- Según lo dispuesto por la Circular [58](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.549 de 30 de noviembre de 2009, el texto bajo el Título de 'ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS' originalmente incluido al final del Capítulo IV del Título II se traslada como un subtítulo final de uno de los siguientes capítulos:

TITULO XI.

ANEXOS TECNICOS.

CAPITULO Entidades Promotoras de Salud del régimen Contributivo y Entidades adaptadas al S

CAPITULO Entidades Adaptadas al sistema

CAPITULO Entidades Promotoras de salud del Régimen Subsidiado

CAPITULO Empresas de medicina prepagada

CAPITULO Servicio de ambulancia prepagada

CAPITULO Regímenes de excepción y especiales.

ENTIDADES ADAPTADAS AL SISTEMA.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismo sea consultado en la página de internet de la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Archivo tipo ST010 modificado por la Circular 202315000000[0006-5](#) de 2023, 'por la cual se incluyen instrucciones para garantizar el cumplimiento del flujo de recursos, y se modifican el archivo tipo de la Circular Externa [014](#) de 2020 y el archivo tipo st010 de la Circular Externa [008](#) de 2018', publicada en el Diario Oficial No. 52.351 de 29 de marzo de 2023. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.

- Archivos Tipo ST010 y ST011 serán en formato TXT, a partir del 15 de diciembre de 2021, según lo dispuesto en la Circular [7](#) de 2021, 'RETRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN Y OTRAS DISPOSICIONES DEL REPORTE DE INFORMACIÓN', publicada en el Diario Oficial No. 51.29 de diciembre de 2021.

- Archivos Tipo 100, 167, 169, 170, 171, 191, 192 y 199 eliminados, Archivo Tipo GT004 adicionado por la Circular [2](#) de 2020, 'Reporte de información', publicada en el Diario Oficial No. 51.211 de 1 de enero de 2020.

- Archivos Tipo 28, 29, 30 y 31 eliminados; Archivos Tipo ST010, ST011, ST012 Y GT003 adicionados; periodicidad y fechas de corte y reporte del Archivo FT005 modificado por la Circular [2018](#), 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

- Archivos Tipo 21, 22, 25 y 152, 516 y 517 eliminados por la Circular [5](#) de 2018, 'por el cual se modifica la circular [047](#) de 2007, y se crea el módulo en el aplicativo NRVCC – Datos Generales

publicada en el Diario Oficial No. 50.658 de 18 de julio de 2018.

- Anexos técnicos Archivos Tipo 032, 120 y 121 eliminados y Tipo ST001 y ST002 adicionados a la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad' publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

- Archivo tipo 186 – Nota técnica, Archivo tipo 187 – Base de datos Nota Técnica y Archivo 188 Resultados Nota técnica adicionado por la Circular [20](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen los criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica', publicada en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

- Mediante la Circular [1](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 49.423 de 12 de febrero de 2015, se introducen las siguientes modificaciones:

- Adiciona Archivo tipo 172 -Condiciones financieras de solvencia y la tabla anexa a este “Condiciones financieras y de solvencia”;

- Modifica la tabla “Condiciones Financieras” del Anexo Técnico Archivo Tipo 166;

- Modifica la periodicidad, fecha de corte y fecha de reporte del anexo técnico Archivo Tipo 166 Condiciones Financieras;

- Modifica la periodicidad, fecha de corte y fecha de reporte del anexo técnico Archivo Tipo 001 Catálogo de Cuentas;

- Modifica la periodicidad, fecha de corte y fecha de reporte del anexo técnico Archivo Tipo 167 Reservas técnicas e Inversiones de las reservas técnicas;

- Modifica la periodicidad, fecha de corte y fecha de reporte del anexo técnico Archivo Tipo 168 Control inversiones.

- Archivo Tipo 151, Tabla 100 y Archivo Tipo 008 eliminados por el numeral [2](#) y Archivo Tipo 100 adicionado por el numeral [3](#) de la Circular 7 de 2014, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular número [047](#) de 2007 y se imparten instrucciones para la verificación de condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud', publicada en el Diario Oficial No. 49.381 de 31 de diciembre de 2014.

- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 de febrero de 2011.

- Capítulo modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Generalidades

Nombre del Archivo: Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y trimestre reportado, el del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis

CODIGOENTIDADPPANNOFF.TXT

Donde:

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud, debe ser de 6 caracteres

PP: Período de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

EAS11141200701.TXT

EAS00141200701.TXT Significa que está reportando la información del archivo 01 (Catálogo de cuentas) de la entidad cuyo código es EAS001 del período de corte 41 (Junio) del año 2007. CUERPO DEL ARCHIVO: Es el conjunto de datos del archivo que se esté generando.

Ejemplo: Archivo plano para el archivo 01 (Catálogo de cuentas), de la entidad cuyo código es EPS 860123123,1,EPS001, 41,2007,1,11,1,11222333 Donde:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Generalidades del cuerpo del archivo

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos. Los campos de la columna “valor permitido”, correspondientes a la denominación de dígitos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integrante del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

Estructura y descripción de los archivos

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

INFORMACION FINANCIERA

Archivo Tipo 01

Catálogo de cuentas

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO01.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 02

Balance General Consolidado

Este archivo se debe diligenciar una vez cada año, en el período de corte de diciembre.

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO02.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 03

Estado de Actividad Económica y Social o Estado de Resultados Consolidado

Este archivo se debe diligenciar una vez cada año, en el período de corte de diciembre.

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO03 TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 07

Bancos – Cuentas de ahorro – Fondos – Remesas en tránsito

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO07TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 08

Inversiones

<Archivo eliminado por el numeral [2](#) de la Circular 7 de 2014>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por el numeral [2](#) de la Circular 7 de 2014, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular número [047](#) de 2007 y se imparten instrucciones para verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar aseguramiento en salud', publicada en el Diario Oficial No. 49.381 de 31 de diciembre de 2014.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO08.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co.

Archivo Tipo10

Cuentas por Cobrar Régimen Subsidiado – Vigencias anteriores

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO10.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 13

Propiedad, Planta y Equipo

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO13.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 15

Cuentas de Orden Acreedoras - Facturas Devueltas por Glosas

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO15.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 16

Obligaciones Financieras

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO16.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 17

Edad y Morosidad de las cuentas por pagar - Capitación

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO17.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 18

Edad y Morosidad de las cuentas por pagar - Evento

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO18.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 19

Pasivos Estimados y Provisiones

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO19.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 21

Información sede principal (datos generales)

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO21.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 22

Información de Sucursales o Regionales

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO22.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo23

Relación de Accionistas Para Sociedades Comerciales

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO23.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo26

Encargo fiduciario

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO26.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 27

Edad y Morosidad de las cuentas por cobrar al FOSYGA

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO27.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 150

Recobros medicamentos no POS y Fallos de Tutela

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO150.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo152

Integración Vertical

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO152

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo153

Liquidación de contratos de régimen subsidiado

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO153.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tablas de referencia

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Red De Servicios

Archivo Tipo 28 <Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Archivo Tipo 28

Identificación del contratante – contratista y tipo de red

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO28.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; El CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

Archivo Tipo 29 <Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Archivo Tipo 29

Contratos Suscritos por la Administradora

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO29.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; El CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

Archivo Tipo 30 <Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Archivo Tipo 30

Area de Cobertura por contrato realizado

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO30.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; El CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

Archivo Tipo 31 <Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Archivo Tipo 31

Servicios de Salud

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO31.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; El CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

Estructura de la interfase web

Esta interfase esta dirigida a aquellas administradoras de planes de beneficios o entes territoriales q infraestructura, no estén en capacidad de generar el archivo XML o que por el volumen de la inforr opten por la opción de registrarlos directamente en el formulario de captura de datos.

Contenido: En esta interfase se deben registrar los contratos vigentes suscritos con las IPS para la p de servicios de salud. Por cada contrato se deben registrar los servicios, la modalidad y la complejidad de los servicios.

Periodicidad: Esta información se debe registrar trimestralmente, dentro de los 25 días calendario d de la fecha de corte establecida.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Indicadores De Calidad

Periodos de reporte: La información de indicadores de calidad debe ser reportada semestral de acue siguiente cuadro.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

La información, reportada por estas entidades deberá ser la siguiente estructura:

Archivo Tipo32

<Anexo técnico Archivo Tipo 032 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016>

Indicadores de calidad

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO32.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Afiliados Régimen Subsidiado

Archivo Tipo38

AFILIADOS REGIMEN SUBSIDIADO

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO38.TXT

Archivo Tipo39

MAESTRO DE CONTRATOS

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO39.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

B. Tablas Anexas

5. Glosario de Campos

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Periodos de Corte

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivos Adicionales

Estos archivos se enviarán con corte a diciembre 31 de cada año en Word.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS

<Subtítulo incluido por la Circular [58](#) de 2009. El Subtítulo incluido es el siguiente:>

1. ARCHIVO INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA

<Ver Notas de Vigencia>

Notas de Vigencia

- Circular 9 de 2012 derogada por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016

- Consultar la Circular [9](#) de 2012, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [470](#) de modificada por las Circulares [481](#), [492](#), [503](#), [514](#), [525](#) de 2008, [576](#), [587](#) de 2009, [598](#), [600](#), [609](#), [610](#) de 2010 para actualizar los indicadores de alerta temprana DEL TÍTULO II ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS CAPÍTULO IV INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA Y EL TÍTULO IV CAPÍTULO I NUMERAL 1.3. CAPÍTULOS II Y III CALIDAD, se establece su periodicidad', publicada en el Diario Oficial No. 48.502 de 25 de julio de 2012. Crea los archivos 542, 543, 544, 545, 546, 547 y 548.

a. GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivos planos con extensión.txt.

Cada campo del archivo debe estar separados por el carácter coma (,)

Tipo de datos:

Alfanumérico:	Datos texto
Numérico:	Solo números sin formato de separador de miles, ni signo pesos.
Longitud:	Cada campo que conforma los registros se debe construir cumpliendo longitudes establecidas en cada requerimiento, sin exceder el máximo permitido, sin embargo, puede tener una menor longitud.

CODIGOENTIDADPPANNO120.TXT

CODIGOENTIDAD; Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

120: Numero de archivo asignado para el reporte de indicadores

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo:

EPS037412009120.TXT

b. GENERALIDADES DEL CUERPO DEL ARCHIVO

i. La información se debe reportar en archivo plano, los campos separados por el carácter coma (,)

ii. No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos.

iii. Los campos del numerador y denominador se deben diligenciar como números enteros.

La información debe remitirse de manera completa.

c. ESTRUCTURA Y DESCRIPCIÓN DEL ARCHIVO:

ARCHIVO TIPO 120, Indicadores de Alerta Temprana. <Archivo tipo 120 derogado por la Circular 2012>

Notas de Vigencia

- Anexo técnico Archivo Tipo 120 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de ago 2016.

- Archivo tipo 120 derogado por la Circular [9](#) de 2012, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones Circular [470](#) de 2007 modificada por las Circulares [481](#), [492](#), [503](#), [514](#), [525](#) de 2008, [576](#), [587](#) de [0598](#), [060](#), [061](#)10 y [062](#) de 2010 para actualizar los indicadores de alerta temprana DEL TÍTULO ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS CAPÍTULO IV INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA Y EL TÍTULO IV CAPÍTULO I NUMERAL 1.3. CAPÍTULOS II Y III DE CALIDAD, se establece su periodicidad', publicada en el Diario Oficial 48.502 de 25 de julio de 2012. Crea los archivos 542, 543, 544, 545, 546, 547 y 548.

Los indicadores se deben reportar por IPS contratada. Si la IPS tiene sedes, se deben reportar por cada una. Para el caso de los indicadores 14, 15 y 16 de mortalidad, que corresponden únicamente a la EPS, los campos relacionados con la información de la IPS se deben reportar en blanco:

CAMPO	DATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD	REGISTRO PER MÁXIMA
1	NIT	Numero de NIT de la empresa que reporta	16	Numérico
2	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT	1	Numérico
3	Código Entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	7	Alfa numérico
4	Período de corte	Período de corte para la presentación de la información	2	40: 31 DE MARZO 41: 30 DE JUNIO 42: 30 DE SEPTIEMBRE 43: 31 DE DICIEMBRE
5	Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Numérico
6	NIT IPS	Número de nit que identifica la IPS contratada	16	Numérico
7	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT de la IPS	1	Numérico
8	Código	Código de habilitación de la IPS	12	Numérico

	Habilitación IPS	asignado por la Entidad Territorial incluido el código de la sede. Los 5 primeros dígitos identifican el departamento y el municipio		
11	Código indicador	Código del indicador	2	Tabla indicadores
12	Numerador	Valor de la variable numerador para cada indicador	10	Numérico, entero
13	Denominador	Valor de la variable denominador para cada indicador	10	Numérico, entero

2. ARCHIVO PLANES DE MEJORAMIENTO

a. GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivo EXCEL de acuerdo con la estructura que se especifica adelante.

Nombre del archivo:

CODIGOENTIDADPPANNO121

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO; Año de corte de la información reportada

121: Número de archivo asignado para el reporte de indicadores

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo: EPS037412009121.xls(x)

La información debe remitirse de manera completa.

b. ESTRUCTURA Y DESCRIPCIÓN DEL ARCHIVO:

ARCHIVO TIPO 121, Planes de mejoramiento <Anexo técnico Archivo Tipo 121 eliminado por la Circular [12](#) de 2016>

Notas de Vigencia

- Anexo técnico Archivo Tipo 121 eliminado por la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

Ejemplo:

Indicador	Centro de atención	Descripción del problema	Acción de mejoramiento	de Fecha iniciación de metas	Fecha de terminación de metas	Responsable
1	Código Habilitación	IPS Villanueva	Falta oportunidad	de Aumentar la oferta en consulta	la 01/12/2009 en	31/12/09 Coor Médi

Descripción del archivo

Campo	Descripción	Valor permitido
Indicador	Código del indicador objeto del plan de mejoramiento	Corresponde a la descripción de la tabla d indicadores descrita para el archivo 120 indicadores de Alerta temprana
Centro de atención	Código habilitación de la IPS contratada que requiere plan de mejoramiento	Numérico
Descripción del problema	Razón social de la IPS	Alfanumérico
Acción de mejoramiento	Breve descripción del problema que origina el incumplimiento del indicador	
Fecha iniciación de metas	Actividad a desarrollar para eliminar la causa del problema	Dd/mm/aaaa
Fecha terminación de metas	Fecha propuesta para iniciar las acciones de mejoramiento	
Responsable	Responsable de la ejecución de las acciones de mejoramiento	

Notas de Vigencia

- Según lo dispuesto por la Circular [58](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.549 de 30 de noviembre de 2009, el texto bajo el Título de 'ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS' originalmente incluido al final del Capítulo IV del Título II se traslada como un subtítulo final de uno de los siguientes capítulos:

TITULO XI.

ANEXOS TECNICOS.

CAPITULO Entidades Promotoras de Salud del régimen Contributivo y Entidades adaptadas al S

CAPITULO Entidades Adaptadas al sistema

CAPITULO Entidades Promotoras de salud del Régimen Subsidiado

CAPITULO Empresas de medicina prepagada

CAPITULO Servicio de ambulancia prepagada

CAPITULO Regímenes de excepción y especiales.

CAPITULO.

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismo sea consultado en la página de internet de la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Archivos Tipo 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 150, 167, 169, 170, 171, 191 y eliminados, Archivo Tipo GT004 adicionado por la Circular [2](#) de 2020, 'Reporte de información' publicada en el Diario Oficial No. 51.211 de 29 de enero 2020.
- Archivos Tipo 21, 22, 25, 152, 516 y 517 eliminados por la Circular [5](#) de 2018, 'por el cual se modifica la circular [047](#) de 2007, y se crea el módulo en el aplicativo NRVCC – Datos Generales publicada en el Diario Oficial No. 50.658 de 18 de julio de 2018.
- Anexos técnicos Archivos Tipo 032, 120 y 121 eliminados y Tipo ST001 adicionado por la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.
- Archivo tipo 186 – Nota técnica, Archivo tipo 187 – Base de datos Nota Técnica y Archivo 188 Resultados Nota técnica adicionado (salvo para las EPS indígenas) por la Circular [20](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica', publicada en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.
- Mediante la Circular [1](#) de 2015, 'por la cual se hacen adiciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 49.423 de 12 de febrero de 2015, se introducen las siguientes modificaciones:
- Adiciona Archivo tipo 172 -Condiciones financieras de solvencia y la tabla anexa a este “Condiciones financieras y de solvencia”;
- Modifica la tabla “Condiciones Financieras” del Anexo Técnico Archivo Tipo 166;
- Modifica la periodicidad, fecha de corte y fecha de reporte del anexo técnico Archivo Tipo 166 Condiciones Financieras;
- Modifica la periodicidad, fecha de corte y fecha de reporte del anexo técnico Archivo Tipo 001 Catálogo de Cuentas;
- Modifica la periodicidad, fecha de corte y fecha de reporte del anexo técnico Archivo Tipo 167 Reservas técnicas e Inversiones de las reservas técnicas;
- Modifica la periodicidad, fecha de corte y fecha de reporte del anexo técnico Archivo Tipo 168 Control inversiones.
- Archivo Tipo 8 eliminado por el numeral [2](#) y Archivo Tipo 166 adicionado por el numeral [3](#) de

Circular 7 de 2014, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se imparten instrucciones para la verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud', publicada en el Diario Oficial No. 49.381 de 31 de diciembre de 2014.

- Capítulo modificado por la Circular [10](#) de 2012, 'Reporte Información Financiera sobre Grupo Económico e Integración Vertical', publicada en el Diario Oficial No. 48.502 de 25 de julio de 2012.

- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 de febrero de 2011.

- Capítulo modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

GENERALIDADES

Nombre del Archivo: Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y trimestre reportado, el nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

CODIGOENTIDADPPANNOFF.TXT

Donde:

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud, debe tener 6 caracteres

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

EPS11141200701.TXT

EPS00141200701.TXT Significa que esta reportando la información del archivo 01 (Catalogo de cuentas) de la entidad cuyo código es EPS001 del periodo de corte 41 (junio) del año 2007.

CUERPO DEL ARCHIVO: Es el conjunto de datos del archivo que se este generando.

Ejemplo: Archivo plano para el archivo 01 (Catalogo de cuentas), de la entidad cuyo código es EPS001, del periodo de corte 41, del año 2007, del mes 11, del día 11, del año 2007. Donde:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN LA CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

GENERALIDADES del Cuerpo del Archivo

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos. Los campos de la columna “valor permitido”, correspondientes a la denominación de los dígitos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integrante del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

ESTRUCTURA Y DESCRIPCION DE LOS ARCHIVOS

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

NOMBRE DEL ARCHIVO: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

Información Financiera

La información financiera debe reportarse trimestralmente en las siguientes fechas

FECHA DE CORTE FECHA DE REPORTE

31 DE MARZO (40) 30 DE ABRIL

30 DE JUNIO (41) 31 DE JULIO

30 DE SEPTIEMBRE (42) 31 DE OCTUBRE

31 DE DICIEMBRE (43) 25 DE FEBRERO DEL AÑO SIGUIENTE

Archivo Tipo 01

Catálogo de cuentas

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO01.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 02

Balance General Consolidado

Este archivo se debe diligenciar una vez cada año, en el periodo de corte de diciembre.

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO02.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 03

Estado de Actividad Económica y Social o Estado de Resultados Consolidado

Este archivo se debe diligenciar una vez cada año, en el periodo de corte de diciembre.

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO03.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 07

Bancos – Cuentas de ahorro – Fondos – Remesas en transito

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO07.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

Información Financiera

Archivo Tipo 01

Catalogo de cuentas

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO01.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 02

Balance General Consolidado

Este archivo se debe diligenciar una vez cada año, en el periodo de corte de diciembre.

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO02.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 03

Estado de Actividad Económica y Social o Estado de Resultados Consolidado

Este archivo se debe diligenciar una vez cada año, en el periodo de corte de diciembre.

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO03.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 07

Bancos – Cuentas de ahorro – Fondos – Remesas en transito

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO07.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 08

Inversiones

<Archivo eliminado por el numeral [2](#) de la Circular 7 de 2014>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por el numeral [2](#) de la Circular 7 de 2014, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular número [047](#) de 2007 y se imparten instrucciones para verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar en aseguramiento en salud', publicada en el Diario Oficial No. 49.381 de 31 de diciembre de 2014.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO08.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 09

Cuentas por Cobrar Régimen Subsidiado - Contratos vigentes

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO09.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo10

Cuentas por Cobrar Régimen Subsidiado – Vigencias anteriores

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO10.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo13

Propiedad Planta y Equipo

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO1.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo15

Cuentas de Orden Acreedoras - Facturas Devueltas por Glosas

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO15.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo16

Obligaciones Financieras

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO16.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo17

Edad y Morosidad de las cuentas por pagar a proveedores de bienes y servicios (suministro de insumos, medicamentos o productos) prestadores de servicios de salud, atención de urgencias, alto costo y prevención

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO17 MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo19

Pasivos Estimados y Provisiones

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO19.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo21

Información sede principal (datos generales)

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO21

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo27

Edad y Morosidad de las cuentas por cobrar al FOSYGA

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO27 MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo150

Recobros medicamentos no POS y Fallos de Tutela

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO150.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

Archivo Tipo152

Integración Vertical

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO152

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo153

Liquidación de contratos de régimen subsidiado

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO153.TXT MILES DE \$

< TABLAS NO INCLUIDAS. VER ORIGINALES EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007 CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Red De Servicios

Archivo Tipo28

Identificación del contratante – contratista y tipo de red

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO28.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo29

Contratos Suscritos por la Administradora

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO29.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo30

Area de Cobertura por contrato realizado

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO30.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo31

Servicios de Salud

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO31.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Estructura de la interfase web

Esta interfase esta dirigida a aquellas administradoras de planes de beneficios o entes territoriales q infraestructura, no estén en capacidad de generar el archivo XML o que por el volumen de la inforr opten por la opción de registrarlos directamente en el formulario de captura de datos.

Contenido: En esta interfase se deben registrar los contratos vigentes suscritos con las IPS para la p de servicios de salud. Por cada contrato se deben registrar los servicios, la modalidad y la complejidad de los servicios.

Periodicidad: Esta información se debe registrar trimestralmente, dentro de los 25 días calendario d de la fecha de corte establecida.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Indicadores De Calidad

Periodos de reporte: La información de indicadores de calidad debe ser reportada semestral de acue siguiente cuadro.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

La información, reportada por estas entidades deberá ser la siguiente estructura:

Archivo Tipo32 <Anexo técnico Archivo Tipo 032 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016>

Indicadores de calidad

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO32.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Afiliados Régimen Subsidiado

Archivo Tipo38

AFILIADOS REGIMEN SUBSIDIADO

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO38.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

*NU de los registros que no reportan identificacion, mientras son actualizados por las entidades.

Archivo Tipo39

MAESTRO DE CONTRATOS

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO39.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

B. Tablas Anexas

5. Glosario de Campos

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Periodos de Corte

Este archivo se debe diligenciar una vez cada año, en el periodo de corte de diciembre.

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO02.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo03

Estado de Actividad Económica y Social o Estado de Resultados Consolidado

Este archivo se debe diligenciar una vez cada año, en el periodo de corte de diciembre.

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO03.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo07

Bancos – Cuentas de ahorro – Fondos – Remesas en transito

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO07.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo08

Inversiones

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO08.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo11

Cuentas por Cobrar - Cuotas Planes de Prepago y/o Planes Complementarios

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO11.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo13

Propiedad Planta y Equipo

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO13.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo15

Cuentas de Orden Acreedoras - Facturas Devueltas por Glosas

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO15.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo16

Obligaciones Financieras

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO16.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo17

Edad y Morosidad de las cuentas por pagar - Capitación

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO17.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo18

Edad y Morosidad de las cuentas por pagar - Evento

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO18.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo19

Pasivos Estimados y Provisiones

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO19.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo21

Información sede principal (datos generales)

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO21.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo22

Información de Sucursales o Regionales

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO22.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo23

Relación de Accionistas Para Sociedades Comerciales

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO23.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tablas de Referencia

RED DE SERVICIOS

Archivo Tipo28

Identificación del contratante – contratista y tipo de red

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO28.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo29

Contratos Suscritos por la Administradora

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO29.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo30

Area de Cobertura por contrato realizado

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO30.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo31

Servicios de Salud

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO31.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Estructura de la Interfase WEB

Esta interfase esta dirigida a aquellas administradoras de planes de beneficios o entes territoriales q infraestructura, no estén en capacidad de generar el archivo XML o que por el volumen de la inforr opten por la opción de registrarlos directamente en el formulario de captura de datos.

Contenido: En esta interfase se deben registrar los contratos vigentes suscritos con las IPS para la p de servicios de salud. Por cada contrato se deben registrar los servicios, la modalidad y la complejidad de los servicios.

Periodicidad: Esta información se debe registrar trimestralmente, dentro de los 25 días calendario d de la fecha de corte establecida.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

INDICADORES DE CALIDAD

Periodos de reporte: La información de indicadores de calidad debe ser reportada semestral de acue siguiente cuadro.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

La información, reportada por estas entidades deberá ser la siguiente estructura:

Archivo Tipo32 <Anexo técnico Archivo Tipo 032 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016>

Indicadores de calidad

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO32.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

AFILIADOS MEDICINA PREPAGADA Y PLANES COMPLEMENTARIOS

Archivo Tipo40

Afiliados medicina prepagada y planes complementarios

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO40.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo41

Estadística de servicios prestados por las Empresas de Medicina Prepagada y planes complementarios

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO41.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tablas Anexas

Glosario de campos

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

6. Periodos De Corte

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

ARCHIVOS ADICIONALES

Estos archivos se enviarán con corte a diciembre 31 de cada año en Word.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS

<Subtítulo incluido por la Circular [58](#) de 2009. El Subtítulo incluido es el siguiente:>

1. ARCHIVO INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA

a. GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivos planos con extensión.txt.

Cada campo del archivo debe estar separados por el carácter coma (,)

Tipo de datos:

Alfanumérico:	Datos texto
Numérico:	Solo números sin formato de separador de miles, ni signo pesos.
Longitud:	Cada campo que conforma los registros se debe construir cumpliendo longitudes establecidas en cada requerimiento, sin exceder el máximo perm embargo, puede tener una menor -longitud.

CODIGOENTIDADPPANNO120.TXT

CODIGOENTIDAD; Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

120: Numero de archivo asignado para et reporte de indicadores

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo:

EPS037412009120.TXT

b. GENERALIDADES DEL CUERPO DEL ARCHIVO

- i. La información se debe reportar en archivo plano, los campos separados por el carácter coma (,)
- ii. No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los ca alfanuméricos.
- iii. Los campos del numerador y denominador se deben diligenciar como números enteros.

La información debe remitirse de manera completa.

c. ESTRUCTURA Y DESCRIPCIÓN DEL ARCHIVO:

ARCHIVO TIPO 120, Indicadores de Alerta Temprana. <Archivo tipo 120 derogado por la Circula 2012>

Notas de Vigencia

- Anexo técnico Archivo Tipo 120 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de ago 2016.

- Archivo tipo 120 derogado por la Circular [9](#) de 2012, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones Circular [470](#) de 2007 modificada por las Circulares [481](#), [492](#), [503](#), [514](#), [525](#) de 2008, [576](#), [587](#) de [0598](#), [0609](#), [06110](#) y [062](#) de 2010 para actualizar los indicadores de alerta temprana DEL TÍTULO ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS CAPÍTULO IV INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA Y EL TÍTULO IV CAPÍTULO I NUMERAL 1.3. CAPÍTULOS II Y III DE CALIDAD, se establece su periodicidad', publicada en el Diario Oficial 48.502 de 25 de julio de 2012. Crea los archivos 542, 543, 544, 545, 546, 547 y 548.

Los indicadores se deben reportar por IPS contratada. Si la IPS tiene sedes, se deben reportar por cada una. Para el caso de los indicadores 14, 15 y 16 de mortalidad, que corresponden únicamente a la EPS, los campos relacionados con la información de la IPS se deben reportar en blanco:

CAMPO	DATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD	REGISTRO PER MÁXIMA
1	NIT	Numero de NIT de la empresa que reporta	16	Numérico
2	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT	1	Numérico
3	Código Entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	7	Alfa numérico
4	Período de corte	Período de corte para la presentación de la información	2	40: 31 DE MARZO 41: 30 DE JUNIO 42: 30 DE SEPTIEMBRE 43: 31 DE DICIEMBRE
5	Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Numérico
6	NIT IPS	Número de nit que identifica la IPS contratada	16	Numérico
7	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT de la IPS	1	Numérico
8	Código Habilitación IPS	Código de habilitación de la IPS asignado por la Entidad Territorial incluido el código de la sede. Los 5 primeros dígitos identifican el departamento y el municipio	12	Numérico
11	Código indicador	Código del indicador	2	Tabla indicadores
12	Numerador	Valor de la variable numerador para cada indicador	10	Numérico, entero

13	Denominador	Valor de la variable denominador para cada indicador	10	Numérico, entero

2. ARCHIVO PLANES DE MEJORAMIENTO

a. GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivo EXCEL de acuerdo con la estructura que se especifica adelante.

Nombre del archivo:

CODIGOENTIDADPPANNO121

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO; Año de corte de la información reportada

121: Número de archivo asignado para el reporte de indicadores

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo: EPS037412009121.xls(x)

La información debe remitirse de manera completa.

b. ESTRUCTURA Y DESCRIPCIÓN DEL ARCHIVO:

ARCHIVO TIPO 121, Planes de mejoramiento <Anexo técnico Archivo Tipo 121 eliminado por la Circular [12](#) de 2016>

Notas de Vigencia

- Anexo técnico Archivo Tipo 121 eliminado por la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

Ejemplo:

Indicador	Centro de atención	Descripción del problema	Acción de mejoramiento	de Fecha de iniciación de metas	Fecha de terminación de metas	Responsable
1	Código Habilitación	IPS Villanueva	Falta oportunidad	de Aumentar la oferta en consulta	la 01/12/2009 en	31/12/09 Coor Médi

Descripción del archivo

Campo	Descripción	Valor permitido
Indicador	Código del indicador objeto del plan de mejoramiento	Corresponde a la descripción de la tabla d indicadores descrita para el archivo 120 indicadores de Alerta temprana
Centro de atención	Código habilitación de la IPS contratada que requiere plan de mejoramiento	Numérico
Descripción del problema	Razón social de la IPS	Alfanumérico
Acción de mejoramiento	Breve descripción del problema que origina el incumplimiento del indicador	
Fecha iniciación de metas	Actividad a desarrollar para eliminar la causa del problema	Dd/mm/aaaa
Fecha terminación de metas	Fecha propuesta para iniciar las acciones de mejoramiento	
Responsable	Responsable de la ejecución de las acciones de mejoramiento	

Notas de Vigencia

- Según lo dispuesto por la Circular [58](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.549 de 30 de noviembre de 2009, el texto bajo el Título de 'ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS' originalmente incluido al final del Capítulo IV del Título II se traslada como un subtítulo final de uno de los siguientes capítulos:

TITULO XI.

ANEXOS TECNICOS.

CAPITULO Entidades Promotoras de Salud del régimen Contributivo y Entidades adaptadas al S

CAPITULO Entidades Adaptadas al sistema

CAPITULO Entidades Promotoras de salud del Régimen Subsidiado

CAPITULO Empresas de medicina prepagada

CAPITULO Servicio de ambulancia prepagada

CAPITULO Regímenes de excepción y especiales.

CAPITULO.

EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismos sea consultado en la página de internet de la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Mediante la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022:

Se adicionan los siguientes archivos: 'Archivo Tipo FP006 - Nota técnica', 'Archivo Tipo FP007 - Contratos asociados al plan', 'Archivo tipo FT030 - Base de datos Nota Técnica', 'Archivo FT031 - Resultados Nota técnica', 'Tipo FT018 - Datos para el cálculo de la posición de Liquidez', 'Archivo FT028 - Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud', y 'Archivo tipo FT029 - Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud'

Se eliminan los siguientes archivos: 'Archivo tipo 186 - Nota técnica', 'Archivo tipo 187 - Base de datos Nota Técnica', 'Archivo 188 - Resultados Nota técnica', 'Archivo tipo 189 - Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud' y 'Archivo tipo 190 - Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud a los capítulos'.

- Archivos tipo 40, 41, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108 y 109 eliminados, Tipo GT00 adicionado por la Circular [2](#) de 2020, 'Reporte de información', publicada en el Diario Oficial No. 51.211 de 29 de enero 2020.- Anexos técnicos Archivos Tipo 032, 120 y 121 eliminados y Tipo GT00 adicionado por la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

- Archivos Tipo 21, 22, 152, 516 y 517 eliminados por la Circular [5](#) de 2018, 'por la cual se modifica la Circular [047](#) de 2007, y se crea el módulo en el aplicativo NRVCC – Datos Generales', publicada en el Diario Oficial No. 50.658 de 18 de julio de 2018.

- Archivo tipo 186 – Nota técnica, Archivo tipo 187 – Base de datos Nota Técnica y Archivo 188 – Resultados Nota técnica, Archivo tipo 189 – Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud, y Archivo tipo 190 – Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud adicionado por la Circular [20](#) de 2015, la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica, publicada en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

- Capítulo modificado por la Circular [10](#) de 2012, 'Reporte Información Financiera sobre Grupo Económico e Integración Vertical', publicada en el Diario Oficial No. 48.502 de 25 de julio de 2012.

- Capítulo modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

GENERALIDADES

Nombre del Archivo: Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y trimestre reportado, el nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

CODIGOENTIDADPPANNOFF.TXT

Donde:

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud, debe ser de 6 caracteres

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

EMP11141200701.TXT

EMP00141200701.TXT Significa que esta reportando la información del archivo 01 (Catalogo de cuentas) de la entidad cuyo código es EMP001 del periodo de corte 41 (Junio) del año 2007. CUERPO DEL ARCHIVO: Es el conjunto de datos del archivo que se este generando.

Ejemplo: Archivo plano para el archivo 01 (Catalogo de cuentas), de la entidad cuyo código es EM 860123123,1,EMP001, 41,2007,1,11,1,11222333 Donde:

860123123	:	Número de NIT
1	:	Número del digito de verificación
EMP001	:	Código de la entidad reportante
41	:	Periodo de corte.
2007	:	Año de Corte de la información
1	:	Tipo de formato
11	:	Código de la cuentas del catalogo de cuentas
1	:	Clase de cuenta
11222333	:	Valor de la cuenta

GENERALIDADES DEL CUERPO DEL ARCHIVO

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos. Los campos de la columna "valor permitido", correspondientes a la denominación de los dígitos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integrante del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

ESTRUCTURA Y DESCRIPCION DE LOS ARCHIVOS

Archivo Tipo00

Evidencia del reporte de información

NOMBRE DEL ARCHIVO: NITENTIDADPPANNO00.TXT .P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Información Financiera

Archivo Tipo01

Catalogo de cuentas

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO01.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 02

Balance General Consolidado

Este archivo se debe diligenciar una vez cada año, en el período de corte de diciembre.

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO02.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 03

Estado de Actividad Económica y Social o Estado de Resultados Consolidado

Este archivo se debe diligenciar una vez cada año, en el período de corte de diciembre.

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO03 TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 07

Bancos – Cuentas de ahorro – Fondos – Remesas en tránsito

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO07TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 08

Inversiones

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO08.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo11

Cuentas por Cobrar - Cuotas Planes de Prepago y/o Planes Complementarios

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO11.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 13

Propiedad, Planta y Equipo

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO13.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 15

Cuentas de Orden Acreedoras - Facturas Devueltas por Glosas

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO15.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 16

Obligaciones Financieras

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO16.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 17

Edad y Morosidad de las cuentas por pagar - Capitación

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO17.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 18

Edad y Morosidad de las cuentas por pagar - Evento

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO18.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 19

Pasivos Estimados y Provisiones

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO19.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 21

Información sede principal (datos generales)

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO21.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 22

Información de Sucursales o Regionales

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO22.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo23

Relación de Accionistas Para Sociedades Comerciales

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO23.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tablas de Referencia

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

RED DE SERVICIOS

Archivo Tipo28

Identificación del contratante – contratista y tipo de red

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO28.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo29

Contratos Suscritos por la Administradora

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO29.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo30

Area de Cobertura por contrato realizado

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO30.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo31

Servicios de Salud

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO31.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Estructura de la Interfase WEB

Esta interfase esta dirigida a aquellas administradoras de planes de beneficios o entes territoriales q infraestructura, no estén en capacidad de generar el archivo XML o que por el volumen de la inforr opten por la opción de registrarlos directamente en el formulario de captura de datos.

Contenido: En esta interfase se deben registrar los contratos vigentes suscritos con las IPS para la p de servicios de salud. Por cada contrato se deben registrar los servicios, la modalidad y la complejidad de los servicios.

Periodicidad: Esta información se debe registrar trimestralmente, dentro de los 25 días calendario d de la fecha de corte establecida.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

INDICADORES DE CALIDAD

Periodos de reporte: La información de indicadores de calidad debe ser reportada semestral de acue siguiente cuadro.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

La información, reportada por estas entidades deberá ser la siguiente estructura:

Archivo Tipo32 <Anexo técnico Archivo Tipo 032 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016>

Indicadores de calidad

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO32.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN

CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

AFILIADOS MEDICINA PREPAGADA Y PLANES COMPLEMENTARIOS

Archivo Tipo40

Afiliados medicina prepagada y planes complementarios

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO40.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo41

Estadística de servicios prestados por las Empresas de Medicina Prepagada y planes complementarios

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO41.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tablas Anexas

Glosario de campos

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

6. Periodos de Corte

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

ARCHIVOS ADICIONALES

Estos archivos se enviarán con corte a diciembre 31 de cada año en Word.

ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS

<Subtítulo incluido por la Circular [58](#) de 2009. El Subtítulo incluido es el siguiente:>

1. ARCHIVO INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA

a. GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivos planos con extensión.txt.

Cada campo del archivo debe estar separados por el carácter coma (,)

Tipo de datos:

Alfanumérico:	Datos texto
Numérico:	Solo números sin formato de separador de miles, ni signo pesos.
Longitud:	Cada campo que conforma los registros se debe construir cumpliendo longitudes establecidas en cada requerimiento, sin exceder el máximo permitido, sin embargo, puede tener una menor longitud.

CODIGOENTIDADPPANNO120.TXT

CODIGOENTIDAD; Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

120: Numero de archivo asignado para el reporte de indicadores

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo:

EPS037412009120.TXT

b. GENERALIDADES DEL CUERPO DEL ARCHIVO

- i. La información se debe reportar en archivo plano, los campos separados por el carácter coma (,)
- ii. No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos.
- iii. Los campos del numerador y denominador se deben diligenciar como números enteros.

La información debe remitirse de manera completa.

c. ESTRUCTURA Y DESCRIPCIÓN DEL ARCHIVO:

ARCHIVO TIPO 120, Indicadores de Alerta Temprana. <Archivo tipo 120 derogado por la Circular 2012>

Notas de Vigencia

- Anexo técnico Archivo Tipo 120 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de ago 2016.

- Archivo tipo 120 derogado por la Circular [9](#) de 2012, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones Circular [470](#) de 2007 modificada por las Circulares [481](#), [492](#), [503](#), [514](#), [525](#) de 2008, [576](#), [587](#) de [0598](#), [0609](#), [06110](#) y [062](#) de 2010 para actualizar los indicadores de alerta temprana DEL TÍTULO ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS CAPÍTULO IV INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA Y EL TÍTULO IV CAPÍTULO I NUMERAL 1.3. CAPÍTULOS II Y III DE CALIDAD, se establece su periodicidad', publicada en el Diario Oficial 48.502 de 25 de julio de 2012. Crea los archivos 542, 543, 544, 545, 546, 547 y 548.

Los indicadores se deben reportar por IPS contratada. Si la IPS tiene sedes, se deben reportar por cada una. Para el caso de los indicadores 14, 15 y 16 de mortalidad, que corresponden únicamente a la EPS, los campos relacionados con la información de la IPS se deben reportar en blanco:

CAMPO	DATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD	REGISTRO PER MÁXIMA
1	NIT	Numero de NIT de la empresa que reporta	16	Numérico
2	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT	1	Numérico
3	Código Entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	7	Alfa numérico
4	Período de corte	Período de corte para la presentación de la información	2	40: 31 DE MARZO 41: 30 DE JUNIO 42: 30 DE SEPTIEMBRE 43: 31 DE DICIEMBRE
5	Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Numérico
6	NIT IPS	Número de nit que identifica la IPS contratada	16	Numérico
7	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT de la IPS	1	Numérico
8	Código Habilitación IPS	Código de habilitación de la IPS asignado por la Entidad Territorial incluido el código de la sede. Los 5 primeros dígitos identifican el departamento y el municipio	12	Numérico
11	Código indicador	Código del indicador	2	Tabla indicadores
12	Numerador	Valor de la variable numerador para cada indicador	10	Numérico, entero

13	Denominador	Valor de la variable denominador para cada indicador	10	Numérico, entero

2. ARCHIVO PLANES DE MEJORAMIENTO

a. GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivo EXCEL de acuerdo con la estructura que se especifica adelante.

Nombre del archivo:

CODIGOENTIDADPPANNO121

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO; Año de corte de la información reportada

121: Número de archivo asignado para el reporte de indicadores

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo: EPS037412009121.xls(x)

La información debe remitirse de manera completa.

b. ESTRUCTURA Y DESCRIPCIÓN DEL ARCHIVO:

ARCHIVO TIPO 121, Planes de mejoramiento <Anexo técnico Archivo Tipo 121 eliminado por la Circular [12](#) de 2016>

Notas de Vigencia

- Anexo técnico Archivo Tipo 121 eliminado por la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

Ejemplo:

Indicador	Centro de atención	Descripción del problema	Acción de mejoramiento	de Fecha de iniciación de metas	Fecha de terminación de metas	Responsable
1	Código Habilitación	IPS Villanueva	Falta oportunidad	de Aumentar oferta en consulta	la 01/12/2009 en	31/12/09 Coor Médi

Descripción del archivo

Campo	Descripción	Valor permitido
Indicador	Código del indicador objeto del plan de mejoramiento	Corresponde a la descripción de la tabla d indicadores descrita para el archivo 120 indicadores de Alerta temprana
Centro de atención	Código habilitación de la IPS contratada que requiere plan de mejoramiento	Numérico
Descripción del problema	Razón social de la IPS	Alfanumérico
Acción de mejoramiento	Breve descripción del problema que origina el incumplimiento del indicador	
Fecha iniciación de metas	Actividad a desarrollar para eliminar la causa del problema	Dd/mm/aaaa
Fecha terminación de metas	Fecha propuesta para iniciar las acciones de mejoramiento	
Responsable	Responsable de la ejecución de las acciones de mejoramiento	

Notas de Vigencia

- Según lo dispuesto por la Circular [58](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.549 de 30 de noviembre de 2009, el texto bajo el Título de 'ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS' originalmente incluido al final del Capítulo IV del Título II se traslada como un subtítulo final de uno de los siguientes capítulos:

TITULO XI.

ANEXOS TECNICOS.

CAPITULO Entidades Promotoras de Salud del régimen Contributivo y Entidades adaptadas al S

CAPITULO Entidades Adaptadas al sistema

CAPITULO Entidades Promotoras de salud del Régimen Subsidiado

CAPITULO Empresas de medicina prepagada

CAPITULO Servicio de ambulancia prepagada

CAPITULO Regímenes de excepción y especiales.

CAPITULO.

SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADO.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismos sea consultado en la página de internet de la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Mediante la Circular [51-5](#) de 2022, 'por la cual se modifica el Capítulo II del Título II de la Circ Externa [047](#) de 2007 y sus modificaciones, en lo que respecta a entidades que administran Planes Voluntarios de Salud (PVS) y se imparten instrucciones generales relativas al Sistema Integrado de Gestión de Riesgos', publicada en el Diario Oficial No. 52.116 de 4 de agosto de 2022:

Se adicionan los siguientes archivos: 'Archivo Tipo FP006 - Nota técnica', 'Archivo Tipo FP007 Contratos asociados al plan', 'Archivo tipo FT030 - Base de datos Nota Técnica', 'Archivo FT031 Resultados Nota técnica', 'Tipo FT018 - Datos para el cálculo de la posición de Liquidez', 'Archivo FT028 - Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud', y 'Archivo tipo FT029 - Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud'

Se eliminan los siguientes archivos: 'Archivo tipo 186 - Nota técnica', 'Archivo tipo 187 - Base de datos Nota Técnica', 'Archivo 188 - Resultados Nota técnica', 'Archivo tipo 189 - Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud' y 'Archivo tipo 190 - Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud a los capítulos'.

- Archivos Tipo 42, 191 y 192 eliminados y Archivo Tipo GT004 adicionado por la Circular [2](#) de 'Reporte de información', publicada en el Diario Oficial No. 51.211 de 29 de enero 2020.

- Archivos Tipo 21, 22, 25, 152, 516 y 517 eliminados por la Circular [5](#) de 2018, 'por el cual se modifica la circular [047](#) de 2007, y se crea el módulo en el aplicativo NRVCC – Datos Generales publicada en el Diario Oficial No. 50.658 de 18 de julio de 2018.

- Archivos Tipo 120 y 121 eliminados y Tipo ST001 y adicionado por de la Circular [12](#) de 2016, 'cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

- Archivo tipo 186 – Nota técnica, Archivo tipo 187 – Base de datos Nota Técnica y Archivo 188 Resultados Nota técnica, Archivo tipo 189 – Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud, y Archivo tipo 190 – Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud adicionado por la Circular [20](#) de 2015 la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica publicada en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.

- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 de febrero de 2011.

- Capítulo modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009

- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008. Modifica el nombre.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

CAPÍTULO

SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA.

GENERALIDADES

NOMBRE DEL ARCHIVO: Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y trimestre reportado. El nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

CODIGOENTIDADPPANNOFF.TXT

Donde:

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud, debe tener 6 caracteres

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

SAP11141200701.TXT

SAP00141200701.TXT Significa que esta reportando la información del archivo 01 (Catalogo de cuentas) de la entidad cuyo código es SAP001 del periodo de corte 41 (Junio) del año 2007. **CUERPO DEL ARCHIVO:** Es el conjunto de datos del archivo que se este generando.

Ejemplo: Archivo plano para el archivo 01 (Catalogo de cuentas), de la entidad cuyo código es SAP001, 41,2007,1,11,1,11222333 Donde:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

GENERALIDADES DEL CUERPO DEL ARCHIVO

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos. Los campos de la columna “valor permitido”, correspondientes a la denominación de los campos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integrante del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

ESTRUCTURA Y DESCRIPCION DE LOS ARCHIVOS

Archivo Tipo00

Evidencia del reporte de información

NOMBRE DEL ARCHIVO: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

INFORMACION FINANCIERA

Archivo Tipo01

Catalogo de cuentas

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO01.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo02

Balance General Consolidado

Este archivo se debe diligenciar una vez cada año, en el periodo de corte de diciembre.

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO02.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo03

Estado de Actividad Económica y Social o Estado de Resultados Consolidado

Este archivo se debe diligenciar una vez cada año, en el periodo de corte de diciembre.

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO03.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo07

Bancos – Cuentas de ahorro – Fondos – Remesas en transito

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO07.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo08

Inversiones

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO08.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo11

Cuentas por Cobrar - Cuotas Planes de Prepago y/o Planes Complementarios

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO11.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo13

Propiedad Planta y Equipo

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO13.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo16

Obligaciones Financieras

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO16.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo19

Pasivos Estimados y Provisiones

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO19.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo21

Información sede principal (datos generales)

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO21.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo22

Información de Sucursales o Regionales

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO22.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN

CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo23

Relación de Accionistas Para Sociedades Comerciales

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO23.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

RED DE SERVICIOS

Archivo Tipo 28

Identificación del contratante – contratista y tipo de red

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGO ENTIDADPPANNO28.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo29

Contratos Suscritos por la Administradora

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO29.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo30

Area de Cobertura por contrato realizado

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO30.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo31

Servicios de Salud

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO31.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Estructura de la interfase web

Esta interfase esta dirigida a aquellas administradoras de planes de beneficios o entes territoriales q infraestructura, no estén en capacidad de generar el archivo XML o que por el volumen de la inforr opten por la opción de registrarlos directamente en el formulario de captura de datos.

Contenido: En esta interfase se deben registrar los contratos vigentes suscritos con las IPS para la p de servicios de salud. Por cada contrato se deben registrar los servicios, la modalidad y la complejidad de los servicios.

Periodicidad: Esta información se debe registrar trimestralmente, dentro de los 25 días calendario d de la fecha de corte establecida.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADA

Archivo Tipo42

Estadísticas de afiliados por empresa

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO42.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

7. Periodos de corte

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

ARCHIVOS ADICIONALES

Estos archivos se enviarán con corte a diciembre 31 de cada año en Word.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS

<Subtítulo incluido por la Circular [58](#) de 2009. El Subtítulo incluido es el siguiente:>

1. ARCHIVO INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA

a. GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivos planos con extensión.txt.

Cada campo del archivo debe estar separados por el carácter coma (,)

Tipo de datos:

Alfanumérico:	Datos texto
Numérico:	Solo números sin formato de separador de miles, ni signo pesos.
Longitud:	Cada campo que conforma los registros se debe construir cumpliendo longitudes establecidas en cada requerimiento, sin exceder el máximo permitido, sin embargo, puede tener una menor longitud.

CODIGOENTIDADPPANNO120.TXT

CODIGOENTIDAD; Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

120: Numero de archivo asignado para el reporte de indicadores

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo:

EPS037412009120.TXT

b. GENERALIDADES DEL CUERPO DEL ARCHIVO

- i. La información se debe reportar en archivo plano, los campos separados por el carácter coma (,)
- ii. No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos.
- iii. Los campos del numerador y denominador se deben diligenciar como números enteros.

La información debe remitirse de manera completa.

c. ESTRUCTURA Y DESCRIPCIÓN DEL ARCHIVO:

ARCHIVO TIPO 120, Indicadores de Alerta Temprana. <Archivo tipo 120 derogado por la Circular 2012>

Notas de Vigencia

- Anexo técnico Archivo Tipo 120 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de ago 2016.

- Archivo tipo 120 derogado por la Circular [9](#) de 2012, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones Circular [470](#) de 2007 modificada por las Circulares [481](#), [492](#), [503](#), [514](#), [525](#) de 2008, [576](#), [587](#) de [0598](#), [0609](#), [06110](#) y [062](#) de 2010 para actualizar los indicadores de alerta temprana DEL TÍTULO ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS CAPÍTULO IV INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA Y EL TÍTULO IV CAPÍTULO I NUMERAL 1.3. CAPÍTULOS II Y III DE CALIDAD, se establece su periodicidad', publicada en el Diario Oficial 48.502 de 25 de julio de 2012. Crea los archivos 542, 543, 544, 545, 546, 547 y 548.

Los indicadores se deben reportar por IPS contratada. Si la IPS tiene sedes, se deben reportar por cada una. Para el caso de los indicadores 14, 15 y 16 de mortalidad, que corresponden únicamente a la EPS, los campos relacionados con la información de la IPS se deben reportar en blanco:

CAMPO	DATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD	REGISTRO PERMÁXIMA
1	NIT	Numero de NIT de la empresa que reporta	16	Numérico
2	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT	1	Numérico
3	Código Entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	7	Alfa numérico
4	Período de corte	Período de corte para la presentación de la información	2	40: 31 DE MARZO 41: 30 DE JUNIO 42: 30 DE SEPTIEMBRE 43: 31 DE DICIEMBRE
5	Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Numérico
6	NIT IPS	Número de nit que identifica la IPS contratada	16	Numérico
7	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT de la IPS	1	Numérico
8	Código Habilitación IPS	Código de habilitación de la IPS asignado por la Entidad Territorial incluido el código de la sede. Los 5 primeros dígitos identifican el departamento y el municipio	12	Numérico
11	Código indicador	Código del indicador	2	Tabla indicadores
12	Numerador	Valor de la variable numerador para cada indicador	10	Numérico, entero

13	Denominador	Valor de la variable denominador para cada indicador	10	Numérico, entero

2. ARCHIVO PLANES DE MEJORAMIENTO

a. GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivo EXCEL de acuerdo con la estructura que se especifica adelante.

Nombre del archivo:

CODIGOENTIDADPPANNO121

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO; Año de corte de la información reportada

121: Número de archivo asignado para el reporte de indicadores

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo: EPS037412009121.xls(x)

La información debe remitirse de manera completa.

b. ESTRUCTURA Y DESCRIPCIÓN DEL ARCHIVO:

ARCHIVO TIPO 121, Planes de mejoramiento <Anexo técnico Archivo Tipo 121 eliminado por la Circular [12](#) de 2016>

Notas de Vigencia

- Anexo técnico Archivo Tipo 121 eliminado por la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

Ejemplo:

Indicador	Centro de atención	Descripción del problema	Acción de mejoramiento	de Fecha de iniciación de metas	Fecha de terminación de metas	Responsable
1	Código Habilitación	IPS Villanueva	Falta oportunidad	de Aumentar oferta en consulta	la 01/12/2009 en	31/12/09 Coor Médi

Descripción del archivo

Campo	Descripción	Valor permitido
Indicador	Código del indicador objeto del plan de mejoramiento	Corresponde a la descripción de la tabla d indicadores descrita para el archivo 120 indicadores de Alerta temprana
Centro de atención	Código habilitación de la IPS contratada que requiere plan de mejoramiento	Numérico
Descripción del problema	Razón social de la IPS	Alfanumérico
Acción de mejoramiento	Breve descripción del problema que origina el incumplimiento del indicador	
Fecha iniciación de metas	Actividad a desarrollar para eliminar la causa del problema	Dd/mm/aaaa
Fecha terminación de metas	Fecha propuesta para iniciar las acciones de mejoramiento	
Responsable	Responsable de la ejecución de las acciones de mejoramiento	

Notas de Vigencia

- Según lo dispuesto por la Circular [58](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.549 de 30 de noviembre de 2009, el texto bajo el Título de 'ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS' originalmente incluido al final del Capítulo IV del Título II se traslada como un subtítulo final de uno de los siguientes capítulos:

TITULO XI.

ANEXOS TECNICOS.

CAPITULO Entidades Promotoras de Salud del régimen Contributivo y Entidades adaptadas al S

CAPITULO Entidades Adaptadas al sistema

CAPITULO Entidades Promotoras de salud del Régimen Subsidiado

CAPITULO Empresas de medicina prepagada

CAPITULO Servicio de ambulancia prepagada

CAPITULO Regímenes de excepción y especiales.

CAPITULO.

REGÍMENES DE EXCEPCIÓN Y ESPECIALES.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismos sea consultado en la página de internet de la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Archivo tipo ST010 modificado por la Circular 2023150000000006-5 de 2023, 'por la cual se in instrucciones para garantizar el cumplimiento del flujo de recursos, y se modifican el archivo tipo de la Circular Externa 014 de 2020 y el archivo tipo st010 de la Circular Externa 008 de 2018', publicada en el Diario Oficial No. 52.351 de 29 de marzo de 2023. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Archivos Tipo ST010 y ST011 serán en formato TXT, a partir del 15 de diciembre de 2021, según dispuesto en la Circular 7 de 2021, 'RETRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN Y OTRAS DISPOSICIONES DEL REPORTE DE INFORMACIÓN', publicada en el Diario Oficial No. 51.29 de diciembre de 2021.
- Archivos Tipo 54 y 199 eliminados, Archivo Tipo GT004 adicionado por la Circular 2 de 2020, 'Reporte de información', publicada en el Diario Oficial No. 51.211 de 29 de enero de 2020.
- Archivos Tipo 28, 29, 30 y 31 eliminados; Archivos Tipo ST010, ST011, ST012 Y GT003 adicionados; periodicidad y fechas de corte y reporte del Archivo FT005 modificado por la Circular 047 de 2007, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.
- Archivos Tipo 25, 516 y 517 eliminados por la Circular 5 de 2018, 'por el cual se modifica la Circular 047 de 2007, y se crea el módulo en el aplicativo NRVCC – Datos Generales', publicada en el Diario Oficial No. 50.658 de 18 de julio de 2018.
- Anexos técnicos Archivos Tipo 120 y 121 eliminados por la Circular 12 de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 18 de agosto de 2016.
- Capítulo modificado por la Circular 2 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 de febrero de 2011.
- Capítulo modificado por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009
- Capítulo modificado por la Circular 49 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

GENERALIDADES

NOMBRE DEL ARCHIVO: Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y periodo reportado. El nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

NITENTIDADPPANNOFF.TXT

Donde:

NITENTIDAD: Número de identificación tributaria incluido el dígito de verificación

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

123456789041200701.TXT

123456789041200701.TXT Significa que esta reportando la información del archivo 01 de la entidad NIT es 1234567890 del periodo de corte 41 (Junio) del año 2007.

GENERALIDADES DEL CUERPO DEL ARCHIVO

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos. Los campos de la columna “valor permitido”, correspondientes a la denominación de los dígitos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integrante del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

ESTRUCTURA Y DESCRIPCION DE LOS ARCHIVOS

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

NOMBRE DEL ARCHIVO: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

Archivo Tipo 54

Afiliados Regimenes de excepción

NOMBRE DEL ARCHIVO: CODIGOENTIDADPPANNO54

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

*NU de los registros que no reportan identificación, mientras son actualizados por las entidades.

Periodos de corte

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS

<Subtítulo incluido por la Circular [58](#) de 2009. El Subtítulo incluido es el siguiente:>

1. ARCHIVO INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA

a. GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivos planos con extensión.txt.

Cada campo del archivo debe estar separados por el carácter coma (,)

Tipo de datos:

Alfanumérico:	Datos texto
Numérico:	Solo números sin formato de separador de miles, ni signo pesos.
Longitud:	Cada campo que conforma los registros se debe construir cumpliendo longitudes establecidas en cada requerimiento, sin exceder el máximo perm embargo, puede tener una menor -longitud.

CODIGOENTIDADPPANNO120.TXT

CODIGOENTIDAD; Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

120: Numero de archivo asignado para et reporte de indicadores

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo:

EPS037412009120.TXT

b. GENERALIDADES DEL CUERPO DEL ARCHIVO

- i. La información se debe reportar en archivo plano, los campos separados por el carácter coma (,)
- ii. No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los ca alfanuméricos.
- iii. Los campos del numerador y denominador se deben diligenciar como números enteros.

La información debe remitirse de manera completa.

c. ESTRUCTURA Y DESCRIPCIÓN DEL ARCHIVO:

ARCHIVO TIPO 120, Indicadores de Alerta Temprana. <Archivo tipo 120 derogado por la Circular 2012>

Notas de Vigencia

- Anexo técnico Archivo Tipo 120 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de ago 2016.

- Archivo tipo 120 derogado por la Circular [9](#) de 2012, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones Circular [470](#) de 2007 modificada por las Circulares [481](#), [492](#), [503](#), [514](#), [525](#) de 2008, [576](#), [587](#) de [0598](#), [0609](#), [06110](#) y [062](#) de 2010 para actualizar los indicadores de alerta temprana DEL TÍTULO ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS CAPÍTULO IV INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA Y EL TÍTULO IV CAPÍTULO I NUMERAL 1.3. CAPÍTULOS II Y III DE CALIDAD, se establece su periodicidad', publicada en el Diario Oficial 48.502 de 25 de julio de 2012. Crea los archivos 542, 543, 544, 545, 546, 547 y 548.

Los indicadores se deben reportar por IPS contratada. Si la IPS tiene sedes, se deben reportar por cada una. Para el caso de los indicadores 14, 15 y 16 de mortalidad, que corresponden únicamente a la EPS, los campos relacionados con la información de la IPS se deben reportar en blanco:

CAMPO	DATO	DESCRIPCIÓN	LONGITUD	REGISTRO PERMÁXIMA
1	NIT	Numero de NIT de la empresa que reporta	16	Numérico
2	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT	1	Numérico
3	Código Entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	7	Alfa numérico
4	Período de corte	Período de corte para la presentación de la información	2	40: 31 DE MARZO 41: 30 DE JUNIO 42: 30 DE SEPTIEMBRE 43: 31 DE DICIEMBRE
5	Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Numérico
6	NIT IPS	Número de nit que identifica la IPS contratada	16	Numérico
7	Dígito de verificación	Dígito de verificación del NIT de la IPS	1	Numérico
8	Código Habilitación IPS	Código de habilitación de la IPS asignado por la Entidad Territorial incluido el código de la sede. Los 5 primeros dígitos identifican el departamento y el municipio	12	Numérico
11	Código indicador	Código del indicador	2	Tabla indicadores
12	Numerador	Valor de la variable numerador para cada indicador	10	Numérico, entero

13	Denominador	Valor de la variable denominador para cada indicador	10	Numérico, entero

2. ARCHIVO PLANES DE MEJORAMIENTO

a. GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivo EXCEL de acuerdo con la estructura que se especifica adelante.

Nombre del archivo:

CODIGOENTIDADPPANNO121

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO; Año de corte de la información reportada

121: Número de archivo asignado para el reporte de indicadores

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo: EPS037412009121.xls(x)

La información debe remitirse de manera completa.

b. ESTRUCTURA Y DESCRIPCIÓN DEL ARCHIVO:

ARCHIVO TIPO 121, Planes de mejoramiento <Anexo técnico Archivo Tipo 121 eliminado por la Circular [12](#) de 2016>

Notas de Vigencia

- Anexo técnico Archivo Tipo 121 eliminado por la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

Ejemplo:

Indicador	Centro de atención	Descripción del problema	Acción de mejoramiento	de Fecha de iniciación de metas	Fecha de terminación de metas	Responsable
1	Código Habilitación	IPS Villanueva	Falta oportunidad	de Aumentar oferta en consulta	la 01/12/2009 en	31/12/09 Coor Médi

Descripción del archivo

Campo	Descripción	Valor permitido
Indicador	Código del indicador objeto del plan de mejoramiento	Corresponde a la descripción de la tabla d indicadores descrita para el archivo 120 indicadores de Alerta temprana
Centro de atención	Código habilitación de la IPS contratada que requiere plan de mejoramiento	Numérico
Descripción del problema	Razón social de la IPS	Alfanumérico
Acción de mejoramiento	Breve descripción del problema que origina el incumplimiento del indicador	
Fecha iniciación de metas	Actividad a desarrollar para eliminar la causa del problema	Dd/mm/aaaa
Fecha terminación de metas	Fecha propuesta para iniciar las acciones de mejoramiento	
Responsable	Responsable de la ejecución de las acciones de mejoramiento	

Notas de Vigencia

- Según lo dispuesto por la Circular [58](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.549 de 30 de noviembre de 2009, el texto bajo el Título de 'ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS' originalmente incluido al final del Capítulo IV del Título II se traslada como un subtítulo final de uno de los siguientes capítulos:

TITULO XI.

ANEXOS TECNICOS.

CAPITULO Entidades Promotoras de Salud del régimen Contributivo y Entidades adaptadas al S

CAPITULO Entidades Adaptadas al sistema

CAPITULO Entidades Promotoras de salud del Régimen Subsidiado

CAPITULO Empresas de medicina prepagada

CAPITULO Servicio de ambulancia prepagada

CAPITULO Regímenes de excepción y especiales.

CAPITULO.

GENERADORES DE RECURSOS.

JUEGOS.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismos sea consultado en la página de internet de la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2020, 'Reporte de información', publicada en el Diario No. 51.211 de 29 de enero 2020.
- La Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011, adiciona anexos y modifica otros.
- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 de febrero de 2011.
- Capítulo modificado por la Circular [61](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.769 de 13 de julio de 2010.
- Capítulo modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009
- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Acceso y contraseña de usuario

Todos los Generadores de Recursos se deberán identificar ante el sistema de la Superintendencia con código de usuario y una contraseña, los cuales son asignados por la Superintendencia Nacional de Salud remitidos a través de correo certificado y sellado, dirigido al Representante Legal de cada entidad.

Una vez recibida la comunicación se deberá ingresar a la página Web y cambiar la contraseña. El manejo de la información que reporta a esta Superintendencia se realiza bajo la responsabilidad de los representantes legales. Por tanto, deberán garantizar la veracidad de la misma y disponer todo lo necesario para la protección del acceso al sistema.

INFORMACION A REPORTAR

La información solicitada en la presente circular a los Generadores de Recursos se debe reportar a través de la página web de la Superintendencia Nacional de Salud www.supersalud.gov.co.

Operadores de juegos de loterías

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Concesionarios de apuesta permanentes o chance

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Operadores de juegos diferentes a loterías y apuestas permanentes.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Empresa territorial para la salud – ETESA

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES QUE EXPLOTEN, ADMINISTREN U OPEREN EL JUEGO DE LOTERIA TRADICIONAL.

A continuación se define la estructura como debe ser reportada, por parte de las entidades que exploten, administren u operen el juego de lotería tradicional, la información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud.

-- GENERALIDADES SOBRE EL FORMATO DE LOS CAMPOS.

La información debe ser reportada en archivos planos con extensión.txt.

Cada campo del archivo deben estar separados por el carácter coma (,)

En la formación de los campos se debe tener en cuenta las siguientes generalidades:

Tipo de datos:

Carácter: Datos texto.

Numérico: Solo números sin formato de separador de miles, ni signo pesos.

Longitud: Cada campo que conforma los registros se debe construir cumpliendo con las longitudes establecidas en cada requerimiento, sin exceder el máximo permitido, sin embargo, puede tener una longitud.

Fecha: Son datos que se comportan como texto. Siempre deben ir con el formato dd/mm/aaaa incluido el carácter de separador (/) de cada uno, es decir la fecha siempre es de 10 caracteres.

-- COMPOSICION DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR

-- Tipo de Archivo 01: Informe de Ventas y Sorteo

< TABLAS NO INCLUIDAS. VER ORIGINALES EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007 CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

-- Tipo de Archivo 02: Informe Premios obtenidos por el público

< TABLAS NO INCLUIDAS. VER ORIGINALES EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007 CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

-- Tipo de Archivo 03: Premios pagados en el mes

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

-- Tipo de Archivo 04: Resultados del sorteo

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

-- Tipo de Archivo 05: Reporte de billetería vendida por Sorteo

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

-- Tipo de Archivo 06: Reporte de Transferencias

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

-- Tipo de Archivo 07: Estados Financieros

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LOS CONCESIONARIOS APUESTAS PERMANENTES

A continuación se define la forma y estructura como debe ser reportada, por parte de los Concesionarios de Juegos de Apuestas Permanentes o Chance, la información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud.

FORMULARIO WEB: DECLARACION DERECHOS DE EXPLOTACION- CONCESIONARIOS

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tipo de Archivo 01: Estados Financieros

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE OPERADORES DE JUEGOS DIFERENTES A LOTERIAS Y APUESTAS PERMANENTES.

Tipo de Archivo 01: Instrumentos de juegos Autorizados

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tipo de Archivo 02: Reporte de Transferencias

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tipo de Archivo 03: Estados Financieros

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Estructura de los archivos a reportar por parte de las empresas territoriales para la salud – ETESA

A continuación se define la forma y estructura como debe ser reportada, por parte de la Empresa Territorial de Salud ETESA, la información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud.

OPERADORES AUTORIZADOS

Tipo de Archivo 01: INSTRUMENTOS AUTORIZADOS

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tipo de Archivo 02: ACTUALIZACION DE INSTRUMENTOS

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tipo de Archivo 03: Recaudo Operadores

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tipo de Archivo 04: Reporte de Transferencias

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tipo de Archivo 05: Estados Financieros

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

-- Tablas de Referencia

-- Tabla Código de Impuestos

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

-- Tabla Entidades Bancarias

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tabla Instrumentos de Juego

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismos sea consultado en la página de int la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2020, 'Reporte de información', publicada en el Diario No. 51.211 de 29 de enero 2020.
- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 de febrero de 2011.
- Capítulo modificado por la Circular [62](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.777 de 21 de julio de 2010.
- Capítulo modificado por la Circular [59](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.
- Capítulo modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009
- Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.
- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

El presente documento técnico, define la forma y estructura como debe ser reportada a la Superintendencia Nacional de Salud la información sobre IVA cedido a salud y Estados Financieros por parte de:

Los Productores de licores, vinos, aperitivos y similares.

Los Productores de Cervezas.

La Federación Nacional de Departamentos

Las Secretarías de Hacienda y

Las Secretarías de Salud.

Forma de Presentación y Envío

Los archivos que se envíen deben cumplir totalmente con la estructura y características que se describe en este anexo técnico. Esta información debe ser reportada a través del sitio Web de la Superintendencia Nacional de Salud cuya dirección es: www.supersalud.gov.co, en el enlace “Recepción Datos de IVA” / “Dirección de Rentas Cedidas”

Acceso y contraseña de usuario

Todas las entidades se deberán identificar ante el sistema de la Superintendencia con un código de identificación y una contraseña, los cuales serán asignados por la Superintendencia Nacional de Salud, y remitidos por correo certificado y sellado, dirigido al Representante Legal de cada entidad y a los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular.

Una vez recibida la comunicación se deberá ingresar a la página web y cambiar la contraseña. El manejo de la información que reporta a esta Superintendencia se realiza bajo la responsabilidad del representante legal de cada empresa y los funcionarios, del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular. Por lo tanto, deberán garantizar la veracidad de la misma y disponer todo lo necesario para la protección del acceso a la información.

sistema.

Segundo envío de información

Por modificación debidamente aprobada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Esta opción sólo podrá ser utilizada por aquellas entidades que por motivos especiales se vean obligadas a modificar los reportes inicialmente enviados; el trámite debe hacerse a través de comunicación escrita firmada por el representante legal o los funcionarios, del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, en la cual se solicite la autorización para retransmitir el archivo y se explique el motivo de modificación. (Remitida al fax 2833432 de Bogotá)

Una vez la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud autorice el cambio, este le será comunicado vía fax o correo electrónico, y a partir de ese momento podrá retransmitir el archivo.

Actualización de datos

En la medida en que se realicen cambios en la representación legal de la entidad, los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular; dirección; razón social y revisoría fiscal estos datos deben ser actualizados por escrito ante la Superintendencia Nacional de Salud. (Vía correo electrónico licores@supersalud.gov.co o al fax 2833432 de Bogotá).

En caso de que la empresa posea productos nuevos que no aparezcan en las tablas del sistema, el representante legal o los funcionarios del orden territorial, a quienes se dirige la presente circular, deben efectuar la solicitud por correo electrónico a esta entidad, licores@supersalud.gov.co, para que sea asignado el código correspondiente. El mensaje deberá contener nombre completo del productor, producto, % de alcoholimétricos, presentaciones autorizadas, número de resolución y registro sanitario.

Generalidades sobre el formato de los campos de los archivos planos

La información debe ser reportada en archivos planos con extensión.txt.

En la formación de los campos se deben tener en cuenta las siguientes generalidades:

Tipo de datos:

Carácter: Datos texto

Numérico: Sólo números sin formato de separador de miles, ni signo pesos.

Fecha: Son datos que se comportan como texto. Siempre deben ir con el formato dd/mm/aaaa incluyendo el carácter de separador (/) de cada uno, es decir la fecha siempre es de 10 caracteres.

INFORMACION A REPORTAR

La información solicitada en la presente circular se debe reportar a través de los formularios situados en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud www.supersalud.gov.co.

La utilización de archivos planos es optativa por parte del vigilado, cuando el medio de envío así lo determine y de acuerdo con factores como: su infraestructura tecnológica, volumen de información o cualquier otro pertinente.

Se considerará como no recibida la información que se encuentre incompleta o la reportada de manera

distinta a lo establecido en la presente circular y por tal razón, los formularios deberán ser diligenciados en su totalidad. Cuando en el mes de reporte no se haya presentado movimiento, estos deberán ser diligenciados con ceros y remitirlos en las condiciones estipuladas. Los datos a reportar son los siguientes:

PRODUCTORES DE LICORES, VINOS, APERITIVOS Y SIMILARES

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

PRODUCTORES DE CERVEZAS Y SIFONES

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

FONDO CUENTA IMPUESTO AL CONSUMO DE PRODUCTOS EXTRANJEROS

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Estructura de los formularios sitio web y archivos a reportar

Productores de licores

Formulario web: Declaraciones impositivas – licores resto del país

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Plano: Declaraciones impositivas – licores resto del país -

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro Encabezado

Este registro se debe construir por cada declaración que tenga el archivo plano, con la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro Detalle - Producto

Este registro se debe repetir tantas veces como productos se declaren dentro de una misma declaración, cumpliendo la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro Detalle de Pagos

Este registro se debe repetir tantas veces como conceptos de pagos se hayan efectuado dentro de una declaración, cumpliendo la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN

CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Declaraciones imposable – Licores Cundinamarca

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Plano: Declaraciones imposable – Licores Cundinamarca -

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro Encabezado

Este registro se debe formar una sola vez por cada declaración, con la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro Detalle de productos

Este registro se debe repetir tantas veces como productos se declaren dentro de una misma declaración cumpliendo la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro Detalle de Pagos

Este registro se debe repetir tantas veces como pagos se hayan efectuado dentro de una misma declaración cumpliendo la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Exportaciones

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Inventario otros insumos - envases

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Inventario otros insumos - Etiquetas

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Plano: Inventario otros insumos - etiquetas

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro de encabezado:

Este registro se debe formar una sola vez por cada entidad y periodo reportado, con la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registros de detalles:

Este registro se debe repetir tantas veces como productos haya en la misma entidad, cumpliendo la estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Inventario producto terminado

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Plano: Inventario producto terminado

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro de encabezado:

Este registro se debe formar una sola vez por cada entidad y periodo reportado, con la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registros de detalles:

Este registro se debe repetir tantas veces como productos haya en la misma entidad, cumpliendo la estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Inventario de alcoholes

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Ventas a San Andrés

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Plano: Ventas a San Andrés

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro Encabezado

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro Detalle

Este registro se debe repetir tantas veces como productos se vendan dentro del periodo de reporte, cumpliendo la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Reenvíos

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Plano: Reenvíos

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Registro sanitario Invima

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Descontables

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Plano: Estados Financieros

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Productores de cervezas

Archivo plano: liquidación

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro Encabezado

Este registro se debe formar una sola vez por cada declaración, con la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro Detalle

Este registro se debe repetir tantas veces como productos se declaren dentro de una misma declarac

cumpliendo la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Plano: Ventas a San Andrés

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro Encabezado

Este registro se debe construir por cada declaración que tenga el archivo plano, con la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro Detalle

Este registro se debe repetir tantas veces como productos se vendan dentro del periodo de reporte, cumpliendo la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Plano: Reenvíos

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Plano: Inventario Producto Terminado

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro de encabezado:

Este registro se debe formar una sola vez por cada entidad y periodo reportado, con la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registros de detalles:

Este registro se debe repetir tantas veces como productos haya en la misma entidad, cumpliendo la estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo: Estados Financieros

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Fondo cuenta de impuesto al consumo de productos Extranjeros

Formulario web: Giros Realizados

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro de encabezado:

Este registro se debe formar una sola vez por cada periodo reportado, con la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registros de detalles:

Este registro se debe repetir por cada departamento al que se haya efectuado giro en el mes objeto de reporte, cumpliendo la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Cobros Efectuados

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Plano: Cobros Efectuados

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro de encabezado:

Este registro se debe formar una sola vez por cada periodo reportado, con la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registros de detalles:

Este registro se debe repetir por cada departamento que haya efectuado cobros al Fondo Cuenta en objeto de reporte, cumpliendo la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Importaciones

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Plano: Importaciones

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN

CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro de encabezado:

Este registro se debe formar una sola vez por cada periodo reportado, con la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registros de detalles:

Este registro se debe repetir por cada declaración de importación presentada ante el Fondo Cuenta objeto de reporte, cumpliendo la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Plano: Estados Financieros

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

CAPITULO.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismos sea consultado en la página de internet de la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Mediante la Circular [2024151000000007-5](#) de 2024, 'por la cual se hacen adiciones y modificaciones a la Circular Externa [047](#) de 2007 - Instrucciones Generales y Remisión de Información Financiera Inspección, Vigilancia y Control', publicada en el Diario Oficial No. 52.820 de 17 de julio de 2024 a partir de su publicación en el Diario Oficial, se adicionan los siguientes archivos:

- FP001 - Conjunto Completo de Estados Financieros y Revelaciones.

- FP002 - Certificación de Estados Financieros.

- FP003 - Dictamen Revisor Fiscal.

Modifica [FT025](#) - Reporte de Facturación Radicada por IPS, Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud a entidades del aseguramiento en salud.

- Archivos Tipo 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 179, 191, 192, 502, eliminados, Archivo Tipo GT004 adicionado por la Circular [2](#) de 2020, 'Reporte de información', publicada en el Diario Oficial No. 51.211 de 29 de enero de 2020.

- Archivos Tipo 55 y 56 eliminados por la Circular [5](#) de 2018, 'por el cual se modifica la circular 2007, y se crea el módulo en el aplicativo NRVCC – Datos Generales', publicada en el Diario Oficial No. 50.658 de 18 de julio de 2018.

- Anexos técnicos Archivos Tipo 62 y 67 eliminados y Tipo ST002 y adicionado por de la Circular de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 200 imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.
- Archivo Tipo FT025 - Reporte de Facturación Radicada por IPS a entidades del aseguramiento de salud adicionado por la Circular [14](#) de 26 de junio de 2020, 'INSTRUCCIONES PARA GARANTAR EL CUMPLIMIENTO DEL FLUJO DE RECURSOS'.
- Capítulo modificado por la Circular [10](#) de 2012, 'Reporte Información Financiera sobre Grupo Económico e Integración Vertical', publicada en el Diario Oficial No. 48.502 de 25 de julio de 2012.
- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 de febrero de 2011.
- Capítulo modificado por la Circular [62](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.777 de 21 de julio de 2010.
- Capítulo modificado por la Circular [60](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.640 de 3 de marzo de 2010.
- Capítulo modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.
- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

IPS naturaleza privada

Generalidades

Nombre Del Archivo: Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y periodo reportado, el nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

NITENTIDADPPANNOFF.TXT

Donde:

NITENTIDAD: Número de identificación tributaria incluido el dígito de verificación

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

123456789041200701.TXT

123456789041200701.TXT Significa que esta reportando la información del archivo 01 de la entidad NIT es 1234567890 del periodo de corte 41 (Junio) del año 2007.

Generalidades del Cuerpo del Archivo

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos. Los campos de la columna “valor permitido”, correspondientes a la denominación de los dígitos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integrante del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

delimitada por comas (,)

Estructura y descripción de los Archivos

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 55

Datos Generales

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO55.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 56

Información de sucursales y agencias

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO56.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 57

Información De Balance General

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO57.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 58

Estado de Resultados

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO58.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 59

Cartera por deudor - Seguimiento a los contratos suscritos por la IPS

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO59.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 62 <Anexo técnico Archivo Tipo 62 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016>

Notas de Vigencia

- Anexo técnico Archivo Tipo 62 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de ago 2016.

Indicadores

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO62.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 113

Mantenimiento Hospitalario

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO113.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

TABLAS DE REFERENCIA

< TABLAS NO INCLUIDAS. VER ORIGINALES EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007 CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

IPS Naturaleza Pública

Generalidades

Nombre del Archivo: Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y periodo reportado, el nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

NITENTIDADPPANNOFF.TXT

Donde:

NITENTIDAD: Número de identificación tributaria incluido el dígito de verificación

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

123456789041200701.TXT

123456789041200701.TXT Significa que esta reportando la información del archivo 01 de la entidad NIT es 1234567890 del periodo de corte 41 (Junio) del año 2007.

Generalidades del cuerpo del archivo

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos. Los campos de la columna “valor permitido”, correspondientes a la denominación de los dígitos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integrante del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

Estructura y descripción de los archivos

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

Archivo Tipo 63

Datos Generales

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO63.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 64

Deudores

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO64

Periodicidad: Semestral.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 114

Cuentas por cobrar sin respaldo contractual.

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO 114

Periodicidad: Semestral

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 65

Acreedores

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO65.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 66

Facturación

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO66.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 67 <Anexo técnico Archivo Tipo 67 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016>

Notas de Vigencia

- Anexo técnico Archivo Tipo 67 eliminado por de la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de ago 2016.

Presupuesto de Ingresos

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO67.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN

CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 68

Presupuesto de Egresos

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO68.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 69

Personal

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO69.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 70

Reclamaciones SOAT ante la Subcuenta del FOSYGA

Reclamaciones SOAT menores o iguales a $\frac{1}{4}$ SMLMV y mayores a $\frac{1}{4}$ de SMLMV, de acuerdo con siguiente estructura.

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO70.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 71

INDICADORES

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO71.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 113

Mantenimiento Hospitalario

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO113.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tablas Anexas

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

CAPITULO.

ENTIDADES TERRITORIALES.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismos sea consultado en la página de internet de la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Archivo tipo FT032, FT033, FT034, FT035, FT036 adicionados por la Circular [202415100005](#) de 2024, 'por la cual se imparten instrucciones para el Reporte de Información Financiera y Presupuestal', publicada en el Diario Oficial No. 52.690 de 6 de marzo de 2024. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Archivo tipo ST010 modificado por la Circular 202315000000[0006-5](#) de 2023, 'por la cual se imparten instrucciones para garantizar el cumplimiento del flujo de recursos, y se modifican el archivo tipo de la Circular Externa [014](#) de 2020 y el archivo tipo st010 de la Circular Externa [008](#) de 2018', publicada en el Diario Oficial No. 52.351 de 29 de marzo de 2023. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.
- Archivos Tipo ST010 y ST011 serán en formato TXT, a partir del 15 de diciembre de 2021, según dispuesto en la Circular [7](#) de 2021, 'RETRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN Y OTRAS DISPOSICIONES DEL REPORTE DE INFORMACIÓN', publicada en el Diario Oficial No. 51.299 de diciembre de 2021.
- Archivos Tipo 37, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 271, 273, 275 y 524 eliminados por la Circular [2](#) de 2020, 'Reporte de información', publicada en el Diario Oficial No. 51.211 de 29 de enero de 2020.
- Archivos Tipo 28, 29, 30 y 31 eliminados y Archivos Tipo ST010, ST011, ST012 Y GT003 adicionados por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.
- Archivo Tipo 44 eliminado por la Circular [5](#) de 2018, 'por el cual se modifica la circular [047](#) de 2007 y se crea el módulo en el aplicativo NRVCC – Datos Generales', publicada en el Diario Oficial No. 50.658 de 18 de julio de 2018.
- Anexos técnicos Archivos Tipo ST001, ST003 y ST004 adicionados por la Circular [12](#) de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.
- Capítulo modificado por la Circular [5](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.
- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 de febrero de 2011.
- Capítulo modificado y adicionado por la Circular [62](#) de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.777 de 21 de julio de 2010.

- Capítulo modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 octubre de 2009
- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 abril de 2008.

Generalidades

Nombre del Archivo: Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y periodo reportado, el nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

NITENTIDADPPANNOFF.TXT

Donde:

NITENTIDAD: Número de identificación tributaria incluido el dígito de verificación

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

123456789041200701.TXT

123456789041200701.TXT Significa que esta reportando la información del archivo 01 de la entidad NIT es 1234567890 del periodo de corte 41 (Junio) del año 2007.

Generalidades del cuerpo del archivo

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos. Los campos de la columna “valor permitido”, correspondientes a la denominación de los dígitos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integrante del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

Estructura y descripción de los archivos

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

RED DE SERVICIOS

Archivo Tipo 28 <Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Archivo Tipo 28

Identificación del contratante – contratista y tipo de red

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO28.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; El CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

Archivo Tipo 29 <Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Archivo Tipo 29

Contratos Suscritos por la Administradora

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO29.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; El CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

Archivo Tipo 30 <Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Archivo Tipo 30

Area de Cobertura por contrato realizado

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO30.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; El CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

ARCHIVO TIPO 31 <Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

ARCHIVO TIPO 31

Servicios de Salud

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO31.TXT

<TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

Estructura de la interfase web:

Esta interfase esta dirigida a aquellas administradoras de planes de beneficios o entes territoriales q infraestructura, no estén en capacidad de generar el archivo XML o que por el volumen de la inform opten por la opción de registrarlos directamente en el formulario de captura de datos.

Contenido: En esta interfase se deben registrar los contratos vigentes suscritos con las IPS para la p de servicios de salud. Por cada contrato se deben registrar los servicios, la modalidad y la complej los servicios.

Periodicidad: Esta información se debe registrar trimestralmente, dentro de los 25 días calendario d de la fecha de corte establecida.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Indicadores de Biomédica

Objetivo del indicador: Determinar el porcentaje de vistos buenos expedidos a las Instituciones Pre de Servicios de Salud por las Entidades Territoriales de Salud para la adquisición de los Equipos Biomédicos controlados.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Objetivo del indicador: Determinar que porcentaje de la Tecnología Biomédica evaluada fue suspendido por presentar riesgo para la salud pública.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

* Evaluada: Se refiere a la verificación de los estándares de habilitación de dotación y mantenimiento de dispositivos médicos y medicamentos.

Objetivo del indicador: Conocer el porcentaje de medicamentos, de dispositivos médicos y de equipos biomédicos que se han evaluado en el semestre.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

PLAZO: La información solicitada debe ser presentada de manera oportuna, veraz y razonable en forma semestral, a partir del reporte con corte a 31 de diciembre de 2006 y dentro de las fechas que se relacionan en la continuación:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 43

Indicadores de biomédica

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO43.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 44

Datos Generales

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO44.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

En el contenido de los archivos deben estar en formato ASCII y delimitados por el carácter coma (,)

Archivo Tipo 45

Información de Ejecución de Ingresos

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO45.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

NOTAS:

- En cada concepto de ingresos se debe registrar el valor destinado para financiar cada uno de los gastos señalados.
- En las cuentas 21, 22, 23, 24 y 25 se registra el valor obtenido de la suma de cada una de las fuentes de financiación que componen cada cuenta.
- La sumatoria de todas las cuentas debe ser igual a lo reflejado en el total del presupuesto de ingresos del sector salud de la entidad territorial.

Archivo Tipo 46

Información Liquidación de tasa

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO46.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

En contenido de los archivos deben estar en formato ASCII y delimitados por el carácter coma (,)

Archivo Tipo 47

Cuentas Maestras

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO47.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

En contenido de los archivos deben estar en formato ASCII y delimitados por el carácter coma (,)

Archivo Tipo 48

Información de Ejecución de Gastos

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO48.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

En contenido de los archivos deben estar en formato ASCII y delimitados por el carácter coma (,)

NOTAS:

- En las cuentas 31, 32, 33, 34 y 35 se registra el valor obtenido de la suma de cada una de los conceptos de gasto que componen cada cuenta.
- La sumatoria de todas las cuentas debe ser igual a lo reflejado en el total del presupuesto de gastos teniendo en cuenta las reservas presupuestales y en las cuentas por pagar del sector salud.
- El ítem Prestación Todos los Niveles de Atención está reservado únicamente para el caso de los Departamentos y Distritos que no tiene discriminados los gastos de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda por cada uno de los niveles de atención.

todo caso se recomienda hacia el futuro que la información se discrimine por los diferentes niveles atención.

-- Los Entes Territoriales deben organizar los conceptos de gasto solicitados sin importar la clasificación que tengan en el presupuesto, es decir, se debe efectuar la sumatoria de los diferentes rubros presup que tenga relación directa con la cuenta enunciada en la tabla de referencia SNS 2010-3.

Archivo Tipo 49

Seguimiento a los contratos de subsidios a la demanda

Con las EPS del Régimen Subsidiado

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO49.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

ARCHIVO TIPO 50

SEGUIMIENTO A LOS CONTRATOS DE SUBSIDIO A LA OFERTA SUSCRITOS CON LAS

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO50.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 51

SEGUIMIENTO A LOS CONTRATOS SOBRE ACCIONES DE SALUD PUBLICA

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO51.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 52

Seguimiento a promoción y prevención del régimen subsidiado

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO52.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

En contenido de los archivos deben estar en formato ASCII y delimitados por el carácter coma (,)

NOTA: En este archivo se deben registrar las actividades derivadas de contratos suscritos a partir de abril de 2007.

Archivo Tipo 53

INTERVENTORIA A LOS CONTRATOS: SUBSIDIADO A LA DEMANDA, SUBSIDIOS A LA OFERTA, SALUD PUBLICA

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO53.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

n contenido de los archivos deben estar en formato ASCII y delimitados por el carácter coma (,)

Archivo Tipo 72 <Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018>

Notas de Vigencia

- Archivo eliminado por la Circular [8](#) de 2018, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 50.721 de 19 de septiembre de 2018.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Archivo Tipo 72

Referencia y Contrarreferencias

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO72.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; El CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co>

Tablas de Referencia

TABLA SNS-2010-1

INFORMACION SOBRE EJECUCION DE INGRESOS

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

TABLA SNS-2010-2

INFORMACION DE EJECUCION DE GASTOS

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

3. TABLA SNS-2010-3

CAUSALES DE NO PAGO

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

NOTA: El ítem 99 “no aplica”, se debe utilizar cuando los pagos se han realizado efectivamente.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Información a Reportar

Secretarías de Hacienda Departamental

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Secretarías de salud departamentales

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Secretarías de salud municipales

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Secretarías de Hacienda Departamentales y Secretaría de Hacienda Distrital de Bogotá

Formulario web: Actualización Entidades

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Cobros al fondo cuenta

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Reporte de producción

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

1.1.1. Archivo plano: reporte de producción

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro de encabezado:

Este registro se debe formar una sola vez por cada productor y periodo reportado, con la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registros de detalles:

Este registro se debe repetir por cada productor autorizado en el departamento que haya elaborado y en el mes objeto de reporte, cumpliendo la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Formulario web: Declaración y pagos

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Plano: Declaraciones y pagos

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registro de encabezado:

Este registro se debe formar una sola vez por cada periodo reportado, con la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Registros de detalles:

Este registro se debe repetir por cada declaración presentada y pago ante la entidad territorial en el objeto de reporte, cumpliendo la siguiente estructura:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

-- Tablas de Referencia

-- 4. Tabla Tipo de Contribuyente

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

CAPÍTULO.

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL – ADRES.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismo sea consultado en la página de internet de la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Circular 6 de 2018 modificada por la Circular [2025151000000008-5](#) de 1 de agosto de 2025, 'POR LA CUAL SE ELIMINAN, MODIFICAN Y ADICIONAN INSTRUCCIONES DE LA CIRCULAR EXTERNA [006](#) DE 2018, PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL FLUJO DE RECURSOS DEL SGSSS', publicada en el Diario Oficial No. 53.202 de 4 de agosto de 2025. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.

- Mediante la Circular [2024151000000007-5](#) de 2024, 'por la cual se hacen adiciones y modificaciones a la Circular Externa [047](#) de 2007 - Instrucciones Generales y Remisión de Información Financiera Inspección, Vigilancia y Control', publicada en el Diario Oficial No. 52.820 de 17 de julio de 2024 a partir de su publicación en el Diario Oficial, se adiciona los siguientes anexos:

- [FT001](#) - Catálogo de Información Financiera.

- [FT003](#) - Cuentas por Cobrar – Deudores.

- [FT004](#) - Detalle de Pasivos por Tercero.

- Capítulo modificado por la Circular [6](#) de 2018, 'por la cual se hacen modificaciones a la Circular Externa [047](#) de 2007 en lo relacionado con el sistema integrado de gestión de riesgos y a sus subsistemas de administración de riesgos, y reporte de información', publicada en el Diario Oficial No. 50.674 de 1 de agosto de 2018.

- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 de febrero de 2011.

- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

CAPITULO.

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA (FOSYGA).

Generalidades

Nombre del archivo: Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y trimestre reportado, el nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

NITENTIDADPPANNOFF.TXT

Donde:

NITENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud, debe ser caracteres

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

123456789041200701.TXT

123456789041200701.TXT Significa que esta reportando la información del archivo 01 de la entidad cuyo código es 1234567890 del periodo de corte 41 (junio) del año 2007. Generalidades del cuerpo del archivo

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos. Los campos de la columna “valor permitido”, correspondientes a la denominación de los campos en dígitos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integrante del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

Estructura y descripción de los archivos

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

Afiliados – Recaudo – Compensación

Archivo Tipo 73

Afiliados Régimen Contributivo

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO73.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Si un afiliado tiene más de un Aportante, la Entidad debe reportar sólo un registro por cualquiera de los aportantes.

Si un cotizante es independiente, él es su propio Aportante; debe reportarse su tipo y número de identificación en los campos “Tipo de identificación del aportante” y “Número de identificación de aportante” en el archivo maestro de afiliados.

Archivo Tipo 74

Afiliados Régimen subsidiado

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO74.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

*NU de los registros que no reportan identificación, mientras son actualizados por las entidades.

Tablas Anexas

Glosario de Campos

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

PERIODOS DE CORTE

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 74

Información sobre recaudos del FOSYGA por concepto de aportes del SOAT

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO74.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 75

Información de giros de la subcuenta de solidaridad para cofinanciar la afiliación al Régimen subsidiado

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO75.TXT MILES DE \$

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 78

Cuentas autorizadas y canceladas por las entidades obligadas a compensar

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO78.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 79

Costos por recaudo de cotizaciones y rendimientos financieros

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO79.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 80

Resultados de la compensación por período de compensación causado

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO80.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN

CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 81

Resultados de la compensación por período de compensación según fecha de presentación

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO81.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

ARCHIVO TIPO 82

Saldos No Compensados

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO82.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 83

Reintegro fallecidos, multiafiliados, multicompensados, cédulas inconsistentes

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO83.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 84

Giros directos pendientes de legalización

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO84.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 85

Certificaciones de declaraciones recibidas en el mes anterior

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO85.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 86

Glosas de cotizantes y beneficiarios

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO86.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 87

Análisis del estado de trámite de recobros Medicamentos No Pos y Tutelas

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO87.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 88

Reclamaciones SOAT menores o iguales a ¼ SMLMV y mayores a ¼ de SMLMV

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO88.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 130

Contratos Validados Activos- trimestral (incluye los nuevos en cada trimestre)

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANN130.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 131

AFILIADOS (reporte trimestral)

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO131.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 132

Estructura de la Información Giro de Recursos Fosyga para Entidades Territoriales)

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO132.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 133

Estructura de la Información para el Giro Directo Recursos Fosyga

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO133.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 89

Información sobre recaudos del Fosyga por concepto de aportes del SOAT, Cajas de Compensación Familiar que no administran régimen subsidiado, INDUMIL y regímenes de Excepción

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO89

Periodicidad: mensual

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en miles sin decimales

Archivo Tipo 90

Información sobre presupuesto de ingresos y gastos subcuentas del FOSYGA

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO90

Periodicidad: mensual

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en miles sin decimales

Anexo

Tablas de Referencia

Tabla 1. Período de corte

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tabla 2. Concepto de Recaudo

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tabla 3. Concepto de Giro

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tabla 4. Descripción tipo población

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tabla 5. Fuentes de Financiación Desagregadas

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tabla 6. Conceptos presupuesto de ingresos

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tabla 7. Conceptos Presupuesto de Gastos

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

CONSULTAR FORMULARIO EN EL ORIGINAL IMPRESO O EN FORMATO PDF

CAPITULO NEGACION DE SERVICIOS.

CAPITULO.

COMPAÑÍAS DE SEGUROS AUTORIZADAS PARA OPERAR EL RAMO DE SOAT.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismos sea consultado en la página de int la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2020, 'Reporte de información', publicada en el Diario No. 51.211 de 29 de enero 2020.
- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 d febrero de 2011.
- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 abril de 2008.

Generalidades

Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y trimestre reportado, el nombre del archivo q contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

NITPPANNOFF.TXT

Donde:

NIT: Número de identificación tributaria de la entidad reportante incluido digito de verificación

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

890123456041200701.TXT

Significa que esta reportando la información del archivo 01 (Datos Generales) de la entidad cuyo N 890123456 0 del periodo de reporte 41 (junio) del año 2007, en archivo de texto.

Estructura y descripción de los archivos

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

Archivo Tipo 01.

Datos Generales

Nombre: NITPPANNO01.TXT

Periodicidad: Este archivo debe enviarse con corte trimestral.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 02.

Información sobre transferencias y contribuciones Compañías de Seguros

Nombre: NITPPANNO02.TXT

Periodicidad: Trimestral

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 03.

Balance Anual

Nombre: NITPPANNO03.TXT.P7Z

Periodicidad: Anual

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 04.

Información de siniestros liquidados por pagar a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Nombre: NITPPANNO04.TXT.P7Z

Periodicidad: Trimestral

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Anexo

Tablas de Referencia

Tabla 1. Período de corte

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

CAPITULO.

INDUMIL.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismos sea consultado en la página de int la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 d febrero de 2011.
- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 abril de 2008.

Identificación de los archivos.

Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y trimestre reportado, el nombre del archivo q contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintáxis:

NITPPANNOFF.TXT

Donde:

NIT: Número de identificación tributaria de la entidad reportante

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

890123456041200701.TXT

Significa que esta reportando la información del archivo 01 de la entidad cuyo Nit es 890123456 0 periodo de reporte 41 (junio) del año 2007, en archivo de texto y firmado digitalmente.

Estructura y descripción de los Archivos

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

Archivo Tipo 01

Información mensual por municipio sobre ventas de municiones y explosivos y cantidad de salvoc expedidos

Nombre: NITPPANNO01.TXT

Periodicidad: Trimestral

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Anexo

Tablas de referencia

Tabla 1. Período de corte

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tabla 2. Mes del Trimestre

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

CAPITULO.

CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR QUE NO ADMINISTRAN REGIMEN SUBSIDIADO

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismos sea consultado en la página de int la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2020, 'Reporte de información', publicada en el Diario No. 51.211 de 29 de enero 2020.
- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 de febrero de 2011.
- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Identificación de los archivos.

Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y trimestre reportado, el nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

NITPPANNOFF.TXT

Donde:

NIT: Número de identificación tributaria de la entidad reportante

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

890123456041200701.TXT

Significa que esta reportando la información del archivo 01 (Datos Generales) de la entidad cuyo NIT es 890123456 0 del periodo de reporte 41 (junio) del año 2007, en archivo de texto.

Estructura y descripción de los archivos

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

Archivo Tipo 01

Datos Generales

Nombre: NITPPANNO01.TXT

Periodicidad: Este archivo debe enviarse con corte trimestral.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 02.

Información mensual sobre ingresos por aportes del 4% del Subsidio Familiar y transferencias a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA

Nombre: NITPPANNO02.TXT

Periodicidad: Trimestral

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

ARCHIVO TIPO 03

Información Balance Anual

Nombre: NITPPANNO03.TXT

Periodicidad: anual

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Anexo

Tablas de referencia

Tabla 1. Período de corte

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Tabla 2. Mes del Trimestre

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

CAPITULO.

MEDIDAS ESPECIALES.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismos sea consultado en la página de int la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2020, 'Reporte de información', publicada en el Diario No. 51.211 de 29 de enero 2020.
- Archivos Tipo 301, 302, 331, 332 y 346 eliminados por la Circular [5](#) de 2018, 'por el cual se modifica la circular [047](#) de 2007, y se crea el módulo en el aplicativo NRVCC – Datos Generales', publicada en el Diario Oficial No. 50.658 de 18 de julio de 2018.
- Capítulo modificado por la Circular [2](#) de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.972 de 3 de febrero de 2011.
- Capítulo modificado por la Circular [57](#) de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009
- Capítulo modificado por la Circular [52](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008
- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Intervención Forzosa Administrativa para Administrar e Intervención Técnica-Administrativa.

Generalidades

Nombre del Archivo: Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y trimestre reportado, el nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

NITPPANNOFF.TXT

Donde:

NIT: Número de identificación tributaria de la entidad.

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

123456789041200701.TXT

123456789041200701.TXT Significa que esta reportando la información del archivo 01 de la entidad NIT es del periodo de corte 41 (Junio) del año 2007. Generalidades del cuerpo del archivo

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos. Los campos de la columna “valor permitido”, correspondientes a la denominación de los dígitos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integrante del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

Estructura y descripción de los archivos

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

Archivo Tipo 01

Datos Generales

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO01.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 02

Datos Generales del Agente Interventor y Revisor Fiscal

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO02.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 03

Balance

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO03.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 04

Estado de Resultados

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO04.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

ARCHIVO TIPO 05

Gastos Administrativos Causación y Pago

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO05.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 06

Flujo de Tesorería – Ingresos y Gastos de la Intervención (Cifras en Miles de Pesos)

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO06.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 07

Relación UPC – S por Cobrar

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO07.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 08

Relación de Deudores (Excepto UPC-S por cobrar)

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO08.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 09

Relación Propiedad, Planta y Equipo (Cifras en miles de pesos)

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO09.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 10

Acreencias reconocidas (Cifras en miles de pesos)

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO10.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 11

Presupuesto de Gastos Administrativos

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO11.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 12

Relación de Procesos Judiciales en curso a favor o en contra de la entidad

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO12.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 13

Relación detallada de los procesos de contratación de servicios

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO13.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 14

Relación detallada de procesos de contratación de servicios o adquisición de bienes que se encuentren en curso

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO14.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 15

Relación de Actos Administrativos Expedidos por el Agente Especial

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO15.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 16

Planta de personal, personal del contrato y ordenes de prestación de servicios según su área

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO16.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 17

Situación de los pensionados a cargo de la empresa

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO17.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Tablas Anexas

< TABLAS NO INCLUIDAS. VER ORIGINALES EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007 CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA PARA LIQUIDACIÓN FORZOSA Y LIQUIDACIÓN VOLUNTARIA

Generalidades

Nombre del Archivo: Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y trimestre reportado, el nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

NITPPANNOFF.TXT

Donde:

NIT: Número de identificación tributaria de la entidad.

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

123456789041200701.TXT

123456789041200701.TXT Significa que esta reportando la información del archivo 01 de la entidad NIT es del periodo de corte 41 (Junio) del año 2007. Generalidades del cuerpo del archivo

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos. Los campos de la columna “valor permitido”, correspondientes a la denominación de los dígitos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integrante del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

Estructura y descripción de los archivos

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

Archivo Tipo 01

Datos Generales

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO01.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 02

Datos Generales del Liquidador y contralor

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO02.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 03

Balance

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO03.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 04

Estado de Resultados

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO04.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 05

Gastos Administrativos Causación y Pago

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO05.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 06

Flujo de Tesorería – Ingresos y Gastos de la Intervención (Cifras en Miles de Pesos)

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO06.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 07

Relación UPC – S por Cobrar

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO07.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 08

Relación de Deudores (Excepto UPC-S por cobrar)

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO08.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 09

Relación Propiedad, Planta y Equipo (Cifras en miles de pesos)

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO09.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 10

Acreencias reconocidas (Cifras en miles de pesos)

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO10.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 06

Flujo de Tesorería – Ingresos y Gastos de la Intervención (Cifras en Miles de Pesos)

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO06.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 07

Relación UPC – S por Cobrar

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO07.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 08

Relación de Deudores (Excepto UPC-S por cobrar)

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO08.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 09

Relación Propiedad, Planta y Equipo (Cifras en miles de pesos)

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO09.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 10

Acreencias reconocidas (Cifras en miles de pesos)

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO10.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 17

Situación de los pensionados a cargo de la empresa

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO17.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 18

Datos básicos de la junta asesora y personas evaluadas

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO18.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 19

Cronograma de Actividades

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO19.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN

CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 20

Pagos de acreencias de la masa y la no masa liquidatoria

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO20.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales.

Archivo Tipo 21

Pagos de acreencia – Pasivo cierto no reclamado

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO21.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales

ARCHIVO TIPO 22

Relación de resoluciones expedidas por el liquidador

Nombre del archivo: CODIGOENTIDADPPANNO22.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo plano, campos separados por el carácter coma (,), valores en pesos sin decimales

Tablas Anexas

< TABLAS NO INCLUIDAS. VER ORIGINALES EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007 CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >.

CAPITULO.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismos sea consultado en la página de int la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 abril de 2008.

Generalidades

Nombre del archivo: Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y periodo reportado, el nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

NITENTIDADPPANNOFF.TXT

Donde:

NITENTIDAD: Número de identificación tributaria incluido el dígito de verificación

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

123456789041200701.TXT

123456789041200701.TXT Significa que esta reportando la información del archivo 01 de la entidad NIT es 1234567890 del periodo de corte 41 (Junio) del año 2007.

Generalidades del Cuerpo del Archivo

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos. Los campos de la columna “valor permitido”, correspondientes a la denominación de los dígitos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integrante del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

Estructura y descripción de los archivos

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

Indicadores de Biomédica

Objetivo del indicador: Conocer el porcentaje de medicamentos, de dispositivos médicos y de equipos biomédicos que se han evaluado en el semestre.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 43

Indicadores de biomédica

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO43.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

CAPITULO.

INVIMA.

<NOTA: Este Capítulo no incluye modificaciones. A continuación se enlistan las Circulares que lo modifican. El editor aconseja que cualquier referencia al mismos sea consultado en la página de internet de la Superintendencia Nacional de Salud.>

Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 abril de 2008.

Generalidades

Nombre del Archivo: Se debe generar un archivo por cada tipo de archivo y periodo reportado, el nombre del archivo que contiene la información enviada debe cumplir con la siguiente sintaxis:

NITENTIDADPPANNOFF.TXT

Donde:

NITENTIDAD: Número de identificación tributaria incluido el dígito de verificación

PP: Periodo de corte de la información reportada

ANNO: Año de corte de la información reportada

FF: Número de archivo

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo:

123456789041200701.TXT

123456789041200701.TXT Significa que esta reportando la información del archivo 01 de la entidad NIT es 1234567890 del periodo de corte 41 (Junio) del año 2007.

Generalidades del Cuerpo del Archivo

No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos Los campos de la columna “valor permitido”, correspondientes a la denominación se

dígitos, que contengan valores negativos se les debe anteponer el signo negativo (-) como parte integrante del campo. La información debe estar en archivo plano y delimitada por comas (,)

Estructura y descripción de los archivos

Archivo Tipo 00

Evidencia del reporte de información

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO00.TXT.P7Z

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Este es el único archivo firmado digitalmente

Objetivo del indicador: Identificar la relación de los Registros Sanitarios Automáticos expedidos y solicitudes recibidas en el semestre.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Objetivo del indicador: Identificar la relación de los Registros Sanitarios expedidos y las solicitudes recibidas en el semestre.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Objetivo del indicador: Identificar la relación entre los Permisos de Comercialización expedidos y las solicitudes recibidas en el semestre.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Objetivo del indicador: Identificar la relación entre los Certificados de Almacenamiento y Acondicionamiento de Dispositivos Médicos y Equipos Biomédicos expedidos y las solicitudes recibidas en el semestre.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Objetivo del indicador: Identificar la relación entre los eventos adversos reportados asociados al uso de Dispositivos Médicos y Equipos Biomédicos y los eventos adversos evaluados en el semestre.

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

Archivo Tipo 43

Indicadores de biomédica

Nombre del archivo: NITENTIDADPPANNO43.TXT

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN

CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB www.imprenta.gov.co >

CAPÍTULO.

GESTORES FARMACÉUTICOS Y OPERADORES LOGÍSTICOS DE TECNOLOGÍAS EN SALUD

<Capítulo adicionado por la Circular [2024151000000004-5](#) de 2024. El nuevo texto es el siguiente:

Archivo Tipo	Nombre del archivo tipo	Periodicidad	Forma archivo
FT001	Catálogo de Información Financiera	Trimestral	XML
FT002	Publicación Estados Financieros	Anual	XML
FT003	Cuentas por Cobrar – Deudores	Trimestral	XML
FT004	Cuentas por Pagar – Acreedores	Trimestral	XML
FT006	Bancos y Carteras Colectivas	Trimestral	XML
FT009	Activos y Pasivos de Moneda Extranjera	Trimestral	XML
FT025	Reporte de Facturación Radicada por IPS, Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud a entidades del aseguramiento en salud y/o IPS	Trimestral	TXT
FP001	Conjunto Completo de Estados Financieros y Revelaciones **	Anual	PDF
FP002	Certificación Estados Financieros	Anual	PDF
FP003	Dictamen Revisor Fiscal *	Anual	PDF
FP004	Informe de Gestión	Anual	PDF
FP005	Proyecto Distribución de Utilidades *	Anual	PDF
GT010	Composición Patrimonial Capital, Aportes o Equivalente	Anual	XML

***En caso de ser aplicable a la entidad.**

****Elaborados por la persona jurídica como un todo y además para el programa de salud o actividad exclusiva del objeto de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud como lo establece la Circular [016](#) de 2016.**

<Consultar formatos directamente en la Circular [2024151000000004-5](#) de 2024>

<Formatos adicionados por la Circular [2025151000000009-5](#) de 2025. El nuevo texto es el siguiente:

Archivo Tipo	Nombre del archivo Tipo	Periodicidad	Formato del archivo
ST029	Acuerdos de Voluntades con Entidades Responsables de Pago	Trimestral o cuando se realice alguna actualización en los acuerdos de voluntades	TXT
ST030	Establecimientos Farmacéuticos (Puntos de Dispensación)	Trimestral o cuando se modifique los puntos de dispensación	TXT
ST031	Dispensación de Medicamentos y Dispositivos Médicos	Mensual	TXT
ST032	Tecnologías en Salud con Dificultades de Dispensación	Mensual	TXT

<Consultar formatos directamente en la Circular [2025151000000009-5](#) de 2025>

Notas de Vigencia

- Formatos ST029T, ST030, ST031 y ST032 adicionados por la Circular [2025151000000009-5](#) de agosto de 2025, 'POR LA CUAL SE IMPARTEN INSTRUCCIONES ADICIONALES A LA CIRCULAR EXTERNA [047](#) DE 2007, PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN DE LOS GESTORES FARMACÉUTICOS PARA EFECTOS DE SUPERVISIÓN', publicada en el Diario Oficial No. 53.209 de 11 de agosto de 2025. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.

PARÁGRAFO. Para efectos de la periodicidad de reporte de información, las personas jurídicas o de Inspección y Vigilancia que ya sean objeto de otra actividad de supervisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud adicional al de Gestor Farmacéutico u Operador Logístico de Tecnologías en Salud, el periodo de reporte será el de mayor frecuencia, por lo que hay que tener en las periodicidades de reporte de las EAPB o las IPS (grupos de clasificación B, C1, C2, D1, D2 y D3 de acuerdo con lo estipulado en la CE 20211700000005-5 de 2021 y sus modificaciones).

Las entidades vigiladas deberán efectuar ante la Superintendencia Nacional de Salud un único reporte donde presenten todos y cada uno de sus identificadores de negocio de manera discriminada en lo que corresponda a cada actividad que desarrolle dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La información de la Gestoría Farmacéutica u Operación Logística de Tecnología en Salud será incluida en el reporte del periodo del tipo de vigilado con mayor frecuencia de reporte. Es decir, si un Gestor Farmacéutico u Operador Logístico de Tecnologías en Salud tiene otra actividad de supervisión por parte de la Superintendencia como lo es el de prestación de servicios de salud y está clasificada en C1, los reportes de información financiera se realizarán con la periodicidad de la IPS, mientras que, si está clasificada en D1, D2 o D3, primaría la periodicidad del gestor u operador logístico, es decir trimestral, de forma consolidada por los diferentes tipos de negocio que sean vigilados por esta Superintendencia.

Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por la Circular [2024151000000004-5](#) de 2024, 'por el cual se imparten instrucciones adicionales a la Circular externa [016](#) de 2016 para el reporte de información financiera de nuevos sujetos vigilados', publicada en el Diario Oficial No. 52.669 de 14 de febrero de 2024. Rige a partir de su publicación en el Diario Oficial.

6. DEROGATORIA.

La Circular Única sustituye y deroga todos las Circulares Externas y Cartas Circulares expedidas anteriormente por esta Superintendencia.

Los aspectos contables de las Circulares Externas números [015](#) y [16](#) del 20 de abril de 2005 continúan vigentes hasta tanto se expida la modificación del Plan Único de Cuentas por parte de esta Superintendencia.

Las Circulares Conjuntas, es decir las emitidas con la participación de otra u otras entidades del Estado, quedarán vigentes y sólo se derogarán de forma expresa por Circular suscrita conjuntamente por las entidades intervinientes.

7. VIGENCIA.

La Circular Única rige a partir de su publicación en el Diario Oficial y el reporte de información de hacerse a partir del próximo corte de acuerdo con los períodos establecidos para cada uno de los tipos de actividad.

vigilados.

8. SANCIONES.

El incumplimiento o violación por parte de las instrucciones, inoportunidad o inconsistencia en la r de la información dispuesta en la presente Circular Única darán lugar a la aplicación de las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, previstas las normas vigentes sean aplicables para cada caso, sin perjuicio de las que le corresponden por competencia a otras autoridades administrativas, judiciales, a los Tribunales de Ética de los profesionales de la salud o a los operadores disciplinarios.

Los destinatarios de las sanciones que sean impuestas son:

- a) Los organismos y entidades sometidas a su vigilancia y control;
- b) Los representantes legales de dichas entidades y organismos, así como a sus funcionarios, empleados trabajadores, cuando hubieren incurrido en violaciones de la ley o de los reglamentos.

Las sanciones a imponer a los organismos, entidades, representantes legales, jefes, funcionarios y empleados son, entre otras:

1. Multas sucesivas a las instituciones respecto de las cuales tenga funciones de inspección y vigilancia administradores, empleados o revisor fiscal de las mismas hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la sanción cuando desobedezcan las instrucciones u órdenes que impartida la Superintendencia.
2. Multas hasta de 2.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a la fecha de la expedición de la orden administrativa, a favor del Fondo de Solidaridad y Garantía, por incumplimiento de las instrucciones u órdenes impartidas por la Superintendencia.
3. Multa de diez (10) a treinta (30) salarios mínimos legales vigentes al revisor fiscal o representante firmante, con destino a la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, sin perjuicio del pago que deban hacer por los aportes que adeuden, en caso de que la información sobre el cumplimiento de las obligaciones parafiscales no corresponda a la realidad.

9. PROCEDIMIENTO.

Para la imposición de las sanciones por el incumplimiento de las instrucciones y la remisión de información establecidas en la presente Circular se respetará el debido proceso y el derecho de contradicción y cuando se dará aplicación a las normas vigentes sobre el procedimiento administrativo aplicable a las investigaciones administrativas que adelante la Superintendencia frente a las entidades y sujetos de su ámbito de control.

10. FIRMAS.

El Superintendente Nacional de Salud,

JOSÉ RENÁN TRUJILLO GARCÍA.

La Superintendente Delegada para las Funciones Jurisdiccionales y de Conciliación,

MARÍA EMMA OROZCO ESPINOSA.

El Superintendente Delegado para Generación y Gestión de los Recursos Económicos para el Sector Salud,
MARIO MEJÍA CARDONA.

La Superintendente Delegada para la Atención en Salud,
ELODIA MARÍA RAMÍREZ MENDOZA.

La Superintendente Delegada para la Protección al Usuario y al Participación Ciudadana,
LEONOR ARÍAS BARRETO.

Superintendente Delegado para las Medidas Especiales,
EDGAR GALLO CARREÑO.

<NOTAS AL FINAL>

1. Artículo [23](#) de la Ley 643 de 2001 y numeral 12 del artículo [25](#) de la Ley 80 de 1993.
2. Ezequiel Ander Ecg. Introducción a la planificación, El Cid Editor, S.D., P.15.
3. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 1o de mayo de 1995, Exp. 7326. C. P. Jesús María Carrillo Ballesteros.
4. Corte Constitucional, Sentencia C-[1191](#) del 15 de noviembre de 2001, Magistrado Ponente, doctor RODRIGO UPRIMNY YEPES.
5. Artículo [49](#) de la Ley 788 de 2002.
6. Artículo [189](#) de la Ley 223 de 1995.
7. Ley 223 de 1995, artículo [217](#).



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
Superintendencia Nacional de Salud
ISSN Pendiente

Última actualización: 30 de agosto de 2025 - (Diario Oficial No. 53.223 - 25 de agosto de 2025)

