

CIRCULAR EXTERNA 49 DE 2008

(abril 2)

Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

PARA: Entidades, sujetos vigilados y usuarios de la Superintendencia Nacional de Salud
DE: Superintendente Nacional de Salud (E.)
ASUNTO: Modificación a las instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control contenidas en la Circular Externa número [047](#) (Circular Unica)

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- Circular modificada por la Circular 5 de 2014, 'por la cual se deroga el numeral 1.9.8 del Capítulo I del Título II de la Circular número [0049](#) de abril de 2008', publicada en el Diario Oficial No. 49.307 de 17 de octubre de 2014.

1. Antecedentes

Con fundamento en las facultades constitucionales y legales de la Superintendencia Nacional de Salud, se expidió la Circular Unica (Circular Externa número [047](#) de 2007), acto administrativo en el cual se reunió en un solo cuerpo normativo todas las instrucciones y las solicitudes de información con destino a las entidades, sujetos vigilados y usuarios de la Superintendencia Nacional de Salud.

Toda vez que en la mencionada Circular fue modificada la estructura de los anexos técnicos en la información a reportar por tipo de entidad, la forma de cargue de los mismos y los protocolos de seguridad para tal fin, se ha determinado efectuar a través de la presente Circular algunos ajustes en procura de lograr la oportunidad y calidad de los datos a recepcionar por la Superintendencia y propender el cumplimiento en la remisión por parte de los sujetos vigilados sin contratiempos de tipo tecnológico ni de protocolos de seguridad (firma digital).

En consecuencia, a continuación se presentan los apartes de la Circular que han sido modificados en cada uno de los títulos o capítulos de la Circular Externa número [047](#) de 2007, los cuales harán parte integral del texto de la mencionada Circular.

Para estos efectos la Superintendencia publicará el texto completo de la Circular Unica incluyendo estas modificaciones.

5. Contenido

Al texto de la tabla de contenido se anexan los siguientes capítulos.

Tabla de Contenido

Título I DISPOSICIONES GENERALES

Capítulo Séptimo Cadena de Custodia de Evidencia Forense

Título III GENERADORES DE RECURSOS

Capítulo Preliminar Control al Lavado de Activos

TITULO I.

DISPOSICIONES GENERALES.

CAPITULO I.

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

7. Consideraciones sobre los responsables en el suministro de la información y el cumplimiento de las instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

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.

CAPITULO II.

PAUTAS PUBLICITARIAS.

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

2. Reglas para utilizar la expresión “Vigilado Supersalud” en la publicidad impresa

2.1. TIPOGRAFIA

Se debe utilizar la fuente tipográfica Century Gothic en un tamaño que le permita al receptor del mensaje publicitario identificarlo de manera clara, legible y visible, y que evite el empastelamiento de las palabras.

La dimensión de la letra para señalar la Línea de atención al usuario: 6500870 Bogotá – Línea gratuita nacional 018000910383 debe tener un tamaño que la haga legible.

5. Información

Toda la información y las piezas publicitarias deben ser enviadas al correo electrónico comunicaciones@supersalud.gov.co

CAPITULO III.

REVISORES FISCALES.

1. Marco normativo

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.

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 miras a 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 tanto 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.

2. Personas jurídicas obligadas a tener autorización de posesión de Revisor Fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud

Sin perjuicio de la obligatoriedad 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 la autorización de posesión de Revisor Fiscal proferida por 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 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); 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 no menos del 20% del capital (artículo [203](#) Código de Comercio); Sociedades comerciales cuyos activos brutos al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior, sean o 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 2o, artículo 13, Ley 43 de 1990); Organizaciones solidarias (artículo 38, Ley 79 de 1998); Fundaciones o instituciones de utilidad común (Decreto 1529 de 1990) y cuyo objeto principal sea la prestación de servicios de salud.

3. Requisitos de quien pretenda ser elegido Revisor Fiscal principal y/o suplente

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, se debe 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 que ejerza la Revisoría Fiscal en más de cinco (5) sociedades por acciones.

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 el certificado vigente de antecedentes disciplinarios.

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

4. Responsabilidades relacionadas con la elección o reelección del Revisor Fiscal principal y/o suplente

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 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.

También es responsabilidad del máximo órgano de dirección de las entidades vigiladas cerciorarse acerca del carácter, la idoneidad y experiencia de los contadores designados para cumplir las funciones de revisores 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 elegido 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 existiendo 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 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) 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 de 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.

5. Archivos requeridos para la autorización de posesión de Revisor Fiscal cuando la designación corresponda a una persona Jurídica (firma de contadores)

5.1. 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 del Revisor Fiscal, firmado por el representante legal de la entidad vigilada, según formato adjunto en la presente Circular.

5.2. Archivo 402: Extracto del acta y aclaración del acta. Copia escaneada del Extracto del Acta del máximo órgano de decisión de la entidad y copia escaneada de las aclaraciones al Acta (si hay lugar a ellas), según 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 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 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 párrafo 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 de la tarjeta de registro, expedida por la Junta Central de Contadores, de la persona jurídica (firma de contadores) 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 expedido 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 el 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 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, emitido por 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, firmado por el representante legal de la entidad vigilada, según formato adjunto en la presente Circular.

6. Archivos requeridos para la autorización de posesión de Revisor Fiscal cuando la designación corresponda a una persona natural

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.

6.2. Archivo 402: Extracto del acta y aclaración del acta. Copia escaneada del Extracto del Acta del máximo órgano de decisión de la entidad y copia escaneada de las aclaraciones al Acta (si hay lugar a ello), según 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 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 párrafo 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 actuaran 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, emitido por 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 de 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.

7. Información sobre Reelección

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 vigilada, 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.

8. Estudio de la Documentación

Una vez validada la solicitud de autorización de posesión de los revisores fiscales a través de la página web 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 los mismos, 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 lleno 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.

9. Anexos para los trámites de autorización de posesión o reelección de revisores fiscales principal y/o suplente.

Con el fin de agilizar y optimizar el proceso de autorización de posesión o remisión del Archivo 413 sobre 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 máximo órgano de dirección de cualquiera de las personas jurídicas vigiladas relacionadas en la presente circular, so pena a que esta Superintendencia inicie las investigaciones respectivas.

CAPITULO VI.

FACULTADES DE CONCILIACIÓN.

2.3. Auto de admisión

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

2.4. Citación a Audiencia de Conciliación

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.

CAPITULO VII.

CADENA DE CUSTODIA DE EVIDENCIA FORENSE.

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, en especial 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 correspondiente”.

En consecuencia, la Superintendencia Nacional de Salud, recuerda a los sujetos y entidades vigiladas que en 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 y 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.

TITULO II.

ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB).

CAPITULO I.

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS).

1. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para la Atención en Salud

1.2. Autorización de funcionamiento EPS Régimen Contributivo

1.2.1.3. Red de Prestadores de Servicios

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 del 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 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 y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud”.

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 deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad 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 técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, 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 en 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 garantizarán 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 las instituciones, ante la Dirección Territorial de Salud correspondiente y definir los mecanismos que serán implementados para dicha verificación;

b) 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 sus 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) 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;
- d) Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

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 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.

1.3. Publicación de cuotas moderadoras y copagos por parte de las Entidades Promotoras del Régimen Contributivo

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 2004 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 los 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 sus 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.

1.4. 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 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 del servicio. 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 escogencia, 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, exclusiones, preexistencias, servicios complementarios, medicamentos, etc.

1.4.1.5. Ponderar un producto de manera tal que sus bondades o características carezcan de sustento en la realidad.

1.4.1.6. Apropiarse o publicitar como suyas, políticas, productos o servicios que han sido nombrados o reglamentados por el Gobierno Nacional, sin citar en la publicidad respectiva su origen o fuente legal 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 como “filial del grupo 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.

1.4.1.8. Utilizar afirmaciones que permitan deducir como definitivas situaciones que en la realidad responden a fenómenos coyunturales, transitorios o variables en relación con el mercadeo.

1.4.1.9. 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 como “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

cifras 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 podrá 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 cuenta los alcances o limitaciones a que legal y económicamente se encuentre sujeto el servicio respectivo.

1.4.4. Los mensajes publicitarios no pueden ser contrariados a la buena fe comercial ni pueden tender a establecer competencia desleal.

1.4.5. 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.

1.5. Plan de Capacitación de Promotores

Es función de la Superintendencia velar porque los agentes e 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 23 del Decreto 1485 de 1994 a 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 definan 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 en Salud (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, períodos 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.

1.6. Autorización de funcionamiento EPS Régimen Subsidiado

En el artículo 7o 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:

4. Un patrimonio mínimo saneado.

1.6.2. Instrucciones para la administración de los recursos del Régimen Subsidiado por las EPS indígenas.

En cuanto al margen de solvencia las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, en lo no regulado por la Ley 691 de 2001 darán cumplimiento con las disposiciones establecidas en el Decreto 574 de 2007 y las normas que lo modifiquen o adicionen.

1.7. Capacidad de Afiliación

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 modifique la afiliación de la población, la entidad debe ajustar su capacidad técnica, financiera, administrativa y de 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

mayor 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, CCF 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.

1.9. Sistema Unico de Habilitación Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado

El Decreto 515 de 2004 (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 social 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 los 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 que en ningún caso podrá superar al cincuenta por ciento (50%) del capital mínimo exigido, los cuales serán tomados por el valor en libros.

De conformidad con las disposiciones vigentes, el número mínimo de afiliados con los que podrán 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 bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y 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 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, 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; 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 garantía 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 hayan 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 que 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 en los

términos establecidos en el Decreto 882 de 1998.

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 para la 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 pago a los 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 en 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 por salud debe reconocer a quienes conforman la Red de Prestadores de Servicios de Salud de la EPS-S, esto, 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 requerida 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 Unico 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 mínimo saneado que para el efecto se señale por las autoridades competentes.

1.9.3.2.4. Acreditar y mantener el margen de solvencia, conforme a las disposiciones vigentes.

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 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, acreditada para efectos de su operación.

1.9.3.3.2. El cumplimiento de las metas de protección específica, detección temprana y atención de las 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 (6) 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 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 prestadores 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

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 anterioridad, no inferior a cuatro (4) meses, acompañada con un plan de información claro que garantice 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

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado deberán abstenerse de ejecutar alguna de las prácticas no autorizadas, denominadas así por las normas que regulan el tema y, especialmente, las 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 escogencia 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 y 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 <Numeral derogado por la Circular 5 de 2014>

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 de 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 UPC en infraestructura se cataloga como práctica insegura e ilegal, por lo cual no puede llevarse a cabo.

Jurisprudencia Vigencia

Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este inciso. Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 2008-00385-00 de 10 de julio de 2014, Consejero Ponente Dr. Marco Antonio Velilla Moreno.

1.10. Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud (PAMEC)

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 3o del citado Decreto 1011.

1.10.2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con 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 las pautas establecidas por el Ministerio de la Protección Social.

Anualmente y concordante con los resultados de auditoría del PAMEC, las EAPB elaborarán un “Plan 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 a más tardar el 31 de enero de cada año. Con corte 30 de junio se debe remitir el resultado del seguimiento al 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 firmados 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 del anexo técnico para este tema”.

1.11. Sistema de información para la calidad

El Decreto 1011 de 2006, en su artículo 45 determina que el Ministerio de la Protección Social diseñará 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 niveles 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 información sobre su calidad.
3. Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las 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 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 del 2006.

3. Nivel de Monitoría Interna. Está constituido por los indicadores que se evalúan y los eventos adversos 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 1446 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 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 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 para la recopilación de la información, responsable del recaudo, análisis y reporte de la información, estándar 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.

1.12. Red de Prestadores y Sistema de Referencia y Contrarreferencia

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 servicios 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 la 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 urgente 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 las 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 la 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, 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) deberán ser reportados bajo la estructura y demás condiciones especificadas en el anexo técnico de esta circular.

La información objeto 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.

1.13. Publicación copagos por parte de las Entidades Promotoras del Régimen Subsidiado

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 2004 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 los 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, mencionando sus 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

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 del servicio. 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 escogencia, 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, preexistencias, 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 suyas, políticas, productos o servicios que han sido nombrados o reglamentados por el Gobierno Nacional, sin citar en la publicidad respectiva su origen o fuente legal 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 cifras 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 podrá ser 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 tender a establecer competencia desleal.

1.14.5. 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.

1.15. Plan de Capacitación de Promotores

Es función de la Superintendencia velar porque los agentes e 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 23 del Decreto 1485 de 1994 a 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, definan 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 en Salud (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, períodos 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

El Decreto 1485 de 1994 que regula la organización y funcionamiento de las EPS, en su artículo 2o, literal d) concordante con el 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 cuentas, 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 y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún 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 del pago.

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

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

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de la Protección Social, de no obtenerse

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

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 prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

4. Comités Técnico-Científicos

De conformidad con lo 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 Técnico-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 manejan los 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 por 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 reemplazo 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, el suministro de medicamentos por fuera del listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS, adoptado por el Acuerdo 228 del CNSSS y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
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 la salud 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 soliciten, los informes relacionados con su objeto y funciones.

El Comité Técnico-Científico se reunirá con la periodicidad requerida para tramitar oportunamente las solicitudes referentes a sus funciones por lo menos una (1) vez a la semana. De sus decisiones se dejará 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 citado 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.

5. Referencia y Contrarreferencia

El Decreto 1485 de 1994 que regula la organización y funcionamiento de las EPS, en su artículo 2o literal 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 oferta 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 proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una Red de Prestadores de Servicios de Salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.

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 subcontractar o de alguna manera, desplazar sus responsabilidades a otros sujetos.

Para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud, las entidades administradoras, deberán 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 proceso, procedimientos y actividades para realizar la selección organización y coordinación del funcionamiento de la red de IPS, de manera que se garantice que el afiliado pueda acceder fácilmente a las IPS de los diferentes niveles de complejidad.

6. Obligaciones Especiales de las Entidades Promotoras de Salud

Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, deberán ceñirse estrictamente a lo requerido en los formularios Nos. F:IRC001, F:IRCOO3 y el Formato SNS-4010-001 para la afiliación e inscripción a las EPS de los trabajadores dependientes, servidores públicos, trabajadores independientes y pensionados y el 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).

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 y pasada y 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 posibles 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 que se señala 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.

CAPITULO II.

EMPRESAS QUE ADMINISTRAN PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS).

2. Suspensiones y cancelaciones

Cuando una entidad promotora de salud o entidad de prepago tenga previsto suspender la comercialización o cancelar un plan deberá informar previamente de este hecho a la Superintendencia Nacional de Salud con el fin de evaluar la procedencia de la solicitud. Para el efecto deberán remitir:

2.1. Carta de solicitud.

2.2. Estudio técnico que justifique esta decisión.

2.3. Procedimiento a seguir con los usuarios que a la fecha tienen contratos vigentes.

2.4. 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.

2. Planes de Medicina Prepagada

En las entidades de medicina prepagada el margen de solvencia debe entenderse como la liquidez que deben tener 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, de acuerdo con lo dispuesto en los Decretos 882 de 1998 y 783 de 2000.

2.4. Reserva. La información relacionada con planes de salud estará sujeta a reserva por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y sus funcionarios.

2.5. Modificación de Planes de Medicina Prepagada

Una vez aprobadas las modificaciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, la entidad de medicina prepagada deberá suscribir un acuerdo con el titular del contrato afectado, en

el que se señalen los aspectos objeto de modificación y la aceptación por parte de este. El original del documento anterior debe ser entregado al contratante y copia del mismo con la constancia de su entrega al usuario, debe reposar en los archivos de la entidad contratista.

2.7. Servicio de Ambulancia Prepagado

2.7.3. Continuidad

Se podrá dar por terminado el contrato de prestación de servicio de ambulancia prepagado por parte de las empresas de servicios prepagados o los contratantes cuando se presente incumplimiento en las obligaciones pactadas de la otra parte.

3. Pólizas de Salud

El Decreto 806 de 1998, en cuanto a los tipos de Planes Adicionales de Salud contempla en su artículo [19](#): “Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes PAS:

1. Planes de atención complementaria en salud.
2. Planes de medicina prepagada, que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.
3. Pólizas de salud que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general”.

En consonancia con el artículo [22](#) del decreto en mención, las entidades que ofrezcan PAS, deben remitir, con treinta (30) días de anterioridad a la colocación del plan en el mercado, la siguiente información a la Superintendencia Nacional de Salud:

- a) Nombre y contenido del plan;
- b) Descripción de los riesgos amparados y sus limitaciones;
- c) Costo y forma de pago del plan;
- d) Descripción de cuotas moderadoras y copagos;
- e) Copia del formato de contrato que se utilizará.

En dicho plazo la Superintendencia Nacional de salud enviará a la Superintendencia Financiera de Colombia las observaciones que considere pertinentes sobre la información remitida.

TITULO III.

GENERADORES DE RECURSOS.

CAPITULO PRELIMINAR.

CONTROL AL LAVADO DE ACTIVOS.

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 [43](#), 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 se dediquen profesionalmente a actividades de comercio exterior, operaciones de cambio y del mercado libre 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 se realizará por la respectiva entidad que ejerza vigilancia sobre la persona obligada.”
Negrilla fuera de texto

Por su parte, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en los artículos [102](#) al [107](#), entre otros, establece lo 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 o 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 reglas de 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 (UIAF) 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 a su 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 práctica 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 podrán versar 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 cada 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 superen cierto monto, serán consideradas como una transacción única si son realizadas por o en beneficio de 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.

CAPITULO I.

OPERADORES DEL JUEGO DE LOTERÍA TRADICIONAL.

-- Juego Lotería 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:

Descripción	Periodicidad	Plazo
Informe de Ventas y Sorteos	Por cada sorteo (60)	7 días calendario, siguientes a la realización del sorteo.
Premios pagados en el mes	Mensual (1-12)	10 primeros días de cada mes.
Resultado de los Sorteos	Por cada sorteo (60)	Dentro de la hora siguiente a la realización del sorteo.
Reporte de Billetes vendidos	Por cada sorteo (60)	Treinta (30) minutos antes del sorteo del primer premio.
Informe de Transferencias	Mensual (1-12)	10 primeros días de cada mes.
Estados financieros	Trimestral (40 – 41-42 – 43) y Anual (80)	10 días calendario siguientes al corte de cada trimestre y 15 primeros días calendario del mes de febrero de cada año.
Contrato de concesión de Apuestas Permanentes	Cada vez que se suscriba un nuevo contrato	10 días después de firmado el contrato.

TITULO IV.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

CAPITULO I.

DISPOSICIONES COMUNES.

1.3. Sistema de Información para la Calidad

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.

2. Sistema de Referencia y Contrarreferencia

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, la 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.

3. Atención inicial de Urgencias

El Decreto 412 de 1992 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 por 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 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 y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.
3. Atención de urgencia. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.
4. Servicio de urgencia. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.
5. Red de urgencias. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución 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 coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información, comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.

El artículo 4o del citado Decreto 412 de 1992 determina que las responsabilidades institucionales derivadas de la prestación de atención inicial de urgencia estarán enmarcadas por los servicios que se presten, acorde 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 hasta 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, al 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-científica 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 a cargo de la entidad que inicialmente atiende el paciente con un cuadro patológico de urgencias, consiste en 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 postergar la práctica de un procedimiento sin poner en riesgo la seguridad del paciente, responsabilidad en últimas del 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 cubierto por dicha entidad.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, la cual deberá cumplir con lo previsto en el párrafo 1o del artículo [44](#) de la Ley 1122 de 2007. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte.

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

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

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

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 encuentre afiliado el paciente.

Una vez prestado el servicio obligatorio de Atención Inicial de Urgencias, la entidad de salud podrá optar 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 Estado 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 o 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 Régimen 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 atienda 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 este las afilie al Régimen Subsidiado.

4. Dotación y Mantenimiento Hospitalario

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 21 del Decreto 1018 de 2007, este Despacho presenta en esta Circular, el marco legal, la justificación y la necesidad del plan de mantenimiento en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Se incluyen 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.

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 con la Nación y con las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales.

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 al adicionarse 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 1993.

Para dar cumplimiento al parágrafo 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 legal y/o del Revisor Fiscal de cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción, 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 terminado el treinta y uno (31) de diciembre 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, 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 deberá 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 de estos haga la Dirección de Salud.

Por lo anterior se solicita que las Direcciones de Salud adelanten la programación de visitas e informen a este despacho sobre las mismas.

6. Sistema de Referencia y Contrarreferencia

De conformidad con lo 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 firmado por los responsables de los servicios donde se registre: el nombre del usuario, el número de la historia clínica, la 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.

CAPITULO II.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PRIVADA.

2. Instituciones obligadas a reportar

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.

8. Especificaciones Técnicas

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.

9. Plazo

La información solicitada 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, la fecha límite será el día hábil siguiente.

10. Cumplimiento de las instrucciones y veracidad de la información suministrada

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.

12. Mantenimiento Hospitalario

Eliminado.

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.

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”.

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.

El Decreto 139 de 1996, establece en el artículo 4o, numerales 7, 9 y 10, y el artículo 7o, las funciones para los Gerentes de Empresas Sociales del Estado y Directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público así:

“Artículo 4o. 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 del 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 por 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 General de Seguridad Social en Salud, garantizando tanto la eficiencia social como económica de la entidad, así como la competitividad de la institución.

10. Organizar el sistema contable y de costos de los servicios y propender por la eficiencia

utilización del recurso financiero.

Artículo 7o. De las funciones. Son funciones del Gerente de Empresas Social del Estado y de Director de Institución Prestadora de servicios de Salud Pública del segundo y tercer nivel de atención además de las definidas en el artículo 4o de este Decreto, las siguientes...”.

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.

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.

Por lo anterior, 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.

2. 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, deudores, acreedores, facturación, presupuesto de ingresos, presupuesto de egresos, personal, mantenimiento hospitalario.

4. Plazo

La información general y 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.

4. Mantenimiento Hospitalario

Eliminado.

TITULO V.

ENTIDADES TERRITORIALES.

1. Aspectos financieros

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 su 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 nacionales cedidas o transferidas con destinación específica para salud, los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan esta destinación, los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud, y en general los destinados a 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 recursos 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, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública colectiva o en prestación de servicios de salud en lo no 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 a tasas comerciales aceptables, el incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo [20](#) 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 relativo a 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 10 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo [617](#) del Estatuto Tributario;”.

El artículo 1o 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 Sector 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 y personas, que intervienen en la generación, el recaudo, presupuestación, giro, administración, custodia o protección y aplicación de los recursos, deberán cumplir sus obligaciones, en forma tal que no se afecte el derecho de ninguno de los actores a recibir el

pronto pago de los servicios a su cargo y fundamentalmente a 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 Hernando Herrera Vergara, donde se señaló: “debe existir un mecanismo legal, como el consagrado en el precepto demandado, que lo autorice a reducir o aplazar las apropiaciones presupuestales, prohibiendo o sometiendo a condiciones especiales la asunción de nuevos compromisos y obligaciones, ya que la ejecución de un presupuesto desequilibrado atentaría contra la coherencia macroeconómica”.

De otra parte, es importante recordar que los pagos a las instituciones prestadoras de servicios de salud se 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 del Fondo de Salud.

2. Interventoría

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 y 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

Estar informado sobre los trámites administrativos que debe realizar el contratista desde el momento en que 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, y las dependencias 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 relacionarse en los informes administrativos de progreso.

2.2. Aspectos Financieros

El interventor debe tener conocimiento sobre el manejo presupuestal del contrato (disponibilidad, reserva presupuestal, etc.).

2.3. Aspectos Técnicos

El interventor debe tener conocimientos respecto a la forma de preparación y presentación de informes, revisión y aprobación de los documentos e informes técnicos.

2.4. Aspectos Legales

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 tema. En consecuencia, 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, es por ello que los documentos escritos mediante los cuales el interventor registra su actuación y hace constar el cumplimiento efectivo de sus funciones, constituyen la prueba de los comentarios, observaciones, críticas y 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 de ejercerla con eficiencia en procura del adecuado manejo de los recursos financieros públicos destinados a los programas sociales en salud de la comunidad colombiana.

3. Liquidación Contratos

Por la naturaleza de los recursos comprometidos en los contratos de administración de 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 1998 y la Circular 009 de 1999 del entonces Ministerio de Salud, así como lo mencionó el Ministerio de la 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 debe 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 en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y sus usuarios.

4. Envío de la información

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 muy 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 se 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 una firma digital por parte del representante legal o de quien él delegue.

5. Fechas de envío de la información

Los municipios deberán enviar a la Dirección Departamental de Salud la información de acuerdo con los cortes especificados y 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 prórroga para su presentación.

7. Facultades de la entidad territorial en la atención en salud

7.1. Inspección, Vigilancia y Control

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 el sector 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 procesos administrativos y pondrán en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud la aplicación de las acciones a que hubo lugar.

7.2. Sistema Unico de Habilitación

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:

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 los 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 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, en la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en 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 firmados 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.

7.3. Tecnología Biomédica

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.

7.4. Red de Prestadores

De conformidad con las competencias otorgadas a las Direcciones Territoriales de Salud, en los artículos [43](#) y [55](#) de la Ley 715 de 2001, específicamente las funciones relacionadas con la dirección y prestación de los servicios de salud y de salud pública en el ámbito departamental o distrital, así como lo definido en el 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, la 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 intersectorial, 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.

7.5. Sistema de Referencia y Contrarreferencia

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 9o; literal ll) del artículo 11, y el literal l) del artículo 12 de la Ley 10 de 1990 literal d), y registrar las entidades de salud de su jurisdicción, elaborar y actualizar cada seis (6) 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 y mixtas con los servicios ofrecidos y lo difundirán a todas las instituciones hospitalarias. Garantizarán 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 de 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 1997 determinan y aplicará las sanciones a que haya lugar de conformidad con lo establecido en el artículo 49 de la Ley 10 de 1990.

7.6. Mantenimiento Hospitalario

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, científicas, 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 de Salud Prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los Municipios y a las entidades e instituciones que presten el servicio de salud en el territorio de su jurisdicción. Esta asistencia técnica y/o administrativa se prestará, entre otros aspectos, para la elaboración de los planes de mantenimiento hospitalario.

Para dar cumplimiento al parágrafo 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 legal y/o del Revisor Fiscal de cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción, 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 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 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.

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, o uno que elabore 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.

7.7. Atención de Urgencias

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 promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades que administran regímenes de salud especiales y de excepción y a los prestadores de servicios de salud, corresponde a las direcciones territoriales de salud, regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población afectada por emergencias o desastres en su área de influencia. El Ministerio de la Protección Social establecerá las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y Desastres, CRUE.

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 de la Ley 10 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 de Salud 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 la 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 de Salud para la aplicación de las acciones a que hubiere lugar. Para este efecto, las Direcciones de Salud disponen de 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.

8. Focalización de los subsidios en salud

La Ley 1122 en su artículo [37](#) establece, como uno de los Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y 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 del gasto social 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 auxilios 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 número 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 se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables. Para esto, el 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

individual 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 Programas 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 a la aplicación de la metodología utilizada en el territorio municipal en la encuesta Sisbén, correspondiente a lo 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 única 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 el 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 base de datos. Existencia de un computador para el manejo de la base de datos del Régimen Subsidiado en 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 reportes 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 elementos e 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 visitas 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 realizan los potenciales beneficiarios o las organizaciones comunitarias.
6. Procesos de consolidación de la formación.	Actas y reportes de actividades de trabajo sobre consolidación de la información.
7. La administración de las bases de programas sociales.	Documentos de reporte de las entidades encargadas de la identificación con instrumentos diferentes al Sisbén de las 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.
8. Ejercer la coordinación a nivel departamental.	Actas y reportes de actividades de trabajo sobre coordinación departamental.

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. Régimen Subsidiado. Ministerio de la Protección Social.

TITULO VI.

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA, FOSYGA.

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 (smlmv) y 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.

TITULO VII.

PROTECCION A LOS USUARIOS Y LA PARTICIPACION CIUDADANA.

CAPITULO I.

PROTECCIÓN AL USUARIO.

La Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de lo señalado en la Ley [100](#) de 1993, la Ley [1122](#) de 2007, el 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, insta a los actores del Sistema General 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 actuará 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 fijar los criterios y señalar los 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

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. 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. 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. Capacitar en forma permanente sobre el tema de trato digno a aquellos funcionarios encargados y responsables de la atención a los usuarios.

2.1. Oficina de Atención al Usuario

De igual forma, las entidades deberán tener una ventanilla preferencial para la atención de las personas mayores de 62 años, de acuerdo con lo establecido en la Ley [1171](#) de 2007. Asimismo, se deben adoptar medidas especiales para la atención de personas discapacitadas.

Corresponde a cada entidad de salud, facilitar a la Oficina de Atención al Usuario, los medios idóneos y tecnológicos para que se asista y atienda al usuario con prontitud, agilidad, eficiencia y eficacia.

Es deber y obligación del funcionario responsable de la Oficina de Atención al Usuario, atenderlo, orientarlo y si es del caso acompañar 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 relación con el diligenciamiento del formato debe tenerse en cuenta:

4. La casilla de semanas cotizadas necesariamente debe diligenciarse incluyendo todas las semanas de cotización al Sistema, independiente de las que lleve cotizando a la entidad en la que se encuentra actualmente.

2.2. Trámite de Peticiones

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 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.

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 efectúe esta Entidad, suministrar la información pertinente a través de la cual se pondere la materialidad y frecuencia de las peticiones.

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

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, 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.

CAPITULO II.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

2. De las modalidades de la participación

2.1. Participación en salud

Por su parte la participación institucional es la interacción de los usuarios con los servidores de la salud 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.

TITULO IX.

MEDIDAS ESPECIALES.

CAPITULO I.

MARCO LEGAL DE LAS ACCIONES Y MEDIDAS ESPECIALES.

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, 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/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 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 del mismo, 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 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 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 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 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 - 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.

CAPITULO II.

INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA PARA ADMINISTRAR.

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 se 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 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) calendario posteriores a la posesión del cargo del estado de la entidad en Intervención Forzosa Administrativa para Administrar, en que incluya las observaciones y recomendaciones sobre aspectos relacionados con la situación administrativa, financiera, jurídica, laboral y técnico-científica. En este mismo informe, debe 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 (1) 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 número 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. 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 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.

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 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 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 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.

1.2.2. 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 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 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, 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 el 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 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 anual 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, 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 52 del Decreto 2211 de 2004; adjuntando los estados financieros con corte a la culminación del proceso en 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) calendario posteriores a la posesión del cargo, del estado en que incluya las observaciones y recomendaciones sobre aspectos relacionados con la situación administrativa, financiera, jurídica y laboral, de la entidad en Intervención Forzosa Administrativa para Liquidar. En este mismo informe, debe presentar el plan de 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. Cuando el Contralor y/o Revisor Fiscal se separe del cargo por cualquier causa, deberá presentar un (1) 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 número 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.

CAPITULO IV.

INTERVENCIÓN TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA.

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, y a 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 se 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, debe 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 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 Salud – Delegada para Medidas Especiales, deben validarse, certificarse y dictaminarse con su firma y número 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 Sigüientes 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.

CAPITULO V.

LIQUIDACIÓN VOLUNTARIA (SUPRESIÓN Y LIQUIDACIÓN).

El Agente Liquidador de la entidad sometida a Liquidación Voluntaria, Pública y Privada, o entidades 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 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.

1.2.2. 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 tributarios.

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, 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 el 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 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 anual 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, 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 52 del Decreto 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 y laboral, de la entidad en proceso de Liquidación Voluntaria (Supresión y Liquidación). Igualmente debe 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 número 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.

TITULO XI.

ANEXOS TECNICOS.

En el presente título se encuentran consignados las estructuras y los contenidos de los archivos que cada tipo de entidad debe 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 a la información de afiliados que reporta el Fondo de Solidaridad y Garantía, la cual debe ser allegada en medio magnético con observancia de los plazos establecidos para tal fin.

Para facilidad en la consulta del presente título, a continuación se relaciona la tabla de contenido de los capítulos por tipo de entidad es:

CAPITULO REVISORES FISCALES.

CAPITULO EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y ENTIDADES ADAPTADAS AL SISTEMA

CAPITULO EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA

CAPITULO SERVICIO DE AMBULANCIAS PREPAGADA

CAPITULO REGIMENES DE EXCEPCION Y ESPECIALES

CAPITULO GENERADORES DE RECURSOS

CAPITULO INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

CAPITULO ENTIDADES TERRITORIALES

CAPITULO FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA

CAPITULO NEGACION DE SERVICIOS

CAPITULO COMPAÑÍAS DE SEGUROS AUTORIZADAS PARA OPERAR EL RAMO DE SOAT

CAPITULO INDUMIL

CAPITULO CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR QUE NO ADMINISTRAN REGIMEN SUBSIDIADO

CAPITULO MEDIDAS ESPECIALES

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 la información.

<Anexos técnicos no incluidos en esta edición. Favor consultar el PDF del Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008, en la Carpeta "ANEXOS" o directamente en la página de la Imprenta Nacional www.imprenta.gov.co>



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
Normograma de la Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones
ISSN 2256-1633
Última actualización: 5 de julio de 2020

