

ARTÍCULO 2.3.2.4.14. PAGO DE LOS VALORES NO RECONOCIDOS POR LAS ENTIDADES TERRITORIALES. En el evento en que los valores no reconocidos por las entidades territoriales y reclamados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en virtud del artículo [2.3.2.4.4](#) se hayan aclarado, reconocido y conciliado por la entidad territorial con posterioridad a la vigencia del mencionado decreto, podrán ser pagadas con los recursos de las cuentas maestras del régimen subsidiado. En el evento en que el municipio y/o distrito no cuente con recursos en su cuenta, podrán ser reportadas al Ministerio de Salud y Protección Social como deudas reconocidas y no pagadas. Para el pago de estas deudas concurrirán los recursos a que hace referencia la Ley [1450](#) de 2011, los artículos [2.7.9.1.1.3](#) a [2.7.9.1.1.6](#) del Decreto Único 1068 de 2015, reglamentario del Sector Hacienda, y los del artículo 5o de la Ley 1608 de 2013, siempre que los municipios tengan las condiciones para acceder a estos últimos, así como los recursos propios que puedan destinar las entidades territoriales.

Todos los recursos se girarán directamente a los prestadores de servicios de salud.

(Artículo 8o del Decreto 58 de 2015)



ARTÍCULO 2.3.2.4.15. REPORTE DE PAGO DE DEUDAS CON RECURSOS DE CUENTA MAESTRA. Las entidades territoriales del orden municipal o distrital reportarán al departamento correspondiente, dentro de los quince (15) días siguientes al 14 de enero de 2015, las deudas reconocidas y pagadas con recursos de cuentas maestras en el marco de los artículos [2.3.2.4.1](#) a [2.3.2.4.6](#) del presente decreto.

El departamento, consolidará y remitirá el reporte dentro de los diez (10) hábiles siguientes al vencimiento del plazo establecido en el inciso anterior, al Ministerio de Salud y Protección Social.

Las EPS del Régimen Subsidiado, reportarán dentro de los quince (15) días hábiles siguientes al 14 de enero de 2015, al Ministerio de Salud y Protección Social las deudas reconocidas y pagadas con recursos de cuenta maestra.

(Artículo 9o del Decreto 58 de 2015)



ARTÍCULO 2.3.2.4.16. SANEAMIENTO CONTABLE. Las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, una vez recibidos los pagos o giros, deberán reflejar en su contabilidad las cuentas por cobrar y pagar debidamente conciliadas y depuradas, de acuerdo con los procedimientos contables definidos en las normas vigentes aplicables a cada entidad, de lo cual informarán a la Superintendencia Nacional de Salud.

(Artículo 10 del Decreto 58 de 2015)

Concordancias

Ley 1797 de 2016; Art. [9](#)



ARTÍCULO 2.3.2.4.17. NO REPORTE E INCONSISTENCIAS EN LA INFORMACIÓN. En el evento de detectarse incumplimiento en el reporte o inconsistencias en la información, se procederá conforme a lo previsto en el artículo [116](#) de la Ley 1438 de 2011 y el artículo [2.3.2.4.6](#)

del presente decreto.

(Artículo 11 del Decreto 58 de 2015)



ARTÍCULO 2.3.2.4.18. ADOPCIÓN DE FORMATOS. Para la aplicación de las disposiciones contenidas en el presente Capítulo, el Ministerio de Salud y Protección Social, expedirá los formatos e instrucciones de reporte de información en un término no mayor a diez (10) días hábiles, contados a partir del 14 de enero de 2015.

(Artículo 12 del Decreto 58 de 2015)

## CAPÍTULO 5.

### DESTINACIÓN, USO Y VIGILANCIA DE LAS RENTAS OBTENIDAS EN EJERCICIO DEL MONOPOLIO DE LICORES.



ARTÍCULO 2.3.2.5.1. DESTINACIÓN PREFERENTE DE LAS RENTAS OBTENIDAS EN EL EJERCICIO DEL MONOPOLIO DE LICORES. La destinación preferente de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores exige su aplicación por lo menos en el 51% a la financiación de los servicios de salud y educación.

Teniendo en cuenta que la celebración y ejecución de acuerdos de reestructuración de pasivos constituye un proyecto regional de inversión prioritario, de conformidad con lo previsto en el artículo [58](#) de la Ley 550 de 1999, los departamentos que hayan suscrito acuerdos de esta naturaleza, darán cumplimiento a lo previsto en el presente Capítulo sin desconocer los pasivos propios del acuerdo de reestructuración durante la vigencia del mismo.

No obstante, deberán destinar a la financiación de los servicios de salud y educación, los recursos que no deben aplicar al cumplimiento de los pasivos propios del acuerdo hasta alcanzar el porcentaje previsto en este Capítulo.

Idéntica consideración aplica a los departamentos que hayan suscrito convenios de desempeño con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en virtud de la Ley 358 de 1997 y que en observancia de dichos convenios estén obligados a cancelar determinados pasivos.

(Artículo 1o del Decreto 4692 de 2005)

#### Notas del Editor

- En criterio del editor para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta la expedición de la Ley 1816 de 2016, 'por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 50.092 de 19 de diciembre de 2016, Ver en particular el artículo 16.

- Artículo también compilado en el artículo [2.2.1.8.5](#) del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria, publicado en el Diario Oficial No. 50.023 de 11 de octubre de 2016.



ARTÍCULO 2.3.2.5.2. UTILIZACIÓN EN SALUD DE LAS RENTAS OBTENIDAS EN EL

EJERCICIO DEL MONOPOLIO DE LICORES. Las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, destinadas a la financiación de los servicios de salud además de lo dispuesto en la Constitución y la ley podrán ejecutarse en los siguientes conceptos de gasto:

- a) Subsidios a la demanda;
- b) Prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda;
- c) Implementación y aplicación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC);
- d) Implementación y aplicación de programas de mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población infantil y del adulto mayor;
- e) Saneamiento ambiental, saneamiento básico y agua potable;
- f) Pasivo pensional y prestacional del sector salud, incluyendo los convenios de concurrencia suscritos entre el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, los departamentos y las entidades hospitalarias;
- g) Gastos relacionados con los convenios de desempeño en el programa de rediseño, organización y modernización de la red pública hospitalaria;
- h) Inversión en programas de Vivienda de Interés Social en las áreas priorizadas en el Plan de Desarrollo, siempre y cuando el departamento haya alcanzado cobertura universal en seguridad social en salud en el Régimen Subsidiado para la población de los niveles I y II del Sisbén y una cobertura superior al 90% de la población total afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo en este porcentaje a los afiliados al Régimen Contributivo, además, deben acreditar el cumplimiento de los indicadores de Salud Pública Colectiva en un porcentaje que supere el promedio nacional, conforme con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, el cual certificará el cumplimiento de las condiciones aquí establecidas

(Artículo 2o del Decreto 4692 de 2005, literal h) adicionado por el artículo 1o del Decreto 4665 de 2006)

#### Notas del Editor

- En criterio del editor para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta la expedición de la Ley 1816 de 2016, 'por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 50.092 de 19 de diciembre de 2016, Ver en particular el artículo 16.

- Artículo también compilado en el artículo [2.2.1.8.6](#) del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria, publicado en el Diario Oficial No. 50.023 de 11 de octubre de 2016.



ARTÍCULO 2.3.2.5.3. UTILIZACIÓN EN EDUCACIÓN DE LAS RENTAS OBTENIDAS EN EL EJERCICIO DEL MONOPOLIO DE LICORES. Las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, destinadas a la financiación de los servicios de educación además de lo dispuesto en la Constitución y la ley podrán ejecutarse en los siguientes conceptos de gasto:

- a) Adquisición de lotes para establecimientos educativos estatales de preescolar, básica y media;
- b) Construcción, adecuación y mantenimiento de la infraestructura física de establecimientos educativos estatales de preescolar, básica y media;
- c) Dotación de establecimientos educativos estatales de preescolar, básica y media;
- d) Contratación de la prestación del servicio educativo en los términos establecidos en el inciso 3o del artículo [27](#) de la Ley 715 de 2001;
- e) Gastos de funcionamiento, excluidos los gastos de personal, de los establecimientos educativos estatales de preescolar, básica y media;
- f) Cofinanciación de proyectos de inversión en educación preescolar, básica y media;
- g) Transporte escolar;
- h) Alimentación escolar;
- i) Cofinanciación de la evaluación de logros en los términos del artículo [6o](#), numeral 6.2.14 de la Ley 715 de 2001;
- j) Ascensos en el escalafón docente;
- k) Deudas laborales con el personal del sector educativo de preescolar, básica y media;
- l) Pasivo pensional y prestacional del sector de educación preescolar, básica y media;
- m) Proyectos de inversión en recreación, deporte, cultura, ciencia o tecnología, siempre y cuando estén articulados con el sector de educación preescolar, básica, media, técnica o universitaria y beneficien directamente a la población estudiantil;
- n) Atención educativa para poblaciones vulnerables;
- o) Proyectos de inversión en educación superior.

(Artículo 3o del Decreto 4692 de 2005)

#### Notas del Editor

- En criterio del editor para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta la expedición de la Ley 1816 de 2016, 'por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 50.092 de 19 de diciembre de 2016, Ver en particular el artículo 16.

- Artículo también compilado en el artículo [2.2.1.8.7](#) del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria, publicado en el Diario Oficial No. 50.023 de 11 de octubre de 2016.



**ARTÍCULO 2.3.2.5.4. UTILIZACIÓN DE LAS RENTAS OBTENIDAS EN EL EJERCICIO DEL MONOPOLIO DE LICORES.** Las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, destinadas a la financiación de los servicios de salud y educación, podrán ejecutarse en los

conceptos de gasto relacionados en los artículos [2.3.2.5.2](#) y [2.3.2.5.3](#) del presente decreto, siempre y cuando estén incluidos dentro de los planes departamentales de desarrollo o la política sectorial a cargo de los ministerios.

Lo anterior, de acuerdo con los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad en el ejercicio de las competencias atribuidas a los distintos niveles territoriales, privilegiando los gastos relacionados con subsidios a la demanda y prestación de servicios a la población pobre no cubierta con estos.

(Artículo 4o del Decreto 4692 de 2005)

#### Notas del Editor

- En criterio del editor para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta la expedición de la Ley 1816 de 2016, 'por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 50.092 de 19 de diciembre de 2016, Ver en particular el artículo 16.
- Artículo también compilado en el artículo [2.2.1.8.8](#) del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria, publicado en el Diario Oficial No. 50.023 de 11 de octubre de 2016.



**ARTÍCULO 2.3.2.5.5. UTILIZACIÓN DE LAS RENTAS OBTENIDAS EN EL EJERCICIO DEL MONOPOLIO DE LICORES UNA VEZ CUBIERTAS LAS NECESIDADES EN SALUD Y EDUCACIÓN.** Aquellos departamentos cuyas necesidades en salud y educación estén cubiertas en su totalidad, de acuerdo con la información que suministre para el efecto el Departamento Nacional de Planeación (DNP), podrán destinar rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores a atender otras áreas de necesidades básicas insatisfechas.

(Artículo 5o del Decreto 4692 de 2005)

#### Notas del Editor

- En criterio del editor para la interpretación de este artículo debe tenerse en cuenta la expedición de la Ley 1816 de 2016, 'por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados, se modifica el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y se dictan otras disposiciones', publicada en el Diario Oficial No. 50.092 de 19 de diciembre de 2016, Ver en particular el artículo 16.
- Artículo también compilado en el artículo [2.2.1.8.9](#) del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria, publicado en el Diario Oficial No. 50.023 de 11 de octubre de 2016.



**ARTÍCULO 2.3.2.5.6. VIGILANCIA DE LA DESTINACIÓN EFECTIVA DE LAS RENTAS OBTENIDAS EN EL EJERCICIO DEL MONOPOLIO DE LICORES.** El Gobernador o su delegado, deberá informar al Ministerio de Educación Nacional, Dirección de Descentralización y a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la aprobación del presupuesto del departamento, los montos incorporados en aquel, con destino a la financiación de los servicios de salud y educación, discriminando por cada

rubro específico de gasto, la fuente de financiación, de manera que se pueda identificar la aplicación efectiva de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio, al igual que los demás recursos que se destinan a salud y educación.

Igualmente, deberán informar dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes al cierre de la respectiva vigencia fiscal, los montos efectivamente ejecutados por dicho concepto discriminados en los términos del inciso anterior.

PARÁGRAFO. La Superintendencia Nacional de Salud exigirá la suscripción de planes de desempeño por parte de los departamentos para garantizar en la vigencia fiscal de 2006, la efectiva destinación de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores de conformidad con el presente Capítulo. Lo anterior sin perjuicio de las acciones que en virtud de sus funciones de inspección, vigilancia y control le corresponde adelantar.

(Artículo 6o del Decreto 4692 de 2005)

Notas del Editor

- Artículo también compilado en el artículo [2.2.1.8.10](#) del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria, publicado en el Diario Oficial No. 50.023 de 11 de octubre de 2016.

PARTE 4.

SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES.

Notas de Vigencia

- Parte modificada por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.
- Parte modificada parcialmente por el artículo 1 del Decreto 762 de 2017, 'por medio del cual se sustituyen los artículos [2.4.5](#) al [2.4.14](#) del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, y se derogan los numerales 1 y 3 y los párrafos 1o y 2o del artículo [2.2.5.1.1](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional', publicado en el Diario Oficial No. 50.231 de 12 de mayo de 2017.

Legislación Anterior

Texto original del Decreto 780 de 2016, modificado parcialmente por el Decreto 762 de 2017:

PARTE 4.

ATENCIÓN A POBLACIÓN NO ASEGURADA.

**ARTÍCULO 2.4.1. DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES PARA SALUD Y EDUCACIÓN.** Con el propósito de mejorar la eficiencia y la equidad en la asignación de los recursos del SGP para salud y educación mediante la disponibilidad y verificación de la información necesaria, el Departamento Nacional de Planeación (DNP), podrá realizar distribuciones parciales de estos recursos durante la vigencia fiscal atendiendo los criterios de la Ley [715](#) de 2001.

La distribución definitiva se efectuará previa evaluación y verificación de la información por parte de las entidades responsables de su certificación.

Estas distribuciones serán aprobadas por el Conpes para la Política Social y los giros mensuales correspondientes se programarán y ajustarán con base en dichas distribuciones.

(Artículo 1o del Decreto 177 de 2004)

**ARTÍCULO 2.4.2. DISTRIBUCIÓN DEL COMPONENTE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.** Para la distribución del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Sistema General de Participaciones para Salud, una vez determinado el per cápita promedio departamental y distrital por dicha fuente, la distribución de los recursos por municipio se realizará de acuerdo con lo previsto en el artículo [49](#) de la Ley 715 de 2001. Para el efecto, la población pobre no asegurada será aquella definida como tal por el Conpes Social.

(Artículo 3o del Decreto 177 de 2004)

**ARTÍCULO 2.4.3. DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE.** La población pobre por atender de cada distrito, municipio o corregimiento departamental será determinada con base en la metodología que defina el Conpes Social y la información de las bases de datos del Sisbén y de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud. Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social y el DNP deberán intercambiar la información de las bases de datos y realizar los cruces de información necesarios a más tardar el 31 de octubre de cada año. Para el caso de las distribuciones definitivas esto deberá realizarse con anterioridad al plazo definido para tal fin por el Conpes Social.

**PARÁGRAFO.** Si al efectuar la distribución definitiva del Sistema General de Participaciones para Salud, existen municipios que no hayan suministrado al DNP la información correspondiente al Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes, la población no asegurada, para efectos del cálculo del valor per cápita promedio departamental y distrital y para la distribución municipal del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, será determinada, para estos municipios, de acuerdo con el menor valor de la tipología a que correspondan, la cual será definida por el Conpes Social.

(Artículo 4o del Decreto 177 de 2004)

**ARTÍCULO 2.4.4. APLICACIÓN DEL FACTOR DE AJUSTE.** La aplicación del factor de ajuste a que hace referencia el inciso 2o del artículo [49](#) de la Ley 715 de 2001, ponderará los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, considerando tanto el nivel de complejidad como los de garantizar su prestación.

(Artículo 1o del Decreto 1061 de 2006)

ARTÍCULO 2.4.5. OBJETO. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 762 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Reglamentar los criterios, el procedimiento y las variables de distribución y asignación de los recursos de la participación de salud del Sistema General de Participaciones (SGP), en el componente prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta.

ARTÍCULO 2.4.6. DEFINICIONES. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 762 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Adóptense las siguientes definiciones:

1. Accesibilidad. Es el promedio departamental del Índice de ruralidad asignado a cada entidad territorial. Para el efecto el Departamento Nacional de Planeación (DNP) fijará dicho índice con base en la información a la que hacen referencia los incisos 1o y 2o del artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015.
2. Ajuste a la distribución por frecuencia de uso de los servicios de salud. Es un ajuste en la asignación de recursos que se reconoce a las entidades territoriales competentes de financiar las prestaciones de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC. El Ministerio de Salud y Protección Social certificará al Departamento Nacional de Planeación un factor de ajuste por grupos de departamentos y distritos contruidos a partir de la información de uso y gasto de los servicios de salud, así mismo certificará el número de prestaciones por departamentos y distritos, de acuerdo con los registros administrativos disponibles.
3. Dispersión geográfica. Es el resultado de dividir la extensión en kilómetros cuadrados de cada distrito o municipio entre la población del mismo. Para efectos de este indicador, el Departamento Nacional de Planeación utilizará la información de extensión de Departamentos certificada por el IGAC y la población certificada por el DANE.
4. Entidades territoriales competentes. Son las entidades territoriales que en el marco de los artículos [43](#) y [45](#) y el parágrafo del artículo [44](#) de la Ley 715 de 2001, tienen a cargo las competencias de prestación de los servicios de salud.
5. Entidades territoriales con características especiales. Serán los departamentos definidos en el literal I) del artículo [14](#) de la Ley 1122 de 2007 y aquellos departamentos que por estar ubicados en zonas alejadas o de difícil acceso y que sean monopolio público de servicios trazadores no sostenibles por venta de servicios prestados por Empresas Sociales del Estado (ESE) o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que gestionen la infraestructura pública de propiedad de la entidad territorial, certificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
6. Municipios y distritos certificados en salud. Corresponde a los municipios o distritos que han asumido las competencias en prestación de servicios de salud, en los términos previstos en los parágrafos de los artículos [44](#) y [45](#) de la Ley 715 de 2001. También están incluidas las entidades territoriales que se hayan certificado conforme a los artículos [2.5.4.1.1](#) a [2.5.4.1.11](#), [2.5.4.2.1](#) a [2.5.4.2.6](#) de Decreto 780 de 2016 y que en el caso de los municipios continúen en dicha condición, conforme a la evaluación prevista en los artículos [2.5.4.3.1](#) a [2.5.4.3.6](#) del Decreto 780 de 2016. Lo anterior, según lo certifique el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a la última información disponible.
7. Población pobre y vulnerable. Es la población objetivo del régimen subsidiado; esto es, la afiliada al régimen subsidiado junto con la población pobre no asegurada, certificada por el

Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a la última información disponible.

8. Subsidios a la oferta. Son los recursos que tienen como finalidad contribuir a financiar la prestación de servicios en entidades territoriales que cuenten con mayor dispersión geográfica, menor accesibilidad o con monopolio en la oferta de servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios prestados por las Empresas Sociales del Estado (ESE) o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que gestionen la infraestructura pública de propiedad de la entidad territorial.

ARTÍCULO 2.4.7 DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DE LA PARTICIPACIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 762 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Los recursos de la participación de salud del Sistema General de Participaciones destinados a la prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta corresponden al resultado de descontar, de los recursos destinados para salud, los requeridos para la financiación del Régimen Subsidiado, que corresponderán al ochenta por ciento (80%), y los destinados para financiar las acciones de salud pública, que corresponderán al diez por ciento (10%).

ARTÍCULO 2.4.8 PRELACIÓN PARA LA DISTRIBUCIÓN. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 762 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Los recursos para la prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta, serán distribuidos en tres subcomponentes, con la siguiente prelación:

1. Subcomponente 1. Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet).
2. Subcomponente 2. Subsidios a la oferta.
3. Subcomponente 3. Prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

PARÁGRAFO 1o. El porcentaje destinado para el subcomponente 1 será certificado al DNP por el Ministerio de Salud y Protección Social. El DNP distribuirá los subcomponentes 2 y 3 considerando el monto de los aportes patronales a reconocer dentro del subcomponente 2.

PARÁGRAFO 2o. Para efectos de beneficiarse de la reducción de precios y/o costos en medicamentos e insumos que logre el Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, los departamentos y distritos podrán destinar recursos de la asignación territorial de la prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta, para realizar convenios con el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del artículo [71](#) de la ley 1753 de 2015 con el objeto de cubrir las obligaciones en el marco de dichos convenios, las entidades territoriales deberán autorizar descuentos directos de la asignación que les corresponda.

ARTÍCULO 2.4.9 RECURSOS DEL FONDO DE SALVAMENTO Y GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD (FONSAET). <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 762 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> El Ministerio de Salud y Protección Social certificará anualmente al DNP el porcentaje destinado a la financiación del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), conforme a lo previsto en el artículo [50](#) de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7o de la Ley 1608 de 2013.

ARTÍCULO 2.4.10. DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS PARA LOS SUBSIDIOS A LA OFERTA. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 762 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Los recursos para subsidios a la oferta serán distribuidos entre las entidades territoriales a través de dos bolsas:

- a) Una destinada a financiar un porcentaje de los aportes patronales que se venían financiando con recursos del Sistema General de Participaciones.
- b) Otra destinada a facilitar la operación, acceso y atención en salud a la población en los departamentos definidos en el numeral 5 del artículo [2.4.6](#) del presente decreto.

Los recursos correspondientes al literal a) se distribuirán entre departamentos, municipios y distritos certificados, de acuerdo al monto y porcentaje a reconocer de los aportes patronales de la vigencia inmediatamente anterior que certifique el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los recursos a los que hace referencia al literal b) se distribuirán por dispersión geográfica y accesibilidad, de acuerdo a los porcentajes que defina el DNP. Para efectos de aplicar estos criterios, el monto de recursos disponible se multiplicará por la proporción de los indicadores definidos en los numerales 1 y 3 del artículo [2.4.6](#) del presente decreto.

PARÁGRAFO 1o. Para la ejecución de los recursos de subsidio a la oferta de que trata este artículo, las Entidades Territoriales y las Empresas Sociales del Estado (ESE) deberán fijar metas de producción de servicios y de gestión financiera, las cuales podrán ser concordantes con los servicios habilitados y los siguientes lineamientos: a) la producción de servicios de salud prestados a la atención de la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidio a la demanda tomando como referencia al menos las tres vigencias anteriores; b) El recaudo corriente, respecto de lo registrado en las tres últimas vigencias; c) la gestión de cartera, respecto de lo registrado en las tres últimas vigencias; y d) el saneamiento de cartera, respecto de lo registrado en las últimas tres vigencias.

Las metas de producción a que hace referencia el literal a) del presente parágrafo no estarán sujetas al reconocimiento contra facturación. El reconocimiento y pago de los servicios adicionales se hará teniendo en cuenta lo acordado entre la Entidad Territorial y la ESE. Las metas definidas por las entidades territoriales con base a los lineamientos del presente parágrafo se deben consignar en un documento debidamente firmado por las partes.

Al cierre de la vigencia fiscal, los recursos que no hayan sido reconocidos en el marco de lo establecido en el presente parágrafo, deberán ser aplicados como subsidio a la oferta a las Empresas Sociales del Estado beneficiarias de la asignación realizada en el presente artículo; para tal efecto, las Entidades Territoriales y las ESE, deberán efectuar los ajustes presupuestales y contables requeridos en el marco de la normativa vigente. Lo anterior sin perjuicio de lo establecido del artículo [3o](#) de la Ley 1797 de 2016.

PARÁGRAFO 2o. El departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se incluirá en la distribución del literal b) del presente artículo. Para efectos del cálculo de dispersión geográfica y accesibilidad se aplicará el promedio que corresponda a las entidades territoriales cuyos índices de dispersión geográfica y accesibilidad se encuentren por encima del promedio nacional.

PARÁGRAFO 3o. El monto destinado para la bolsa prevista en el literal b) del presente

artículo será certificado al DNP por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTÍCULO 2.4.11. DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA.** <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 762 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Los recursos se distribuirán en dos bolsas, así:

1. Financiación de la población pobre y vulnerable, y
2. Por ajuste a la distribución por frecuencia de uso de servicios.

**PARÁGRAFO.** El Ministerio de Salud y Protección Social certificará al Departamento Nacional de Planeación el porcentaje de los recursos que se destinarán para la bolsa definida en el numeral 2 del presente artículo, y lo restante que se destinará para la bolsa 1.

**ARTÍCULO 2.4.12. DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS DE ACUERDO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE.** <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 762 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> El monto de recursos a que hace referencia el presente artículo se distribuirá de acuerdo a la población pobre y vulnerable definida en el numeral 7 del artículo [2.4.6](#) del presente decreto. Estos recursos se distribuirán aplicando la participación de la población pobre y vulnerable de cada distrito y departamento, frente al total nacional.

**PARÁGRAFO.** Los recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable serán girados directamente a los distritos certificados y departamentos, conforme a la asignación efectuada en el presente artículo.

**ARTÍCULO 2.4.13. DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS POR AJUSTE A LA DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.** <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 762 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Los recursos a que hace referencia el presente artículo se distribuirán entre los departamentos y distritos de cada uno de los grupos descritos en el numeral 2 del artículo [2.4.6](#), para lo cual se tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

- a) El porcentaje del factor de ajuste certificado por el MSPS para cada grupo de departamentos o distritos se multiplicará por los recursos disponibles para este componente, obteniendo el monto para cada grupo.
- b) Se calcula al interior de cada grupo la participación, en porcentaje, de las prestaciones de servicios de salud en cada departamento o distrito entre el total de prestaciones en dicho grupo.
- c) Finalmente, el valor porcentual obtenido en el literal b) del presente artículo se multiplica por los recursos obtenidos en el literal a) del presente artículo.

**ARTÍCULO 2.4.14. CERTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN.** <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 762 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos de la distribución de la participación de salud del Sistema General de Participaciones para prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación

del subsidio a la oferta, el Ministerio de Salud y Protección Social y el DNP certificarán la información requerida en el presente decreto, a más tardar el quince (15) de enero del año en el cual se efectúa la distribución”.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Para el año 2017 la certificación prevista en este artículo se efectuará a más tardar a los cinco (5) días hábiles a partir de la expedición del presente decreto.

ARTÍCULO 2.4.15. PRESENTACIÓN DE PLANES FINANCIEROS DE SALUD. Los departamentos y distritos elaborarán y presentarán los planes financieros de que tratan las Leyes [1393](#) de 2010 y [1438](#) de 2011, en los términos y con la metodología que definan el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichos planes deberán involucrar la totalidad de los recursos sectoriales, la progresiva ampliación de la cobertura de aseguramiento y el componente de subsidio a la oferta, incluyendo los aportes patronales y los recursos propios o de rentas cedidas destinados a: subsidiar la oferta, la demanda a través del aseguramiento, el reconocimiento de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado y la salud pública.

(Artículo 11 del Decreto 196 de 2013)

ARTÍCULO 2.4.16. COORDINACIÓN DE ACCIONES. El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales articularán las acciones tendientes al logro de la cobertura universal en el Régimen Subsidiado, la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado, conforme con sus responsabilidades, fuentes de financiación y competencias.

PARÁGRAFO. Las entidades territoriales reportarán con base en la metodología, términos y criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la información requerida, relacionada con la prestación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud prestados a la población afiliada al Régimen Subsidiado y la ejecución de recursos destinados al subsidio de oferta.

(Artículo 12 del Decreto 196 de 2013)

ARTÍCULO 2.4.17. OBJETO. Los siguientes artículos tienen por objeto determinar el uso de los recursos establecidos en los artículos [6o](#) y [8o](#) de la Ley 1393 de 2010, recaudados a partir de la fecha de entrada en vigencia de dicha ley, y hasta el 31 de diciembre de 2010, y de los saldos de liquidación resultantes de la liquidación de los contratos suscritos para garantizar el aseguramiento de la población durante el período comprendido entre el 1o de octubre de 2009 y el 31 de marzo de 2011.

(Artículo 1o del Decreto 1124 de 2011)

ARTÍCULO 2.4.18. UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DESTINADOS PARA LA SALUD EN LOS ARTÍCULOS 6o Y 8o DE LA LEY 1393 DE 2010. Los recursos recaudados por los departamentos y distritos en virtud de los artículos [6o](#) y [8o](#) de la Ley 1393 de 2010 a partir de la fecha de su vigencia y hasta el 31 de diciembre de 2010, serán utilizados por las entidades territoriales para la financiación de los servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, incluyendo la atención a la

población pobre no asegurada.

(Artículo 2o del Decreto 1124 de 2011)

**ARTÍCULO 2.4.19. UTILIZACIÓN DE SALDOS DE LIQUIDACIÓN DE LOS CONTRATOS PARA EL ASEGURAMIENTO EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.** Los saldos a favor de las entidades territoriales, resultantes de la liquidación de los contratos suscritos para garantizar el aseguramiento de la población durante el período comprendido entre el 1o de octubre de 2009 y el 31 de marzo de 2011, serán girados por los municipios al departamento al que pertenece. Estos recursos serán utilizados por los departamentos y distritos, de acuerdo con su competencia, para la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.

(Artículo 3o del Decreto 1124 de 2011)

**ARTÍCULO 2.4.20. CUOTAS DE RECUPERACIÓN.** Son los dineros que debe pagar el usuario directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en los siguientes casos:

1. Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación.
2. La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel dos del Sisbén pagará un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.
3. Para la población identificada en el nivel 3 de Sisbén pagará hasta un máximo del 30% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento.
4. Para las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POS, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral 2 del presente artículo.
5. La población con capacidad de pago pagará tarifa plena.

El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas SOAT vigentes.

(Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995)

**ARTÍCULO 2.4.21. CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO.** A la población en situación de desplazamiento no le aplicará el cobro de cuotas de recuperación.

(Artículo 3o del Decreto 4877 de 2007)

Texto original del Decreto 780 de 2016:

PARTE 4.

ATENCIÓN A POBLACIÓN NO ASEGURADA.

**ARTÍCULO 2.4.1. DISTRIBUCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES**

PARA SALUD Y EDUCACIÓN. Con el propósito de mejorar la eficiencia y la equidad en la asignación de los recursos del SGP para salud y educación mediante la disponibilidad y verificación de la información necesaria, el Departamento Nacional de Planeación (DNP), podrá realizar distribuciones parciales de estos recursos durante la vigencia fiscal atendiendo los criterios de la Ley [715](#) de 2001.

La distribución definitiva se efectuará previa evaluación y verificación de la información por parte de las entidades responsables de su certificación.

Estas distribuciones serán aprobadas por el Conpes para la Política Social y los giros mensuales correspondientes se programarán y ajustarán con base en dichas distribuciones.

(Artículo 1o del Decreto 177 de 2004)

ARTÍCULO 2.4.2. DISTRIBUCIÓN DEL COMPONENTE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS. Para la distribución del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Sistema General de Participaciones para Salud, una vez determinado el per cápita promedio departamental y distrital por dicha fuente, la distribución de los recursos por municipio se realizará de acuerdo con lo previsto en el artículo [49](#) de la Ley 715 de 2001. Para el efecto, la población pobre no asegurada será aquella definida como tal por el Conpes Social.

(Artículo 3o del Decreto 177 de 2004)

ARTÍCULO 2.4.3. DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE. La población pobre por atender de cada distrito, municipio o corregimiento departamental será determinada con base en la metodología que defina el Conpes Social y la información de las bases de datos del Sisbén y de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud. Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social y el DNP deberán intercambiar la información de las bases de datos y realizar los cruces de información necesarios a más tardar el 31 de octubre de cada año. Para el caso de las distribuciones definitivas esto deberá realizarse con anterioridad al plazo definido para tal fin por el Conpes Social.

PARÁGRAFO. Si al efectuar la distribución definitiva del Sistema General de Participaciones para Salud, existen municipios que no hayan suministrado al DNP la información correspondiente al Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes, la población no asegurada, para efectos del cálculo del valor per cápita promedio departamental y distrital y para la distribución municipal del componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, será determinada, para estos municipios, de acuerdo con el menor valor de la tipología a que correspondan, la cual será definida por el Conpes Social.

(Artículo 4o del Decreto 177 de 2004)

ARTÍCULO 2.4.4. APLICACIÓN DEL FACTOR DE AJUSTE. La aplicación del factor de ajuste a que hace referencia el inciso 2o del artículo [49](#) de la Ley 715 de 2001, ponderará los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, considerando tanto el nivel de complejidad como los de garantizar su prestación.

(Artículo 1o del Decreto 1061 de 2006)

ARTÍCULO 2.4.5. La presente Parte tiene por objeto fijar el procedimiento y los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, en el componente de prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que involucra la población pobre no asegurada y los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado.

(Artículo 1o del Decreto 196 de 2013)

ARTÍCULO 2.4.6. Para efectos la presente Parte, adóptense las siguientes definiciones:

1. Factor de dispersión poblacional. Es el factor que determinará anualmente el Conpes Social, con base en el resultado de dividir la extensión en kilómetros cuadrados de cada distrito o municipio, entre la población urbana y rural del mismo. El ajuste se hará a favor de los municipios cuyo indicador esté por encima del promedio nacional.

Al Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se le aplicará el mayor factor de dispersión que corresponda a las entidades cuya dispersión esté por encima del promedio nacional.

2. Factor no POS. En virtud de la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se entenderán como servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, aquellos que sean requeridos con necesidad, conforme al criterio del médico tratante de la Entidad Promotora de Salud o por orden judicial, y que en todo caso no estén considerados en el artículo [154](#) de la Ley 1450 de 2011 como prestaciones no financiadas por el sistema, por la población afiliada al Régimen Subsidiado. El factor no POS será determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación de conformidad con lo señalado en el inciso 6o del artículo [66](#) de la Ley 715 de 2001.

3. Población de áreas no municipalizadas. Corresponde a la población ubicada en las áreas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, que no hacen parte de ningún municipio. Dicha población hará parte del cálculo de los recursos de que trata la presente Parte y dichos recursos serán administrados por el departamento correspondiente.

4. Población Pobre No Asegurada (PPNA). Es aquella población urbana y rural de cada distrito, municipio o área no municipalizada, identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios, y las poblaciones especiales registradas en los listados censales que no se encuentran afiliadas al Régimen Subsidiado.

La población pobre no asegurada para los efectos de los cálculos de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud, componente de prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, será la del año anterior a aquel para el cual se realiza la distribución. El Ministerio de Salud y Protección Social certificará al Departamento Nacional de Planeación la población pobre no asegurada en los términos y condiciones previstos en las normas vigentes, e igualmente, comunicará la metodología y los datos que sirvieron de base para el cálculo de dicha población.

(Artículo 2o del Decreto 196 de 2013)

ARTÍCULO 2.4.7. RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES PARA LA FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA. De conformidad con lo previsto en el artículo [214](#) de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo [44](#) de la Ley 1438 de 2011, en su numeral 1, los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud destinados a la financiación de la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, corresponderán al resultado de descontar de los recursos destinados para salud, los requeridos para la financiación del Régimen Subsidiado y cuya participación incrementará hasta máximo el ochenta por ciento (80%) en el año 2015, de acuerdo con el plan de transformación, y los destinados para financiar las acciones de salud pública, que corresponderán al diez por ciento (10%).

(Artículo 3o del Decreto 196 de 2013)

ARTÍCULO 2.4.8. PROCEDIMIENTO PARA LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES PARA LA FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA. Para el efecto, se determinará en primera instancia la proporción de los recursos que se destinará a cada uno de los subcomponentes de que trata el siguiente artículo y en segundo término, se realizará la distribución y asignación territorial de cada uno de los subcomponentes mencionados, cuando aplique.

(Artículo 4o del Decreto 196 de 2013)

ARTÍCULO 2.4.9. PROCEDIMIENTO PARA EL CÁLCULO DE LOS SUBCOMPONENTES.

1. Subcomponente 1. Fondo de Garantías para el Sector Salud (Fonsaet). El Ministerio de Salud y Protección Social certificará anualmente al Departamento Nacional de Planeación, el monto destinado a la financiación del Fondo de Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), conforme a lo previsto en el artículo [50](#) de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7o de la Ley 1608 de 2013.

Para la vigencia 2013, el porcentaje que se destinará a la financiación del Fondo de Garantías para el sector Salud (Fonsaet), corresponderá al seis por ciento (6%).

2. Subcomponente 2. Compensación. Con el fin de evitar una afectación en la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se podrá destinar hasta un diez por ciento (10%) de los recursos a distribuir, para compensar las reducciones en los recursos asignados a cada entidad territorial frente a la vigencia anterior, según corresponda. El Conpes Social determinará el porcentaje destinado a la compensación.

Con el fin de facilitar la operatividad, el acceso y la atención en salud a la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada, Vaupés y San Andrés, Providencia y Santa Catalina, el Conpes Social determinará un monto que se destinará para realizar una compensación de los recursos de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Sistema General de Participaciones para Salud en estos territorios, el cual se distribuirá de conformidad con los criterios que dicho Conpes defina.

3. Subcomponente 3. Población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. El

monto de este subcomponente es el resultado de descontar los montos de los numerales 1 y 2 del presente artículo del componente de prestación de servicios. Este subcomponente se distribuirá en dos bolsas: una para la población pobre no asegurada y otra para los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado.

(Artículo 5o del Decreto 196 de 2013, numeral 2 modificado por el artículo 1o del Decreto 158 de 2014)

**ARTÍCULO 2.4.10. DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA.** El monto de recursos para distribuir entre las entidades territoriales por este concepto, será el resultado de multiplicar los recursos disponibles, determinados de conformidad con lo previsto en el numeral 3 del artículo [2.4.9](#) del presente decreto, por el factor resultante de dividir la población pobre no asegurada, ajustada por el factor de dispersión poblacional entre el total nacional de esta población, ajustada por el factor de dispersión poblacional más la totalidad de los afiliados al Régimen Subsidiado, ajustados por el factor no POS-S, así:

Recursos PPNA =

(Recursos SGP PS – FONSAET – Compensación) \*

[(PPNA \* dispersión poblacional)/

((PPNA \* dispersión poblacional) + (afiliados régimen subsidiado \* factor no POS-S))]

La distribución territorial de los recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada, se realizará por municipio, distrito y área no municipalizada, teniendo en cuenta la participación de la población pobre no asegurada, ajustada por el factor de dispersión poblacional de cada entidad territorial, frente al total nacional de la población pobre no asegurada, ajustada por el factor de dispersión poblacional.

La asignación entre departamentos, municipios y distritos se hará con base en el porcentaje que para el efecto defina anualmente el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual deberá considerar tanto el nivel de complejidad de los servicios que deben ser financiados, así como los responsables de garantizar su prestación.

La asignación para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada de los municipios certificados, será girada directamente a Estos por la Nación. Para los demás municipios, el respectivo departamento será el responsable de prestar los servicios de salud y administrar los recursos correspondientes.

**PARÁGRAFO TRANSITORIO.** Para efectos de la asignación a que refiere el inciso tercero del presente artículo, en la vigencia 2013 se utilizarán los valores 59% y 41% para el departamento y municipio respectivamente, conforme a la asignación de las vigencias anteriores.

(Artículo 6o del Decreto 196 de 2013)

**ARTÍCULO 2.4.11. DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD**

REQUERIDOS POR LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO. Los recursos a distribuir por este concepto entre las entidades territoriales, serán los resultantes de descontar los recursos destinados a la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada previstos en el artículo [2.4.10](#) del presente decreto, de aquellos destinados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda definidos en el numeral 3 del artículo [2.4.9](#) de este decreto.

La distribución y asignación de los recursos para la prestación de servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado, se realizará por distrito y departamento, teniendo en cuenta la participación de la población afiliada al Régimen Subsidiado ajustada por el factor no POS-S de cada entidad territorial, frente al total nacional de dicha población.

(Artículo 7o del Decreto 196 de 2013)

ARTÍCULO 2.4.12. APORTES PATRONALES. De los recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada, forman parte los recursos girados sin situación de fondos por concepto de APORTES PATRONALES.

Si la totalidad de los recursos asignados a cada entidad territorial, a que refiere el artículo [2.4.10](#) del presente decreto, es menor que el valor de los aportes patronales, se reconocerá dentro de esta asignación el valor del aporte patronal. No obstante, si los aportes patronales son menores, se asignará el valor calculado. En todo caso, la asignación entre departamentos, municipios y distritos de que trata el artículo [2.4.10](#) del presente decreto, se hará sobre los recursos que excedan los aportes patronales. Los aportes patronales para efectos de la distribución no podrán crecer por encima de la inflación causada en el respectivo período. Estos recursos se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos.

De acuerdo con el numeral 1 del artículo 3o de la Ley 1608 de 2013, durante las vigencias en que los aportes patronales se consideren subsidio a la oferta, no habrá lugar a exigencia de reconocimiento de servicios contra dichos recursos. Las entidades territoriales monitorearán la ejecución de estos recursos y exigirán como mínimo de las Empresas Sociales del Estado, el cumplimiento de metas de producción de servicios y gestión financiera de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO 1o. Cuando por efecto de la reducción de los costos laborales se reduzcan los requerimientos de recursos para los aportes patronales, los excedentes se destinarán a la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada o a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, en la respectiva entidad territorial.

PARÁGRAFO 2o. Cuando en la asignación de aportes patronales a las entidades territoriales se evidencie que se asignó un mayor valor por errores de estimación u otros no justificados, este mayor valor se redistribuirá por el Conpes Social a las demás entidades territoriales, de acuerdo con lo definido en el artículo [2.4.11](#) del presente decreto.

(Artículo 8o del Decreto 196 de 2013)

ARTÍCULO 2.4.13. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DE COMPENSACIÓN. Los recursos de la compensación previstos en el inciso primero del numeral 2 del artículo [2.4.9](#) del presente decreto, se distribuirán entre los municipios, distritos y departamentos que tengan actualizada la última base certificada nacional del Sistema de Identificación de

Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales – Sisbén y que hayan obtenido en la vigencia para la cual se realiza la asignación, un monto inferior al asignado en la vigencia inmediatamente anterior.

La compensación se distribuirá y asignará de manera proporcional, aplicando al monto a ser compensado, la sumatoria de las disminuciones en los recursos, que se presenten en las entidades territoriales.

Para el efecto, las variaciones se calcularán sobre las asignaciones resultantes de la aplicación de los criterios de distribución de la vigencia anterior a la cual se realiza la asignación.

(Artículo 9o del Decreto 196 de 2013)

**ARTÍCULO 2.4.14. UTILIZACIÓN DE RECURSOS DEL FONDO DE GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD (FONSAET).** Los recursos del Fondo de Garantías para el sector Salud (Fonsaet), serán utilizados para los fines dispuestos en el artículo [50](#) de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 7o de la Ley 1608 de 2013, de conformidad con las normas del Estatuto Orgánico de Presupuesto.

(Artículo 10 del Decreto 196 de 2013)

**ARTÍCULO 2.4.15. PRESENTACIÓN DE PLANES FINANCIEROS DE SALUD.** Los departamentos y distritos elaborarán y presentarán los planes financieros de que tratan las Leyes [1393](#) de 2010 y [1438](#) de 2011, en los términos y con la metodología que definan el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichos planes deberán involucrar la totalidad de los recursos sectoriales, la progresiva ampliación de la cobertura de aseguramiento y el componente de subsidio a la oferta, incluyendo los aportes patronales y los recursos propios o de rentas cedidas destinados a: subsidiar la oferta, la demanda a través del aseguramiento, el reconocimiento de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado y la salud pública.

(Artículo 11 del Decreto 196 de 2013)

**ARTÍCULO 2.4.16. COORDINACIÓN DE ACCIONES.** El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales articularán las acciones tendientes al logro de la cobertura universal en el Régimen Subsidiado, la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado, conforme con sus responsabilidades, fuentes de financiación y competencias.

**PARÁGRAFO.** Las entidades territoriales reportarán con base en la metodología, términos y criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la información requerida, relacionada con la prestación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud prestados a la población afiliada al Régimen Subsidiado y la ejecución de recursos destinados al subsidio de oferta.

(Artículo 12 del Decreto 196 de 2013)

**ARTÍCULO 2.4.17. OBJETO.** Los siguientes artículos tienen por objeto determinar el uso de los recursos establecidos en los artículos [6o](#) y [8o](#) de la Ley 1393 de 2010, recaudados a partir

de la fecha de entrada en vigencia de dicha ley, y hasta el 31 de diciembre de 2010, y de los saldos de liquidación resultantes de la liquidación de los contratos suscritos para garantizar el aseguramiento de la población durante el período comprendido entre el 1o de octubre de 2009 y el 31 de marzo de 2011.

(Artículo 1o del Decreto 1124 de 2011)

**ARTÍCULO 2.4.18. UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DESTINADOS PARA LA SALUD EN LOS ARTÍCULOS 6o Y 8o DE LA LEY 1393 DE 2010.** Los recursos recaudados por los departamentos y distritos en virtud de los artículos 6o y 8o de la Ley 1393 de 2010 a partir de la fecha de su vigencia y hasta el 31 de diciembre de 2010, serán utilizados por las entidades territoriales para la financiación de los servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, incluyendo la atención a la población pobre no asegurada.

(Artículo 2o del Decreto 1124 de 2011)

**ARTÍCULO 2.4.19. UTILIZACIÓN DE SALDOS DE LIQUIDACIÓN DE LOS CONTRATOS PARA EL ASEGURAMIENTO EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.** Los saldos a favor de las entidades territoriales, resultantes de la liquidación de los contratos suscritos para garantizar el aseguramiento de la población durante el período comprendido entre el 1o de octubre de 2009 y el 31 de marzo de 2011, serán girados por los municipios al departamento al que pertenece. Estos recursos serán utilizados por los departamentos y distritos, de acuerdo con su competencia, para la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.

(Artículo 3o del Decreto 1124 de 2011)

**ARTÍCULO 2.4.20. CUOTAS DE RECUPERACIÓN.** Son los dineros que debe pagar el usuario directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en los siguientes casos:

1. Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación.
2. La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel dos del Sisbén pagará un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.
3. Para la población identificada en el nivel 3 de Sisbén pagará hasta un máximo del 30% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento.
4. Para las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POS, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral 2 del presente artículo.
5. La población con capacidad de pago pagará tarifa plena.

El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas SOAT vigentes.

(Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995)

ARTÍCULO 2.4.21. CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO. A la población en situación de desplazamiento no le aplicará el cobro de cuotas de recuperación.

(Artículo 3o del Decreto 4877 de 2007).

## TÍTULO 1.

### DISPOSICIONES GENERALES.



ARTÍCULO 2.4.1.1. OBJETO. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2278 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> La presente Parte tiene por objeto reglamentar los criterios, procedimientos, variables de distribución y asignación, y el uso de los recursos de la participación de salud del Sistema General de Participaciones (SGP), en cada uno de los componentes y subcomponentes.

#### Notas de Vigencia

- Parte subrogada por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.

#### Legislación Anterior

<Consultar el texto original de esta Parte y sus modificaciones antes del Decreto 268 de 2020 en 'Legislación Anterior' bajo el epígrafe de la [Parte 4](#)>

ARTÍCULO 2.4.1.2. CAMPO DE APLICACIÓN. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2278 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> Las disposiciones contenidas en la presente parte se aplican a las entidades territoriales del orden municipal, distrital y departamental y demás entidades responsables de la distribución, presupuestación, administración y aplicación de los recursos del SGP que garantice el acceso efectivo de la población a los servicios de salud y otros aspectos relacionados con el manejo de recursos del SGP.

#### Notas de Vigencia

- Parte subrogada por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.

#### Legislación Anterior

<Consultar el texto original de esta Parte y sus modificaciones antes del Decreto 268 de 2020 en 'Legislación Anterior' bajo el epígrafe de la [Parte 4](#)>



ARTÍCULO 2.4.1.3. DEFINICIONES. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2278 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> Con base en lo establecido en los artículos [47](#), [48](#) y [52](#) de la Ley 715 de 2001, modificados por los artículos [233](#), [234](#) y [235](#), respectivamente de la Ley 1955 de 2019, y para efectos de lo previsto en la presente parte, adóptense las siguientes definiciones:

Densidad poblacional. Es el resultado de dividir la extensión en kilómetros cuadrados de cada municipio y distrito del país y de las áreas no municipalizadas de los departamentos del Amazonas, Guainía y Vaupés, entre la población que tengan en la vigencia fiscal en la que se distribuye.

Distritos. Corresponde a los distritos de Bogotá, D. C., Santa Marta, Barranquilla y Cartagena, y los creados con posterioridad a la expedición de la Ley [715](#) de 2001 que se hayan certificado en salud conforme a lo determinado en los artículos [2.5.4.2.1](#) a [2.5.4.2.6](#), del presente decreto.

Eficiencia administrativa. Es el cumplimiento en metas prioritarias de salud pública, medidas por indicadores trazadores, por cada municipio y distrito del país y área no municipalizada de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, de acuerdo con las metas fijadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Infraestructura pública administrada por terceros. Es aquella infraestructura equipada o destinada para la prestación de servicios de salud, cuya propiedad es de una entidad territorial pero que la entrega en administración a un tercero, quien la habilita para la prestación de servicios de salud en el territorio.

Instituciones públicas. Se entienden como instituciones públicas a las Empresas Sociales del Estado (ESE).

Monopolio en servicios trazadores no sostenibles por venta de servicios. Son instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, o infraestructura pública entregada en administración a un tercero, que en la zona de influencia sean las únicas oferentes de alguno o todos los servicios trazadores definidos en el artículo [2.5.3.8.3.1.2](#) del presente decreto.

Municipios certificados. Corresponde a los municipios que han asumido las competencias en prestación de servicios de salud, en los términos previstos en el artículo [44](#) de la Ley 715 de 2001 y se encuentran certificados en salud de acuerdo con lo definido en los artículos [2.5.4.1.1](#) a [2.5.4.1.11](#) del presente decreto y que continúen en dicha condición, conforme a la evaluación prevista en los artículos [2.5.4.3.1](#) a [2.5.4.3.6](#) ibídem. Lo anterior, según la certificación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a la última información disponible.

Población pobre afiliada al Régimen Subsidiado. La población pobre afiliada al Régimen Subsidiado será aquella determinada por el Ministerio de Salud y Protección Social, por cada municipio y distrito del país y áreas no municipalizadas de los departamentos del Amazonas, Guainía y Vaupés. Lo anterior conforme a la metodología que el mencionado Ministerio defina.

Población. Corresponde a la proyección de la población de la vigencia fiscal en la que se distribuyen los recursos del SGP, definida por el Departamento Administrativo Nacional de

Estadística (DANE), para cada departamento, municipio y distrito del país y área no municipalizada de los departamentos del Amazonas, Guainía y Vaupés.

Población en riesgo de malaria. Es la población en riesgo de contraer malaria certificada por el Ministerio de Salud y Protección Social, por cada municipio, distrito del país y áreas no municipalizadas de los departamentos del Amazonas, Guainía y Vaupés.

Población susceptible de ser vacunada. Es la población objetivo susceptible para la aplicación de la dosis de refuerzo de triple viral, según el esquema de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones, de cada municipio, distrito y de las áreas no municipalizadas en los departamentos del Amazonas, Guainía y Vaupés, definida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Porcentaje de pobreza. Corresponde a la participación del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), o el indicador que lo sustituya, determinado por el DANE, de cada municipio y distrito del país y áreas no municipalizadas de los departamentos del Amazonas, Guainía y Vaupés, entre el total del NBI del país.

Ruralidad. Es el índice de Ruralidad de la vigencia fiscal en la que se distribuyen los recursos del SGP, determinado para cada departamento, municipio y distrito del país y área no municipalizada de los departamentos del Amazonas, Guainía y Vaupés, definido por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) con base en la información a la que hacen referencia los incisos 1 y 2 del artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015.

Subsidios a la oferta. Son los recursos asignados para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías efectuadas por instituciones públicas o la infraestructura pública administrada por terceros, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sea monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios.

Zonas alejadas o de difícil acceso. Son las zonas rurales y con población dispersa.

#### Notas de Vigencia

- Parte subrogada por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.

#### Legislación Anterior

- <Consultar el texto original de esta Parte y sus modificaciones antes del Decreto 268 de 2020 en 'Legislación Anterior' bajo el epígrafe de la [Parte 4](#)>

## TÍTULO 2.

### DISTRIBUCIÓN Y USO DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES EN SALUD.

ARTÍCULO 2.4.2.1. SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2278 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> Los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud están constituidos por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos [356](#) y [357](#) de la Constitución Política a las entidades territoriales, en los términos del artículo [10](#) de la Ley 715 de 2001, para la financiación de los servicios cuya competencia se les asigna en la citada ley, y que en salud se dividen en dos componentes:

1. De aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado.
2. De salud pública y subsidio a la oferta, que a su vez se divide en dos subcomponentes:
  - 2.1. Acciones de salud pública.
  - 2.2. Subsidio a la oferta.

#### Notas de Vigencia

- Parte subrogada por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.

#### Legislación Anterior

- <Consultar el texto original de esta Parte y sus modificaciones antes del Decreto 268 de 2020 en 'Legislación Anterior' bajo el epígrafe de la [Parte 4](#)>

ARTÍCULO 2.4.2.2. <ELIMINADO> RECURSOS DE LA PARTICIPACIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. <Artículo eliminado por el artículo 1 del Decreto 292 de 2020>

#### Notas de Vigencia

- Artículo eliminado con la corrección establecida por el artículo 1 del Decreto 292 de 2020, 'por el cual se corrige un error formal del Decreto 268 de 2020', publicado en el Diario Oficial No. 51.240 de 27 de febrero 2020.
- Parte subrogada por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.

#### Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 268 de 2020:

ARTÍCULO 2.4.2.2 RECURSOS DE LA PARTICIPACIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. De conformidad con lo previsto en el artículo [47](#) de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo [233](#) de la Ley 1955 de 2019, los recursos del SGP en salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:

1. De aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado.
2. De salud pública y subsidio a la oferta, que a su vez se divide en dos subcomponentes:
  - 2.1. Acciones de salud pública.
  - 2.2. Subsidio a la oferta.

<Consultar el texto original de esta Parte y sus modificaciones antes del Decreto 268 de 2020 en 'Legislación Anterior' bajo el epígrafe de la [Parte 4](#)>

ARTÍCULO 2.4.2.2. RECURSOS DE LA PARTICIPACIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2278 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> De conformidad con lo previsto en el artículo [47](#) de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo [233](#) de la Ley 1955 de 2019, los recursos del SGP en salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:

1. En un 87% para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado.
2. En un 13% para el componente de salud pública y subsidio a la oferta, que se divide así:
  - 2.1. En 10% para el subcomponente de salud pública.
  - 2.2. En 3% para el subcomponente de subsidio a la oferta.

#### Notas de Vigencia

- Parte subrogada por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.

#### Legislación Anterior

<Consultar el texto original de esta Parte y sus modificaciones antes del Decreto 268 de 2020 en 'Legislación Anterior' bajo el epígrafe de la [Parte 4](#)>

ARTÍCULO 2.4.2.3. DISTRIBUCIÓN DEL COMPONENTE DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO, DE LOS RECURSOS DE LA PARTICIPACIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES.

<Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2278 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> Los recursos de este componente se dividirán por el total de la población pobre afiliada al régimen subsidiado en el país en la vigencia fiscal anterior, con el fin de estimar un per cápita nacional. El valor per cápita resultante se multiplicará por la población pobre afiliada al régimen subsidiado en cada entidad territorial.

El resultado será la cuantía que corresponderá a cada distrito y municipio del país y áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés, los cuales serán asignados sin situación de fondos.

La población pobre afiliada para los efectos del presente cálculo será la certificada por el Ministerio de Salud y Protección Social con corte a 30 de noviembre del año inmediatamente anterior al cual se realiza la distribución inicial del SGP.

#### Notas de Vigencia

- Parte subrogada por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.

#### Legislación Anterior

- <Consultar el texto original de esta Parte y sus modificaciones antes del Decreto 268 de 2020 en 'Legislación Anterior' bajo el epígrafe de la [Parte 4](#)>

**ARTÍCULO 2.4.2.4. CRITERIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SUBCOMPONENTE DE ACCIONES DE SALUD PÚBLICA, DE LOS RECURSOS DE LA PARTICIPACIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES.** <Artículo corregido por el artículo 2 del Decreto 292 de 2020. El nuevo texto es el siguiente:> Del total de recursos del subcomponente de salud pública se distribuirá entre los departamentos, municipios y distritos del país y las áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Un 68% por población. El monto de recursos para este criterio se distribuirá así:

b) <sic, a)> En un 60% por población total. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de la población de cada municipio, distrito o área no municipalizada en el total nacional.

c) <sic, b)> En un 8% por población en riesgo de malaria. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de la población en riesgo de malaria de cada municipio, distrito o área no municipalizada en el total nacional en riesgo de malaria, de acuerdo con la información certificada por el Ministerio de Salud y Protección Social con corte a 30 de noviembre del año inmediatamente anterior al que se distribuyen los recursos.

2. Un 5% por ruralidad. La distribución se realizará considerando el monto de recursos

determinado para este criterio, multiplicado por la proporción del índice de ruralidad de cada municipio, distrito o área no municipalizada en el total nacional.

3. Un 15% por porcentaje de pobreza. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por el porcentaje de pobreza referido en el artículo 2.4.1.3. del presente decreto.

4. Un 5% por densidad poblacional. Los recursos se distribuirán teniendo en cuenta el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de densidad en los términos definidos en el artículo 2.4.1.3. del presente decreto. Los recursos serán distribuidos entre aquellos municipios, distritos o áreas no municipalizadas con una densidad poblacional superior al promedio nacional.

5. Un 7% por eficiencia administrativa. Los recursos se distribuirán entre los municipios, distritos o áreas no municipalizadas que cumplan con las metas fijadas anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social. Conforme a lo anterior, la distribución de eficiencia administrativa se realizará de la siguiente forma:

5.1 En un 3%. Porcentaje de cumplimiento de vacunación con dosis de refuerzo de triple viral, según esquema de vacunación, con corte a 30 de noviembre del año inmediatamente anterior a aquel para el cual se efectúa la distribución inicial del SGP. Para las entidades que cumplan las metas, se distribuirá el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de la cobertura útil de la población definida en el artículo 2.4.1.3. del presente decreto.

5.2 En un 4%. Porcentaje de recursos comprometidos del subcomponente de salud pública del SGP reportado en el Formulario Único Territorial (FUT) o el formato que haga sus veces, frente al total de los recursos asignados en la vigencia inmediatamente anterior a la que se distribuye, con corte al tercer trimestre. Para las entidades que cumplan la meta, se distribuirá el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de los recursos comprometidos de la entidad territorial frente al total comprometido en el país, de acuerdo con la información certificada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Una vez evaluados los criterios, la distribución de la totalidad de los recursos destinados a este subcomponente, se asignarán en los términos del numeral 52.1 del artículo [52](#) de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo [235](#) de la Ley 1955 de 2019, así:

1. Departamentos: Recibirán un 45% para financiar las acciones de salud pública de su competencia, la operación y mantenimiento de los laboratorios de salud pública, así como el 100% de los asignados a las áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés.

2. Los municipios y distritos: Recibirán el 55% de los recursos asignados a este subcomponente, con excepción del Distrito Capital que recibirá el 100%.

**PARÁGRAFO.** Los municipios del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se incluirán en la distribución del presente artículo. Para efectos del cálculo de densidad poblacional y ruralidad se aplicará el promedio que corresponda a las entidades territoriales cuyos índices de densidad y ruralidad se encuentren por encima del promedio nacional.

Notas de Vigencia

- Artículo corregido por el artículo 2 del Decreto 292 de 2020, 'por el cual se corrige un error formal del Decreto 268 de 2020', publicado en el Diario Oficial No. 51.240 de 27 de febrero 2020.

- Parte subrogada por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.

## Legislación Anterior

Texto modificado por el Decreto 268 de 2020:

2.4.2.4 <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2278 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> Del total de recursos del subcomponente de salud pública se distribuirá entre los departamentos, municipios y distritos del país y las áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Un 68% por población. El monto de recursos para este criterio se distribuirá así:

a) En un 60% por población total. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción

3. Un 15% por porcentaje de pobreza. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por el porcentaje de pobreza referido en el artículo [2.4.1.3](#) del presente decreto.

4. Un 5% por densidad poblacional. Los recursos se distribuirán teniendo en cuenta el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de densidad en los términos definidos en el artículo [2.4.1.3](#) del presente decreto. Los recursos serán distribuidos entre aquellos municipios, distritos o áreas no municipalizadas con una densidad poblacional superior al promedio nacional.

5. Un 7% por eficiencia administrativa. Los recursos se distribuirán entre los municipios, distritos o áreas no municipalizadas que cumplan con las metas fijadas anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social. Conforme a lo anterior, la distribución de eficiencia administrativa se realizará de la siguiente forma:

5.1 En un 3%. Porcentaje de cumplimiento de vacunación con dosis de refuerzo de triple viral, según esquema de vacunación, con corte a 30 de noviembre del año inmediatamente anterior a aquel para el cual se efectúa la distribución inicial del SGP. Para las entidades que cumplan las metas, se distribuirá el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de la cobertura útil de la población definida en el artículo [2.4.1.3](#) del presente decreto.

5.2 En un 4%. Porcentaje de recursos comprometidos del subcomponente de salud pública del SGP reportado en el Formulario Único Territorial (FUT) o el formato que haga sus veces, frente al total de los recursos asignados en la vigencia inmediatamente anterior a la que se

distribuye, con corte al tercer trimestre. Para las entidades que cumplan la meta, se distribuirá el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de los recursos comprometidos de la entidad territorial frente al total comprometido en el país, de acuerdo con la información certificada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Una vez evaluados los criterios, la distribución de la totalidad de los recursos destinados a este subcomponente, se asignarán en los términos del numeral 52.1 del artículo [52](#) de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo [235](#) de la Ley 1955 de 2019, así:

1. Departamentos: Recibirán un 45% para financiar las acciones de salud pública de su competencia, la operación y mantenimiento de los laboratorios de salud pública, así como el 100% de los asignados a las áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés.

2. Los municipios y distritos: Recibirán el 55% de los recursos asignados a este subcomponente, con excepción del Distrito Capital que recibirá el 100%.

PARÁGRAFO. Los municipios del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se incluirán en la distribución del presente artículo. Para efectos del cálculo de densidad poblacional y ruralidad se aplicará el promedio que corresponda a las entidades territoriales cuyos índices de densidad y ruralidad se encuentren por encima del promedio nacional.

<Consultar el texto original de esta Parte y sus modificaciones antes del Decreto 268 de 2020 en 'Legislación Anterior' bajo el epígrafe de la [Parte 4](#)>

ARTÍCULO 2.4.2.5. RECURSOS NO COMPROMETIDOS DEL SUBCOMPONENTE DE SALUD PÚBLICA. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2278 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> Conforme con lo establecido por el artículo [47](#) de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo [233](#) de la Ley 1955 de 2019, al final de la vigencia fiscal, los recursos no comprometidos del SGP del subcomponente de salud pública, deberán ser utilizados en la cofinanciación de los programas de interés en salud pública de que trata el numeral 13 del artículo [42](#) de la Ley 715 de 2001 o la norma que lo modifique o sustituya.

#### Notas de Vigencia

- Parte subrogada por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.

#### Legislación Anterior

<Consultar el texto original de esta Parte y sus modificaciones antes del Decreto 268 de 2020 en 'Legislación Anterior' bajo el epígrafe de la [Parte 4](#)>

ARTÍCULO 2.4.2.6. CRITERIOS PARA LA DISTRIBUCIÓN Y ASIGNACIÓN DEL SUBCOMPONENTE DEL SUBSIDIO A LA OFERTA, DE LOS RECURSOS DE LA

## PARTICIPACIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES.

<Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2278 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> En cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 52.2 del artículo [52](#) de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo [235](#) de la Ley 1955 de 2019, los recursos de este subcomponente se distribuirán entre los departamentos, municipios certificados y distritos referidos en el artículo el [2.4.1.3](#) del presente decreto, en donde se encuentren los monopolios en servicios trazadores no sostenibles por venta de servicios definidos en este decreto, con los siguientes criterios:

- a) Un 30% por población. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de la población de cada municipio, distrito o área no municipalizada en el total nacional.
- b) Un 22% por ruralidad. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción del índice de ruralidad de cada municipio, distrito o área no municipalizada en el total nacional.
- c) Un 38% por porcentaje de pobreza. La distribución se realizará considerando el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por el porcentaje de pobreza referido en el artículo [2.4.1.3](#) del presente decreto.
- d) Un 10% por densidad poblacional. Los recursos se distribuirán teniendo en cuenta el monto de recursos determinado para este criterio, multiplicado por la proporción de densidad en los términos definidos en el artículo [2.4.1.3](#) del presente decreto. Los recursos serán distribuidos entre aquellos municipios, distritos o áreas no municipalizadas con una densidad poblacional superior al promedio nacional.

La sumatoria de lo obtenido por la aplicación de los criterios mencionados en el presente artículo, se asignará a los municipios certificados y a los distritos referidos en el artículo [2.4.1.3](#) del presente decreto. Así mismo, los departamentos recibirán los recursos de sus entidades territoriales no certificadas en salud, así como los recursos de las áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés.

Los recursos de este subcomponente serán girados por la Nación a la cuenta maestra de prestación de servicios de la entidad territorial inscrita ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO 1o. El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá las empresas sociales del Estado y los administradores de infraestructura pública que sean monopolios en servicios trazadores no sostenibles por venta de servicios.

PARÁGRAFO 2o. Para apoyar la operación, acceso y atención en salud a la población de los departamentos definidos en el literal l), del artículo [14](#) de la Ley 1122 de 2007 y del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá y certificará para cada año un porcentaje a descontar del total del subcomponente de Subsidio a la Oferta, que se distribuirá en partes iguales entre estos departamentos.

PARÁGRAFO 3o. Los administradores de infraestructura pública destinados a la prestación de servicios de salud deberán remitir la información de que tratan los artículos [2.5.3.8.2.2](#) al [2.5.3.8.2.6](#) del presente decreto, de acuerdo con los procedimientos que defina el Ministerio de

## Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO 4o. Para efectos del cálculo de densidad poblacional y ruralidad del departamento; Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, se le aplicará el promedio que; corresponda a las entidades territoriales, cuyos índices de densidad y ruralidad se encuentren por encima del promedio nacional.

### Notas de Vigencia

- Parte subrogada por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.

### Legislación Anterior

<Consultar el texto original de esta Parte y sus modificaciones antes del Decreto 268 de 2020 en 'Legislación Anterior' bajo el epígrafe de la [Parte 4](#)>

ARTÍCULO 2.4.2.7. USO DE LOS RECURSOS DEL SUBSIDIO A LA OFERTA. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2278 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> Los recursos del subsidio a la oferta deberán ser usados por los departamentos, municipios certificados y distritos; referidos en el artículo [2.4.1.3](#) del presente decreto, para la financiación de los gastos de operación de la prestación de servicios de salud de las Empresas Sociales del Estado o administradores de infraestructura pública destinados a la prestación de servicios de salud, de acuerdo con lo establecido en numeral 52.2 del artículo [52](#) de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo [235](#) de la Ley 1955 de 2019.

Los departamentos, los distritos definidos en el artículo [2.4.1.3](#) del presente decreto y los municipios certificados, asignarán los recursos del subsidio a la oferta a las Empresas Sociales del Estado o administradores de infraestructura pública para la prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta el listado definido por el Ministerio de Salud y; Protección Social, y su ejecución deberá realizarse mediante la suscripción de convenios o contratos que garanticen la transferencia del subsidio a dichas entidades.

El convenio o contrato deberá incluir, entre otros, indicadores y metas de calidad en la prestación de servicios de salud a la población y de gestión financiera y de producción, los cuales deben ser cumplidos durante la vigencia del convenio o contrato. El término de este convenio no debe ser inferior a la vigencia fiscal para la cual se asignan los recursos. El convenio o contrato deberá contar con una supervisión, que efectuará el seguimiento al cumplimiento de los indicadores y metas, así como las obligaciones que hacen parte del mismo. Cuando se evidencie el incumplimiento de los indicadores y metas establecidas en el convenio o contrato, la entidad territorial deberá adoptar las medidas necesarias con el fin de garantizar la prestación de los servicios y salvaguardar los recursos públicos y deberá establecer, si así llegare a determinarlo, las condiciones que se deben cumplir para continuar efectuando los giros, en el marco de la ejecución del convenio o contrato.

El Ministerio de Salud y Protección Social efectuará el monitoreo a los recursos del SGP

establecidos en el presente acto administrativo en cumplimiento de lo previsto en el Decreto Ley 028 de 2008 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

PARÁGRAFO. Las Empresas Sociales del Estado y los administradores de infraestructura pública, a quienes se les asignen recursos del subsidio a la oferta, deberán garantizar la operación de las sedes que sean monopolio en servicios trazadores.

#### Notas de Vigencia

- Parte subrogada por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.

#### Legislación Anterior

<Consultar el texto original de esta Parte y sus modificaciones antes del Decreto 268 de 2020 en 'Legislación Anterior' bajo el epígrafe de la [Parte 4](#)>

ARTÍCULO 2.4.2.8. LINEAMIENTOS PARA LA EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RECURSOS DEL SGP. <Artículo modificado por el artículo 1 del Decreto 2278 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> El Ministerio de Salud y Protección Social, expedirá el acto administrativo mediante el cual se fijen los lineamientos para el seguimiento al uso y ejecución de los recursos del Sistema General de Participaciones a que refiere este decreto.

#### Notas de Vigencia

- Parte subrogada por el artículo 1 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.

#### Legislación Anterior

<Consultar el texto original de esta Parte y sus modificaciones antes del Decreto 268 de 2020 en 'Legislación Anterior' bajo el epígrafe de la [Parte 4](#)>



ARTÍCULO 2.4.2.9. PRESENTACIÓN DE PLANES FINANCIEROS DE SALUD. Los departamentos y distritos elaborarán y presentarán los planes financieros de que tratan las Leyes [1393](#) de 2010 y [1438](#) de 2011, en los términos y con la metodología que definan el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de Salud y Protección Social. Dichos planes deberán involucrar la totalidad de los recursos sectoriales, la progresiva ampliación de la cobertura de aseguramiento y el componente de subsidio a la oferta, incluyendo los aportes patronales y los recursos propios o de rentas cedidas destinados a: subsidiar la oferta, la demanda a través del aseguramiento, el reconocimiento de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de

Salud requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado y la salud pública.

(Artículo 11 del Decreto 196 de 2013)

Notas de Vigencia

- Artículo original 2.4.15 reenumerado por el artículo 3 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.



ARTÍCULO 2.4.2.10. COORDINACIÓN DE ACCIONES. El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales articularán las acciones tendientes al logro de la cobertura universal en el Régimen Subsidiado, la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, requeridos por la población afiliada al Régimen Subsidiado, conforme con sus responsabilidades, fuentes de financiación y competencias.

PARÁGRAFO. Las entidades territoriales reportarán con base en la metodología, términos y criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la información requerida, relacionada con la prestación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud prestados a la población afiliada al Régimen Subsidiado y la ejecución de recursos destinados al subsidio de oferta.

(Artículo 12 del Decreto 196 de 2013)

Notas de Vigencia

- Artículo original 2.4.16 reenumerado por el artículo 3 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.



ARTÍCULO 2.4.2.11. OBJETO. Los siguientes artículos tienen por objeto determinar el uso de los recursos establecidos en los artículos [6o](#) y [8o](#) de la Ley 1393 de 2010, recaudados a partir de la fecha de entrada en vigencia de dicha ley, y hasta el 31 de diciembre de 2010, y de los saldos de liquidación resultantes de la liquidación de los contratos suscritos para garantizar el aseguramiento de la población durante el período comprendido entre el 1o de octubre de 2009 y el 31 de marzo de 2011.

(Artículo 1o del Decreto 1124 de 2011)

## Notas de Vigencia

- Artículo original 2.4.17 reenumerado por el artículo 3 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.



ARTÍCULO 2.4.2.12. UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DESTINADOS PARA LA SALUD EN LOS ARTÍCULOS 6o Y 8o DE LA LEY 1393 DE 2010. Los recursos recaudados por los departamentos y distritos en virtud de los artículos [6o](#) y [8o](#) de la Ley 1393 de 2010 a partir de la fecha de su vigencia y hasta el 31 de diciembre de 2010, serán utilizados por las entidades territoriales para la financiación de los servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda, incluyendo la atención a la población pobre no asegurada.

(Artículo 2o del Decreto 1124 de 2011)

## Notas de Vigencia

- Artículo original 2.4.18 reenumerado por el artículo 3 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.



ARTÍCULO 2.4.2.13. UTILIZACIÓN DE SALDOS DE LIQUIDACIÓN DE LOS CONTRATOS PARA EL ASEGURAMIENTO EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO. Los saldos a favor de las entidades territoriales, resultantes de la liquidación de los contratos suscritos para garantizar el aseguramiento de la población durante el período comprendido entre el 1o de octubre de 2009 y el 31 de marzo de 2011, serán girados por los municipios al departamento al que pertenece. Estos recursos serán utilizados por los departamentos y distritos, de acuerdo con su competencia, para la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.

(Artículo 3o del Decreto 1124 de 2011)

## Notas de Vigencia

- Artículo original 2.4.19 renumerado por el artículo 3 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.



**ARTÍCULO 2.4.2.14. CUOTAS DE RECUPERACIÓN.** Son los dineros que debe pagar el usuario directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en los siguientes casos:

1. Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación.
2. La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel dos del Sisbén pagará un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.
3. Para la población identificada en el nivel 3 de Sisbén pagará hasta un máximo del 30% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento.
4. Para las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POS, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral 2 del presente artículo.
5. La población con capacidad de pago pagará tarifa plena.

El máximo valor autorizado para las cuotas de recuperación se fijará de conformidad con las tarifas SOAT vigentes.

(Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995)

#### Notas de Vigencia

- Artículo original 2.4.20 renumerado por el artículo 3 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.

#### Jurisprudencia Vigencia

##### Consejo de Estado

- Demanda de nulidad contra este artículo (original) . Negada. Consejo de Estado, Sección Primera, Expediente No. 00198-01 de 27 de marzo de 2008, Consejera Ponente Dra. Martha Sofía Sanz Tobón.

## Concordancias

Ley 100 de 1993; Art. [187](#)



ARTÍCULO 2.4.2.15. CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO. A la población en situación de desplazamiento no le aplicará el cobro de cuotas de recuperación.

(Artículo 3o del Decreto 4877 de 2007)

## Notas de Vigencia

- Artículo original 2.4.21 renumerado por el artículo 3 del Decreto 268 de 2020, 'por el cual se sustituye parcialmente la [Parte 4](#) del Libro 2 del Decreto [780](#) de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social y se modifica el artículo [2.2.5.1.2](#) del Decreto 1082 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional, en relación con la definición de los criterios, procedimientos y variables de distribución, asignación y uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y se dictan otras disposiciones', publicado en el Diario Oficial No. 51.237 de 24 de febrero 2020.

## PARTE 5.

### REGLAS PARA ASEGURADORES Y PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

#### TÍTULO 1.

#### SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

#### CAPÍTULO 1.

#### DISPOSICIONES GENERALES.



ARTÍCULO 2.5.1.1.1. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones del presente Título se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las EPS del régimen subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo [279](#) de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), de que trata este Título, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), o con Entidades Territoriales.

PARÁGRAFO. Salvo los servicios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de

Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), de conformidad con lo señalado por el artículo [245](#) de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

(Artículo 1o del Decreto 1011 de 2006)

Concordancias

Decreto Único 1083 de 2015; Art. [2.2.23.9](#)



ARTÍCULO 2.5.1.1.2. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD PARA IPS INDÍGENAS. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas (IPS) Indígenas, cumplirán con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social lo ajustará a los usos, costumbres, y al modelo de atención especial indígena, en los servicios que lo requieran, para lo cual adelantará el proceso de concertación con las autoridades indígenas.

(Artículo 2o del Decreto 4972 de 2007)



ARTÍCULO 2.5.1.1.3. DEFINICIONES. Para efectos de la aplicación del presente Capítulo se establecen las siguientes definiciones:

1. Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.
2. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
3. Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
4. Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
5. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

6. Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente Capítulo se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

7. Profesional independiente. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

8. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Concordancias

Decreto Único 1083 de 2015; Art. [2.2.23.9](#)

9. Unidad sectorial de normalización en salud. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que este defina.

(Artículo 2o del Decreto 1011 de 2006)

## CAPÍTULO 2.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SOGCS).



ARTÍCULO 2.5.1.2.1. CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

(Artículo 3o del Decreto 1011 de 2006)



ARTÍCULO 2.5.1.2.2. COMPONENTES DEL SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

PARÁGRAFO 1o. El Ministerio de Salud y Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO 2o. Las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, están obligadas a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento de este Sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de Salud y Protección Social.

(Artículo 4o del Decreto 1011 de 2006)



ARTÍCULO 2.5.1.2.3. ENTIDADES RESPONSABLES DEL FUNCIONAMIENTO DEL SOGCS. Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente Capítulo velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades

Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente.

También corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

2. Superintendencia Nacional de Salud. Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

3. Entidades Departamentales y Distritales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente Título y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

4. Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

PARÁGRAFO. Lo previsto en el presente artículo se cumplirá sin perjuicio de que las entidades deban cumplir otras normas relacionadas con sistemas de calidad.

(Artículo 5o del Decreto 1011 de 2006)



ARTÍCULO 2.5.1.2.4. ACTUALIZACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DEL SOGCS. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS de acuerdo con los estudios y recomendaciones de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

(Artículo 56 del Decreto 1011 de 2006)



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

