

RESOLUCIÓN 412 DE 2015

(marzo 27)

Diario Oficial No. 49.466 de 27 de marzo de 2015

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Por la cual se modifica el Plan Único de Cuentas para las Entidades Promotoras de Salud y Entidades que Administran Planes Voluntarios de Salud y Servicios de Ambulancia por Demanda; y se dictan disposiciones relativas a la inspección y vigilancia de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto número 2702 de 2014.

EL SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD,

en uso de sus atribuciones, en especial las conferidas por el numeral 21 del artículo [7o](#) del Decreto 2462 de 2013, y

CONSIDERANDO:

Que de acuerdo con lo establecido en el numeral 21 del artículo [7o](#) del Decreto número 2462 de 2013 es competencia de la Superintendencia Nacional de Salud, fijar los mecanismos y procedimientos contables que deben adoptar los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando no estén sujetos a la inspección, vigilancia y control de otra autoridad;

Que el Gobierno nacional expidió el Decreto número 2702 de 2014, con el objeto de actualizar y unificar las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud, así como establecer los criterios generales para que la información financiera reúna las condiciones de veracidad, consistencia y confiabilidad necesarias para la adecuada y eficaz inspección, vigilancia y control;

Que mediante la Resolución número [4175](#) de 2014 la Superintendencia Nacional de Salud realizó modificaciones al Plan Único de Cuentas para las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades que Administran Planes Adicionales de Salud, hoy voluntarios de Salud y Servicios de Ambulancia por Demanda, definido en la Resolución número [724](#) de 2008;

Que las modificaciones tenían como finalidad reflejar las características propias y la realidad operacional de las Entidades Promotoras de Salud, así como facilitar el análisis, seguimiento y control de las condiciones de habilitación y permanencia de las EPS;

Que después de realizar mesas de trabajo con las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud es necesario realizar nuevas adecuaciones;

Que dentro de las necesidades identificadas en materia de contabilidad en el sector salud, se encuentra la definición de la metodología general para dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto número 2702 de 2014, en especial lo relativo a las consecuencias contables y financieras de la aplicación del artículo 9 del mencionado decreto;

Que por lo anterior, el Superintendente Nacional de Salud,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1o. Eliminar en la estructura del Plan Único de Cuentas, emitido por la Resolución

número [724](#) de 2008 <Resolución [4175](#) de 2014> y sus modificatorias:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
232525	Incapacidades-enfermedad general
23252501	Régimen Contributivo
2325250104	Incapacidades por enfermedad general por pagar
264520	Provisión Glosas
26452001	Régimen Contributivo
26452002	Régimen Subsidiado
26452003	Planes Adicionales de Salud, PAS
26452005	Servicio de Ambulancia por Demanda
6165650201	Obligaciones pendientes y conocidas
6165650203	Obligaciones pendientes no conocidas
6165650205	Otras reservas

Las descripciones y dinámicas correspondientes a las eliminaciones en la estructura del Plan Único de Cuentas también son eliminadas.



ARTÍCULO 2o. Crear en la estructura del Plan Único de Cuentas, emitido por la Resolución número [724](#) de 2008 <Resolución [4175](#) de 2014> y sus modificatorias:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
6165650301	Obligaciones pendientes y conocidas
6165650303	Obligaciones pendientes no conocidas
6165650305	Otras reservas



ARTÍCULO 3o. Modificar las descripciones y dinámicas contenidas en el Plan Único de Cuentas, emitido por la Resolución número [724](#) de 2008 y sus modificatorias, así:

CLASE	GRUPO	SUBCUENTA
2. PASIVO	22. PROVEEDORES	220520. Glosas sobre Facturación

Descripción

Registra el valor total de las glosas correspondientes a la facturación de servicios NO POS con los prestadores de servicios de salud. Las glosas deben registrarse en el momento en que se presentan, independientemente que sean o no, subsanables.

CLASE	GRUPO	CUENTA
2. PASIVO	29. RESERVAS TÉCNICAS	

Descripción

Las reservas técnicas permiten determinar la capacidad de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud para hacer frente a sus obligaciones actuales o eventuales contraídas en virtud de su actividad y se constituyen como fuente principal para atender el pago de las mismas.

Las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud podrán utilizar para el cálculo de la reserva métodos o procedimientos técnicamente reconocidos, distintos al establecido por la

Superintendencia Nacional de Salud, siempre que los resultados del sistema propuesto guarden mayor correspondencia con el aseguramiento en salud. Para el efecto se requerirá la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud.

Esta reserva comprende tanto los servicios de salud ya conocidos por la entidad como los ocurridos pero aún no conocidos, que hagan parte del plan obligatorio de salud y de los planes complementarios, así como las incapacidades por enfermedad general.

Las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud deberán constituir, de conformidad con el Decreto número 2702 de 2014, las siguientes reservas técnicas:

-- Obligaciones pendientes y conocidas: Se debe constituir en el momento en que la entidad se entere por cualquier medio, del hecho generador o potencialmente generador de la obligación.

-- Obligaciones pendientes no conocidas: Corresponde a la estimación del monto de recursos que debe destinar la entidad para atender obligaciones a su cargo ya causadas pero que la entidad desconoce.

-- Otras reservas: Cuando de los análisis y mediciones realizados se determinen pérdidas probables y cuantificables, se reflejarán en los estados financieros mediante la constitución de la reserva correspondiente.

CLASE	GRUPO	CUENTA
2.	29.	RESERVAS 2905.
PASIVO	TÉCNICAS	OBLIGACIONES PENDIENTES Y CONOCIDAS

Descripción

Registra el monto de la reserva técnica a cargo de la entidad, la cual se debe constituir por el valor estimado o facturado de la obligación de acuerdo con la información con la que se cuente para el efecto.

La reserva se debe mantener hasta que se extinga la obligación de pago, no obstante, cuando se trate de la autorización de servicios y sin que por ello se entienda extinguida la obligación, la reserva se podrá liberar si después de transcurridos doce (12) meses de expedida la autorización, no se ha radicado la factura de los servicios autorizados.

El término para la liberación de esta reserva podrá variar, de acuerdo con el comportamiento que se observe de servicios autorizados y no utilizados, según la definición que realice la Superintendencia Nacional de Salud.

Dinámica

Créditos

a) Por el valor correspondiente a la constitución de las reservas técnicas, con cargo a las subcuentas 616565 y 617505.

Débitos

a) Por el valor de las liberaciones que se efectúen, con abono a la subcuenta 416501, si la constitución corresponde a ejercicios anteriores, en caso contrario, se abona a las subcuentas 616565 y 617505, registrando la subcuenta analítica correspondiente.

CLASE	GRUPO	SUBCUENTA
2. PASIVO	29. RESERVAS TÉCNICAS	290505. No Liquidadas

Descripción

Registra el monto de la reserva técnica a cargo de la entidad, la cual se debe constituir por el valor estimado o facturado de la obligación, de acuerdo con la información con la que se cuente para el efecto. Son obligaciones pendientes y conocidas aún no liquidadas y que no han sido canceladas.

Mensualmente la entidad deberá constituir y mantener la reserva por las obligaciones conocidas hasta la fecha de corte, que se encuentren pendientes de pago en forma total o parcial.

Se entenderá por conocida la obligación en el momento en que:

- La entidad emita una autorización de servicio.
- El prestador del servicio radique una factura de cobro, en caso de no existir autorización.
- Se radique una incapacidad en la EPS.
- Se conozca un servicio que genere una incapacidad.
- Cuando se conozca la obligación, por cualquier otro medio.

Esta reserva se ajustará al momento en que el prestador radique ante la entidad la factura de cobro de la respectiva obligación y se liberará en los siguientes casos:

- Liberación parcial: En caso de haber definido un pago parcial se liberará este monto definido como pago parcial y se constituirá, por este valor, la reserva de obligaciones conocidas liquidadas pendientes de pago.
- Liberación total: Al momento de definir el pago total se liberará esta reserva y se constituirá, por el monto a pagar, la reserva de obligaciones conocidas liquidadas pendientes de pago.

Esta reserva se constituirá individualmente para todas y cada una de las obligaciones al momento de conocerlas y su valor se determinará como el costo estimado de la obligación, calculado en función de la experiencia de la entidad y de acuerdo con la siguiente metodología:

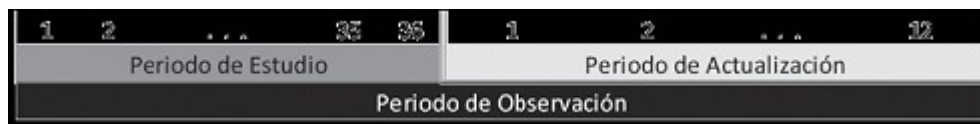
Servicios

Servicio: Se entenderá por servicio, toda obligación que corresponda a un medicamento o insumo o a una actividad, intervención o procedimiento en salud.

Período de Observación: Período total durante el cual se tomará la información requerida, es decir, incluye el período de estudio y el período de actualización.

Período de Estudio: Período de 36 meses contados hacia atrás del inicio del período de actualización.

Período de Actualización: Período comprendido entre el fin de período de estudio y doce (12) meses adicionales, este plazo estará vigente hasta tanto la Superintendencia Nacional de Salud adelante los estudios sobre servicios autorizados y no utilizados.



j: = Código de actividades, intervención, procedimiento, medicamentos o insumo.

La codificación son los códigos establecidos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS). Para la codificación de medicamentos se tendrá en cuenta el Anexo 1 de la Resolución número 5521 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Los códigos para insumos y medicamentos ambulatorios no identificados serán los definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La estimación del costo promedio se realizará individualmente para cada uno de los servicios y se tomarán los servicios que fueron conocidos durante el período de estudio y que a la fecha fin del período de observación se encuentran totalmente pagados. En caso de que el costo promedio sea menor o igual a cero (0), se deberá tomar la tarifa pactada con el prestador del servicio al momento de la prestación del mismo.

Las entidades que presten servicios por el Plan de Atención Complementario (PAC) deberán calcular el costo promedio del servicio tanto para los servicios prestados en el PAC como para los servicios prestados en el POS.

t:= mes del período de estudio.

t = 1,2, ... ,36

ipc_t: = Variación mensual del IPC salud asociado al mes t

k: = mes del período de actualización

k = 1,2, ...12

ipc_k: = Variación mensual del IPC salud asociado al mes k

S_t^j = Servicio j conocido en el mes t

CS_t^j = Costo del servicio j conocido en el mes t

CAS_t^j = Costo actualizado del servicio j conocido en el mes t

$$CAS_t^j = CS_t^j * \prod_{l=t}^{36} (1 + ipc_l) * \prod_{k=1}^{12} (1 + ipc_k)$$

CPS_j : = Costo promedio del servicio j

w: = Número total del servicio j conocidos en el período de estudio.

TS_t^j : = Tarifa pactada con el prestador a la fecha de prestación del servicio j que fue conocido en el mes t.

De manera similar a la metodología antes expuesta se deberá calcular el costo promedio de los servicios prestados en el plan complementario de salud, por lo que se podrán obtener:

CPS_{POS}^j = Costo promedio del servicio j incluido en el POS

CPS_{PAC}^j = Costo promedio del servicio j incluido en el PAC

Los costos promedio antes definidos se calcularán de acuerdo con la metodología expuesta, tomando como referencia los servicios conocidos en el período de estudio que a la fecha fin del período de observación se encuentran totalmente pagados y que corresponden a usuarios del POS y del PAC, respectivamente.

Para los servicios prestados por cápita y/o paquete, esta reserva se deberá constituir teniendo en cuenta la participación del servicio dentro de la cápita o paquete y de acuerdo con el número esperado de atenciones para cada servicio.

Incapacidades

j: = Código de diagnóstico de acuerdo con la codificación CIE10

$I_{i,j}$: = Días de incapacidad dados durante el período de estudio al afiliado i por el diagnóstico j

PI_j : = Días promedio de incapacidad d dados por el diagnóstico j

IBC_i : = Ingreso base de cotización afiliado i a quien se le emitió la incapacidad

$ROPNL_{POS}$: = Valor de constitución de la reserva de obligación es pendientes no liquidadas, con cargo al "POS"

$ROPNL_{PAC}$: = Valor de constitución de la reserva de obligaciones pendiente no liquidadas, con cargo al "PAC"

Dinámica

Créditos

a) Por el valor correspondiente a la constitución de la reserva técnica, con cargo a las cuentas 616565 y 617505.

Débitos

- a) Por el monto definido como pago parcial y se constituirá, por el mismo valor, la reserva de obligaciones conocidas liquidadas pendientes de pago;
- b) Por el monto definido como pago total y se constituirá, por el mismo valor a pagar, la reserva de obligaciones conocidas liquidadas pendientes de pago.

CLASE	GRUPO	SUBCUENTA
2. PASIVO	29. RESERVAS TÉCNICAS	290510. Liquidadas pendientes de pago

Descripción

Registra el valor de las indemnizaciones liquidadas pendientes de pago.

Dinámica

Créditos

- a) Por el monto definido como pago parcial liberado de las reservas técnicas de obligaciones pendientes y conocidas no liquidadas;
- b) Por el monto definido como pago total liberado de las reservas técnicas de obligaciones pendientes y conocidas no liquidadas.

Débitos

- a) Por el valor de las liberaciones que se efectúen con ocasión del pago parcial o total de las obligaciones.

CLASE	GRUPO	CUENTA
2. PASIVO	29. RESERVAS TÉCNICAS	2910. OBLIGACIONES PENDIENTES NO CONOCIDAS

Descripción

Registra el valor de la reserva para las obligaciones prestadas aún no conocidas, de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

El monto de la reserva para obligaciones prestadas aún no conocidas se debe determinar tanto para las obligaciones con cargo al POS como para las obligaciones con cargo al Plan Complementario (PAC) e incapacidades de enfermedad general, de la siguiente manera:

La entidad deberá contar con al menos tres (3) años de información histórica propia y se deberá constituir mensualmente. Las entidades que inicien operaciones después de la entrada en vigencia del Decreto número 2702 de 2014, deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud una metodología alternativa de cálculo para su aprobación, hasta tanto se cumpla con el requisito mínimo de información.

Con base en la información de las obligaciones conocidas, reservadas y pagadas, se construirán dos matrices, las cuales en el eje vertical contendrán los períodos de prestación y en el eje horizontal los períodos de conocimiento.

La primera deberá incluir las obligaciones conocidas que se encuentran en reserva a la fecha de corte de la información y la segunda deberá contener las obligaciones conocidas que fueron pagadas.

Matriz de desarrollo de obligaciones conocidas en reserva:

Triángulo de Obligaciones Conocidas en Reserva							
Período de Prestación (<i>i</i>)	Período de Desarrollo (<i>j</i>)						
	1	2	...	$n-i+1$	...	$n-1$	n
1	$R_{1,1}$	$R_{1,2}$	...	$R_{1,n-i+1}$	...	$R_{1,n-1}$	$R_{1,n}$
2	$R_{2,1}$	$R_{2,2}$	...	$R_{2,n-i+1}$	...	$R_{2,n-1}$	
...		
<i>I</i>	$R_{i,1}$	$R_{i,2}$	...	$R_{i,n-i+1}$			
...					
<i>N</i>	$R_{n,1}$						

Donde

$R_{i,j}$: = Valor de las obligaciones que se encuentran en reserva a la fecha de corte de la información, que fueron prestadas en el período *i* y que se conocieron en el período de desarrollo *j*

i: = Período de prestación

j: = Período de conocimiento

Matriz de desarrollo de obligaciones pagadas

Triángulo de Obligaciones Conocidas Pagadas							
Período de Prestación (<i>i</i>)	Período de Desarrollo (<i>j</i>)						
	1	2	...	$n-i+1$	...	$n-1$	n
1	$P_{1,1}$	$P_{1,2}$	...	$P_{1,n-i+1}$	...	$P_{1,n-1}$	$P_{1,n}$
2	$P_{2,1}$	$P_{2,2}$	...	$P_{2,n-i+1}$	...	$P_{2,n-1}$	
...		
<i>i</i>	$P_{i,1}$	$P_{i,2}$	...	$P_{i,n-i+1}$			
...					
<i>n</i>	$P_{n,1}$						

Donde:

$P_{i,j}$: = Valor de las obligaciones pagadas, que fueron prestadas en el período *i* y que se conocieron en el período de desarrollo *j*

i: = Período de prestación

j: = Período de conocimiento

Triángulo de obligaciones conocidas

Esta matriz deberá contener, para cada período de prestación el valor de las obligaciones conocidas, reservadas y pagadas, en cada uno de los períodos de desarrollo.

Triángulo de Obligaciones Conocidas							
Período de Prestación (<i>i</i>)	Período de Desarrollo (<i>j</i>)						
	1	2	...	<i>n-i+1</i>	...	<i>n-1</i>	<i>n</i>
1	$A_{1,1}$	$A_{1,2}$	...	$A_{1,n-i+1}$	...	$A_{1,n-1}$	$A_{1,n}$
2	$A_{2,1}$	$A_{2,2}$	...	$A_{2,n-i+1}$	...	$A_{2,n-1}$	
...		
<i>i</i>	$A_{i,1}$	$A_{i,2}$	...	$A_{i,n-i+1}$			
...					
<i>n</i>	$A_{n,1}$						

Donde:

$A_{i,j}$: = Valor de las obligaciones conocidas, reservadas y pagadas, prestadas en el período *i* y que se conocieron en el período de desarrollo *j*

$$A_{ij} = R_{ij} + P_{ij}$$

i: = Período de prestación

j: = Período de conocimiento

Triángulo de obligaciones conocidas acumuladas

Triángulo de Obligaciones Conocidas Acumuladas							
Período de Prestación (<i>i</i>)	Período de Desarrollo (<i>j</i>)						
	1	2	...	<i>n-i+1</i>	...	<i>n-1</i>	<i>n</i>
1	$PA_{1,1}$	$PA_{1,2}$	...	$PA_{1,n-i+1}$	...	$PA_{1,n-1}$	$PA_{1,n}$
2	$PA_{2,1}$	$PA_{2,2}$	...	$PA_{2,n-i+1}$	...	$PA_{2,n-1}$	
...		

Triángulo de Obligaciones Conocidas Acumuladas							
Período de Prestación (<i>i</i>)	Período de Desarrollo (<i>j</i>)						
	1	2	...	<i>n-i+1</i>	...	<i>n-1</i>	<i>n</i>
<i>i</i>	$PA_{i,1}$	$PA_{i,2}$	...	$PA_{i,n-i+1}$			
...					
<i>n</i>	$PA_{n,1}$						

Donde:

$PA_{i,j}$: = Valor acumulado de las obligaciones conocidas, reservadas y pagadas, prestadas en el período *i* y que se conocieron hasta el período de desarrollo *j*

$$PA_{i,j} = \sum_{t=1}^j A_{i,t}$$

i: = Período de prestación

j: = Período de conocimiento

Matriz de factores de desarrollo incremental

Triángulo de Factores de Desarrollo Incremental							
Período de Prestación (i)	Período de Desarrollo (j)						
	1	2	...	n-i+1	...	n-1	n
1	FDI _{1,1}	FDI _{1,2}	...	FDI _{1,n-i+1}	...	FDI _{1,n-1}	FDI _{1,n}
2	FDI _{2,1}	FDI _{2,2}	...	FDI _{2,n-i+1}	...	FDI _{2,n-1}	
...		
i	FDI _{i,1}	FDI _{i,2}	...	FDI _{i,n-i+1}			
...					
n	FDI _{n,1}						

Donde:

FDI_{i,j}: = Factor de desarrollo incremental de las obligaciones prestadas en el período i y que se han conocido hasta el período de desarrollo j

$$FDI_{i,j} = \frac{PA_{i,j+1}}{PA_{i,j}} \quad \forall 1 \leq i \leq n-1, 1 \leq j \leq n-1$$

i: = Período de prestación

j: = Período de conocimiento

Factores de desarrollo

Como factores de desarrollo se toma el promedio simple de cada columna.

Factores de Desarrollo

Período de Desarrollo (j)

$$\begin{matrix} 1 & 2 & \dots & n-i+1 & \dots & n-1 & n \\ FD_1 & FD_2 & \dots & FD_{n-i+1} & \dots & FD_{n-1} & FD_n \end{matrix}$$

Donde:

FD_j: = Factor de desarrollo de las obligaciones prestadas que se han conocido hasta el período de desarrollo j

$$FD_j = \frac{\sum_{i=1}^{n-j+1} FDI_{i,j}}{n-j+1}$$

n: = número total de períodos

j: = Período de desarrollo

Factores de desarrollo acumulados

Factores de Desarrollo Acumulados

Período de Desarrollo (j)

1 2 ... n-i+1 ... n-1 n
 FDA₁ FDA₂ ... FDA_{n-i+1} ... FDA_{n-1} FDA_n

Donde:

FDA_j: = Factor de desarrollo acumulado hasta el período j

$$FDA_j = \prod_{t=j}^n FD_t$$

n: = número total de período

j: = Período de desarrollo

Última Pérdida Esperada

Período de Prestación (i)	Período de Prestación (j)	Siniestros Acumulados PA _{i,j}	Factores de Desarrollo Acumulados FDA _j	Última Pérdida Esperada del período i UPE _i
1	n	PA _{1,n}	FDA _n	PA _{1,n} *FDA _n
2	n-1	PA _{2,n-1}	FDA _{n-1}	PA _{2,n-1} *FDA _{n-1}
...
i	n-i+1	PA _{i,n-i+1}	FDA _{n-i+1}	PA _{i,n-i+1} *FDA _{n-i+1}
...
n	1	PA _{n,1}	FDA ₁	PA _{n,1} *FDA ₁

Donde:

UPE_i: = Última pérdida esperada del período i

$$UPE_i = PA_{i,n-i+1} * FDA_{n-i+1}$$

n: = número total de períodos

i: = Período de prestación

Valor de la Reserva IBNR

IBNR:= Reserva para obligaciones prestadas no conocidas

$$IBNR = \sum_{i=1}^n (UPE_i - PA_{i,n-i+1})$$

n: = número total de períodos

i: = Período de prestación

Dinámica

Créditos

a) Por el valor mensual calculado de las obligaciones prestadas aún no conocidas, con cargo a las subcuentas 616565 y 617505.

Débitos

a) Por el valor de la liberación de la reserva.

PARÁGRAFO. La metodología propuesta por esta Superintendencia para el cálculo de las reservas técnicas será publicada en la página web de la entidad, junto con las actualizaciones y/o ajustes a que haya lugar.



ARTÍCULO 4o. Modificar el artículo 7o de la Resolución número 4175 de 2014, el cual quedará así:

“Artículo 7o. Depuración Contable. Con el propósito de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 3o del Decreto número 2702 de 2014 y a las normas de contabilidad, de información financiera y demás instrucciones vigentes sobre la materia, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud que se encuentran autorizadas para operar el aseguramiento en salud, las Entidades Adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las Cajas de Compensación Familiar, que operan en los regímenes contributivo y/o subsidiado independientemente de su naturaleza jurídica deberán depurar y realizar los ajustes a la información financiera y contable que resulten necesarios, con el fin de dar cumplimiento a las normas de contabilidad, de información financiera y demás instrucciones vigentes sobre la materia, de tal forma que los estados financieros reflejen la realidad económica de estas entidades.

Esta depuración se deberá reflejar, a más tardar, en los estados financieros con corte a 31 de marzo de 2015, para lo cual como mínimo se requiere:

- Registrar contablemente todos los activos y pasivos cuyo reconocimiento sea requerido.
- Castigar partidas como activos o pasivos si las normas vigentes y los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados (PCGA) no lo permiten.
- Reclasificar partidas reconocidas como un tipo de activo, pasivo o componente del patrimonio, pero que según los PCGA son un tipo diferente de activo, pasivo o componente del patrimonio.
- Identificar y ajustar errores por omisiones o inexactitudes en la información contable, resultantes de un fallo al emplear o de un error al utilizar información fiable que:

a) Estaba disponible cuando se efectuaron los registros contables; y

b) Podría esperarse razonablemente que se hubiera conseguido y tenido en cuenta en la elaboración y presentación de estados financieros.

Dentro de estos errores se incluyen los efectos de errores aritméticos, errores en la aplicación de PCGA, la inadvertencia o mala interpretación de hechos, así como los fraudes.

- Realizar conciliación de las cuentas por cobrar de forma que el saldo refleje únicamente las que se encuentran debidamente soportadas.

-- Legalizar los anticipos registrados por el giro directo a la red prestadora, de conformidad con el artículo 4o de la Resolución número 4182 de 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social.

-- Castigar las cuentas por cobrar que hayan surtido el proceso de radicación, auditoría y se encuentren como no reconocidas en forma definitiva por el Fosyga y/o por la entidad territorial.

-- Provisionar en el cien por ciento las cuentas por cobrar no reconocidas por el Fosyga y/o por la entidad territorial, registradas en los estados financieros, incluyendo aquellas frente a las cuales existan procesos de reclamación por vía judicial o administrativa.

Según lo establecido en el artículo [6o](#) de la Resolución número 4361 de 2011 modificatoria de la Resolución número [724](#) de 2008, las cuentas por cobrar con antigüedad igual o mayor a 360 días de vencidas se deben provisionar en el 100%, sin perjuicio del registro de la provisión, de cuentas por cobrar con menor tiempo de vencimiento, calculada con base en el análisis del comportamiento, la tipología y la recuperación real de los recobros y de las objeciones o glosas presentadas durante los últimos doce (12) meses de operación.

El registro de provisiones de cuentas por cobrar con antigüedad igual o mayor a 360 días de vencidas, en porcentajes inferiores al cien por ciento, se debe soportar en estudios técnicos que permitan identificar el porcentaje de recuperación de dichas carteras.

-- Conciliar y depurar los pasivos con proveedores y prestadores de servicios de salud, incluyendo los pagos realizados por giro directo, de forma que el saldo en los estados financieros excluya las obligaciones extinguidas y refleje únicamente las deudas debidamente soportadas.

-- Provisionar las demandas y procesos en contra de la entidad, en los porcentajes que se estime la probabilidad de pérdida según los estudios técnicos realizados.

Los valores que deban ser excluidos de los estados financieros, como resultado de la depuración y ajuste contable, deberán ser registrados en las cuentas del gasto correspondientes.

Los valores que sean registrados como gastos de administración en virtud de la depuración contable ordenada en el presente artículo, no se tendrán en cuenta para determinar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo [23](#) de la Ley 1438 de 2011.

La Superintendencia Nacional de Salud hará las verificaciones del caso y de encontrar inconsistencias, iniciará las actuaciones administrativas que correspondan por la violación de las normas del SGSSS, sin perjuicio de la responsabilidad del representante legal, contador y revisor fiscal en los términos que señalan la Ley [43](#) de 1990, la Ley [222](#) de 1995 y el Código de Comercio”.

PARÁGRAFO. La depuración de que trata el presente artículo no será aplicable a los preparadores de información de acuerdo con lo establecido en el numeral cinco (5) del artículo [3o](#) del Decreto número 2784 de 2012.



ARTÍCULO 5o. Para efectos del cumplimiento de las previsiones contenidas en el artículo 9o del Decreto número 2702 de 2014, en especial las relacionadas con la inversión de las reservas técnicas, la Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento de los porcentajes allí previstos sobre el defecto que se genera en cada anualidad entre el cálculo de tales reservas y el monto de las inversiones que en tal sentido deban constituirse, de acuerdo con las disposiciones

del artículo 8o del citado decreto.

En cuanto al cumplimiento de los requisitos financieros de capital mínimo y patrimonio adecuado, la aplicación de dichos porcentajes se verificará sobre el defecto calculado a 30 de junio de 2015.



ARTÍCULO 6o. Para efectos de la progresividad de que trata el párrafo transitorio del artículo 6o del Decreto número 2702 de 2014, se entenderá que la medición y seguimiento de la deducción del 100% será a partir de los 18 meses siguientes una vez vencidos los plazos de las deducciones del 30% y 60%.



ARTÍCULO 7o. La presente resolución rige a partir de su publicación en el Diario Oficial, y modifica las Resoluciones números [724](#) de 2008 y [4175](#) de 2014.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 27 de marzo de 2015.

El Superintendente Nacional de Salud,

NORMAN JULIO MUÑOZ.



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
Normograma de la Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones
ISSN 2256-1633
Última actualización: 31 de diciembre de 2017

