

#### 2.6.6. TÉRMINOS DEL TRÁMITE.

La Superintendencia Nacional de Salud cuenta con un término de treinta (30) días calendario, para el estudio de la solicitud, al cabo de los cuales si son pertinentes observaciones al proyecto presentado, se devolverá la documentación recibida, con el fin de que la entidad ajuste la propuesta. Es importante aclarar que el radicado en esta Superintendencia de documentos posteriores a las observaciones elevadas, se entenderá como una nueva solicitud.

#### 2.6.7. TARIFAS.

De conformidad con lo preceptuado en las normas que regulan el tema de tarifas de las cuotas moderadoras y copagos las Entidades de Medicina Prepagada podrán incrementarse anualmente las tarifas por estos conceptos en el Índice de Precios al Consumidor certificado por el DANE sin requerirse para ello autorización previa de la Superintendencia Nacional de Salud.

En el caso que se requiera un incremento superior en las cuotas moderadoras y copagos o un incremento en el número de vales aprobados requeridos para acceder a los servicios, será preciso presentar la nota técnica actuarial debidamente actualizada acompañada de documentos que respalden el aumento solicitado, el cual entrará en vigencia una vez esté aprobado por la Superintendencia.

Las Empresas de Medicina Prepagada deberán disponer de un estudio actuarial que permita a la Superintendencia Nacional de Salud evaluar el incremento de las tarifas a fin de determinar si se presenta la situación descrita en el artículo 26 del Decreto 1570 de 1993, modificado por el artículo 10o del Decreto 1486 de 1994.

##### 2.6.7.1. ESTUDIO ACTUARIAL.

<Subnumeral eliminado por la Circular 20 de 2015>

##### Notas de Vigencia

- Subnumeral eliminado por la Circular 20 de 2015, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007 y se establecen los criterios y elementos mínimos que se deben tener en cuenta para la presentación de la nota técnica', publicada en el Diario Oficial No. 49.715 de 3 de diciembre de 2015.
- Tabla modificada por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

##### Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007, con la modificación introducida por la Circular 57 de 2009:

2.6.7.1. Este estudio actuarial tendrá por lo menos la siguiente nota técnica (NTA):

La información que sustente la NTA debe estar referenciada según grupo etario y sexo, cuando a ello haya lugar, de acuerdo con la siguiente clasificación:

<Tabla modificada por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:>

Rangos de edad

Menores de un año

De 1 a 4 años

De 5 a 14 años

De 15 a 18 años (Hombres)

De 15 a 18 años (Mujeres)

De 19 a 44 años (Hombres)

De 19 a 44 años (Mujeres)

De 45 a 49 años

De 50 a 54 años

De 55 a 59 años

De 60 a 64 años

De 65 a 69 años

De 70 a 74 años

De 75 años y mayores

La NTA debe relacionar la cobertura de servicios incluidos en el plan de salud, para lo cual se utilizará en detalle el tipo de servicios.

Número de casos por servicio de salud.

Corresponde a la cantidad de eventos prestados por la empresa durante un año, cuantificados con base en la unidad de medida definida en la tabla de conceptos. Para los planes nuevos lo anterior se calculará con base en proyecciones.

Unidad de medida de los servicios de salud.

Es la unidad que permite cuantificar el número de casos ocurridos en la prestación de servicios de salud, de acuerdo con la clasificación definida en la tabla de conceptos:

Tabla de Conceptos

Código Servicio (concepto) Unidad de medida

010 Fomento y prevención Pacientes

021 Consulta médica general Consultas

022 Consulta médica especializada Consultas

023 Consulta domiciliaria Consultas

031 Consulta odontológica Consultas

032 Tratamientos odontológicos Tratamientos

040 Urgencias Consultas

050 Hospitalización no quirúrgica

Normal Días

060 Hospitalización No quirúrgica

U.C.I. Días

070 Hospitalización quirúrgica

Normal Días

080 Hospitalización quirúrgica

U.C.I. Días

090 Obstetricia Atención del parto

100 Cirugía ambulatoria Procedimientos

110 Apoyo diagnóstico Exámenes

120 Apoyo terapéutico Sesiones

130 Procedimientos alto costo Pacientes

Costo de los casos atendidos por la EPS o entidad de prepago.

Se refiere al costo de cada servicio multiplicado por el número de casos atendidos. Para los planes nuevos, lo anterior se calculará con base en proyecciones.

Cálculo de la frecuencia de utilización de los servicios de salud.

La frecuencia, calculada para cada uno de los servicios ofrecidos por plan, resulta de dividir el número de casos que fueron atendidos durante un período (año) entre el promedio de población expuesta al riesgo para el plan en el mismo período.

$$FRECUCENCIA = \frac{No. DE CASOS ATENDIDOS POR SERVICIO}{PROMEDIO DE POBLACION EXPUESTA AL RIESGO (PPE)}$$

Para calcular la variable “promedio de población expuesta al riesgo” se debe seguir el siguiente procedimiento:

No: Número de afiliados a diciembre 31 del año anterior al de referencia.

N1: Número de afiliados a marzo 30 del año de referencia.

N2: Número de afiliados a junio 30 del año de referencia.

N3: Número de afiliados a septiembre 30 del año de referencia.

N4: Número de afiliados a diciembre 31 del año de referencia.

$$PPE = \left( \frac{N_0 + N_1}{2} * i_1 \right) + \left( \frac{N_1 + N_2}{2} * i_2 \right) + \left( \frac{N_2 + N_3}{2} * i_3 \right) + \left( \frac{N_3 + N_4}{2} * i_4 \right) \text{ donde } i_i = 1/4$$

Para los casos de planes nuevos, las anteriores variables se determinarán con base a proyecciones.

Para  $i = 1, 2, 3$  y  $4$ , representa el trimestre  $i$ -ésimo del año.

Reemplazando y agrupando se obtiene:

$$PPE = \frac{1}{4} \left[ \frac{N_0}{2} + N_1 + N_2 + N_3 + \frac{N_4}{2} \right]$$

Este cálculo se debe hacer para cada grupo etario y si es del caso discriminado por sexo, si tiene tarifa diferencial.

Cálculo del costo unitario promedio por servicio.

El costo unitario promedio, por servicio, corresponde al resultado de dividir el costo total de los casos atendidos por servicio entre el número de casos por servicio.

$$\text{COSTO UNITARIO PROMEDIO POR SERVICIO} = \frac{\text{COSTO TOTAL DE LOS CASOS ATENDIDOS POR SERVICIO}}{\text{No. DE CASOS ATENDIDOS POR SERVICIO}}$$

Este cálculo se debe hacer para cada grupo etario y si es del caso discriminado por sexo, si tiene tarifa diferencial.

Estimación del margen de riesgo por servicio y por usuario.

Con el margen de riesgo se refleja el costo bruto de los servicios del plan por cada usuario. El margen de riesgo corresponde al producto entre FRECUENCIA y COSTO UNITARIO PROMEDIO por servicio.

$$\text{MARGEN DE RIESGO} = \text{FRECUENCIA} * \text{COSTO UNITARIO PROMEDIO}$$

Estimación del margen de riesgo del plan por usuario.

Corresponde a la sumatoria de todos los servicios del plan ofrecido para cada usuario. Representa el costo bruto esperado del plan por usuario.

$$\text{MARGEN DE RIESGO DEL PLAN} = \sum (\text{FRECUENCIA} * \text{COSTO UNITARIO PROMEDIO})$$

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Este estudio actuarial tendrá por lo menos la siguiente nota técnica (NTA):

La información que sustente la NTA debe estar referenciada según grupo etario y sexo, cuando a ello haya lugar, de acuerdo con la siguiente clasificación:

Grupos Etáreos

## Rangos de Descripción Rangos de Descripción

Edad edad

1-4 Hombres 1-4 Mujeres

5-14 Hombres 5-14 Mujeres

15-44 Hombres 15-44 Mujeres

45-59 Hombres 45-59 Mujeres

> 60 Hombres > 60 Mujeres

La NTA debe relacionar la cobertura de servicios incluidos en el plan de salud, para lo cual se utilizará en detalle el tipo de servicios.

Número de casos por servicio de salud.

Corresponde a la cantidad de eventos prestados por la empresa durante un año, cuantificados con base en la unidad de medida definida en la tabla de conceptos. Para los planes nuevos lo anterior se calculará con base en proyecciones.

Unidad de medida de los servicios de salud.

Es la unidad que permite cuantificar el número de casos ocurridos en la prestación de servicios de salud, de acuerdo con la clasificación definida en la tabla de conceptos:

Tabla de Conceptos

Código Servicio (concepto) Unidad de medida

010 Fomento y prevención Pacientes

021 Consulta médica general Consultas

022 Consulta médica especializada Consultas

023 Consulta domiciliaria Consultas

031 Consulta odontológica Consultas

032 Tratamientos odontológicos Tratamientos

040 Urgencias Consultas

050 Hospitalización no quirúrgica

Normal Días

060 Hospitalización No quirúrgica

U.C.I. Días

070 Hospitalización quirúrgica

Normal Días

080 Hospitalización quirúrgica

U.C.I. Días

090 Obstetricia Atención del parto

100 Cirugía ambulatoria Procedimientos

110 Apoyo diagnóstico Exámenes

120 Apoyo terapéutico Sesiones

130 Procedimientos alto costo Pacientes

Costo de los casos atendidos por la EPS o entidad de prepago.

Se refiere al costo de cada servicio multiplicado por el número de casos atendidos. Para los planes nuevos, lo anterior se calculará con base en proyecciones.

Cálculo de la frecuencia de utilización de los servicios de salud.

La frecuencia, calculada para cada uno de los servicios ofrecidos por plan, resulta de dividir el número de casos que fueron atendidos durante un período (año) entre el promedio de población expuesta al riesgo para el plan en el mismo período.

$$FRECUENCIA = \frac{\text{No. DE CASOS ATENDIDOS POR SERVICIO}}{\text{PROMEDIO DE POBLACION EXPUESTA AL RIESGO (PPE)}}$$

Para calcular la variable “promedio de población expuesta al riesgo” se debe seguir el siguiente procedimiento:

No: Número de afiliados a diciembre 31 del año anterior al de referencia.

N1: Número de afiliados a marzo 30 del año de referencia.

N2: Número de afiliados a junio 30 del año de referencia.

N3: Número de afiliados a septiembre 30 del año de referencia.

N4: Número de afiliados a diciembre 31 del año de referencia.

$$PPE = \left( \frac{N_0 + N_1}{2} \cdot t_1 \right) + \left( \frac{N_1 + N_2}{2} \cdot t_2 \right) + \left( \frac{N_2 + N_3}{2} \cdot t_3 \right) + \left( \frac{N_3 + N_4}{2} \cdot t_4 \right) \text{ donde } t_i = 1/4$$

Para los casos de planes nuevos, las anteriores variables se determinarán con base a proyecciones.

Para  $i = 1, 2, 3$  y  $4$ , representa el trimestre  $i$ -ésimo del año.

Reemplazando y agrupando se obtiene:

$$PPE = \frac{1}{4} \left[ \frac{N_0}{2} + N_1 + N_2 + N_3 + \frac{N_4}{2} \right]$$

Este cálculo se debe hacer para cada grupo etario y si es del caso discriminado por sexo, si tiene tarifa diferencial.

Cálculo del costo unitario promedio por servicio.

El costo unitario promedio, por servicio, corresponde al resultado de dividir el costo total de los casos atendidos por servicio entre el número de casos por servicio.

$$COSTO\ UNITARIO\ PROMEDIO\ POR\ SERVICIO = \frac{COSTO\ TOTAL\ DE\ LOS\ CASOS\ ATENDIDOS\ POR\ SERVICIO}{No.\ DE\ CASOS\ ATENDIDOS\ POR\ SERVICIO}$$

Este cálculo se debe hacer para cada grupo etario y si es del caso discriminado por sexo, si tiene tarifa diferencial.

Estimación del margen de riesgo por servicio y por usuario.

Con el margen de riesgo se refleja el costo bruto de los servicios del plan por cada usuario. El margen de riesgo corresponde al producto entre FRECUENCIA y COSTO UNITARIO PROMEDIO por servicio.

$$MARGEN\ DE\ RIESGO = FRECUENCIA * COSTO\ UNITARIO\ PROMEDIO$$

Estimación del margen de riesgo del plan por usuario.

Corresponde a la sumatoria de todos los servicios del plan ofrecido para cada usuario. Representa el costo bruto esperado del plan por usuario.

$$MARGEN\ DE\ RIESGO\ DEL\ PLAN = \sum (FRECUENCIA * COSTO\ UNITARIO\ PROMEDIO)$$

#### 2.6.7.2. DETERMINACIÓN DE LA TARIFA BÁSICA.

<Subnumeral eliminado por la Circular 20 de 2015>

Notas de Vigencia

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

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.6.7.2. Con el propósito de incorporar debidamente en la tarifa el pago de bonos o vales o cualquier otra forma de pago moderador, cuyo propósito es racionalizar la frecuencia de utilización de los servicios ya valorados en su integridad, la tarifa básica del plan, representa el resultado de disminuir el margen de riesgo con los recaudos de estos pagos; si corresponde a un nuevo plan el valor a disminuir será la proyección de pagos moderadores considerando las frecuencias antes determinadas.

$$\text{TARIFA BÁSICA} = \text{MARGEN DE RIESGO DEL PLAN} - \frac{(\text{PAGOS MODERADORES RECAUDADOS O ESTIMADOS})}{(\text{PROMEDIO DE POBLACION EXPUESTA AL RIESGO})}$$

Este cálculo se debe hacer para cada grupo etario y si es del caso discriminado por sexo, si tiene tarifa diferencial.

### 2.6.7.3. CÁLCULO DE LA TARIFA TOTAL.

<Subnumeral eliminado por la Circular 20 de 2015>

#### Notas de Vigencia

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

#### Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

Teniendo en cuenta el principio de suficiencia contemplado en el numeral 4 del artículo 26 del Decreto 1570 de 1993, la tarifa total incluye además de la tasa de riesgo del plan, el cubrimiento de los costos propios de la operación tales como los gastos administrativos y de ventas y la posible utilidad, cuyo porcentaje no podrá ser superior al 15%.

Para el efecto, la tarifa total se calcularía de la siguiente forma:

$$\text{TARIFA TOTAL} = \text{TARIFA BÁSICA} + \% \text{ PARA GASTOS ADMINISTRATIVOS} + \% \text{ PORCENTAJE PARA GASTOS DE VENTAS} + (\% \text{ PARA UTILIDAD}^*)$$

Los porcentajes a aplicar para gastos administrativos y de ventas corresponderán a los reportados en el estado de ingresos y gastos de cada plan respecto a los ingresos operacionales.

De la anterior nota técnica se tendrá en cuenta únicamente la variación de la frecuencia de utilización y el incremento en el número de los grupos etarios para evaluar los incrementos anuales en cuotas moderadoras y copagos que soliciten las Empresas de Medicina Prepagada y que sean superiores al IPC certificado por el DANE. .

2.6.8 PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC). <Numeral adicionado por de la Circular 12 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> A través de la presente Circular, la Superintendencia instruye a las



Empresas de Medicina Prepagada que incorporen las estrategias o acciones de mejora frente al PAMEC, teniendo en cuenta que el alcance de este puede ser la Acreditación, el fortalecimiento de la gestión del riesgo para procesos misionales, mejora del programa de seguridad del paciente y el mejoramiento de los resultados de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad. Contribuyendo, de esta manera, con las acciones de mejora continua que se hacen a través de planes de mejoramiento de las Empresas de Medicina Prepagada.

Las Empresas de Medicina Prepagada deben reportar el Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada que contenga las acciones a realizar frente a los resultados del PAMEC de la vigencia anterior, al igual que el seguimiento al Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, según lo dispuesto en el Anexo Técnico – Archivo Tipo número ST001. En cualquier caso, la Superintendencia podrá requerir la inclusión de acciones adicionales al Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, las cuales deben ser adoptadas y monitoreadas por la entidad. El reporte con corte a diciembre, incorporará las acciones nuevas y el seguimiento a las acciones de la vigencia anterior. Para el caso del corte a junio, solo se reportará seguimiento.

#### Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por de la Circular 12 de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

2.6.9. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD (SIC). <Numeral adicionado por de la Circular 12 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Las Empresas de Medicina Prepagada deben garantizar la calidad de la información y la oportunidad del reporte a las diferentes fuentes integradas a SISPRO y a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social en lo que respecta al Sistema de Información para la Calidad como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).

Utilizando como insumo la información reportada en el Sistema de Información para la Calidad, las Empresas de Medicina Prepagada deberán monitorear sus resultados en calidad y los de la red de prestadores contratada.

#### Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por de la Circular 12 de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

2.7. SERVICIO DE AMBULANCIA PREPAGADO. <Nombre del numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008>

#### Notas de Vigencia

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

## Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

### 2.7. Servicio de Ambulancia Prepagada

<Párrafo adicionado por la Circular 20 de 2015. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades de servicio de ambulancia prepagado deberán remitir a esta Superintendencia, las notas técnicas de los productos y/o planes de acuerdo con lo establecido en el Capítulo [VII](#), Título II de la presente circular

## Notas de Vigencia

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

### 2.7.1. CONCEPTOS BÁSICOS DE OPERACIÓN.

Acorde con el título II del Decreto 1486 de 1994, norma que regula a todas las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada cuyo objeto social incluya el transporte de pacientes en ambulancia y/o la atención prehospitalaria, que dentro de su modalidad de servicio contemple los sistemas de prepago, se adoptan las siguientes definiciones:

“1. Transporte de pacientes. Es el conjunto de actividades destinadas al traslado de personas en estado crítico o limitado ya sea primario, secundario o con atención prehospitalaria, de conformidad con la resolución 009279 de 1993 del Ministerio de Salud, y las demás normas que se expidan en esta materia.

2. Atención prehospitalaria. Es el conjunto de acciones y procedimientos extrahospitalarios, realizados por personal de salud calificado a una persona limitada o en estado crítico, orientadas a la estabilización de sus signos vitales, al establecimiento de una impresión diagnóstica, y a la definición de la conducta médica o paramédica pertinente o su traslado a una institución hospitalaria.”

Igualmente la norma en mención determina que “las entidades de medicina prepagada que prestan el servicio de ambulancia prepagado deberán ceñirse a las normas en materia de medicina prepagada que le fueren aplicables, a las disposiciones especiales contenidas en este título, tener la Licencia Sanitaria de funcionamiento y cumplir con la normalización del Componente de traslado para la Red Nacional de Urgencias.

A la razón social o a la denominación social de las entidades de transporte de pacientes en ambulancia prepagado se deberá adicionar la expresión servicio de ambulancia prepagado.

El objeto social de las entidades que presten el servicio de las ambulancias prepagado será la gestión para la prestación de servicios de transporte de pacientes en ambulancia bajo el sistema de prepago en forma directa o en las modalidades autorizadas según lo especifica el presente

Decreto.

Así mismo se nombrará un funcionario responsable de la dependencia o programa y se deberá independizar el manejo presupuestal médico-prehospitalario, contable y administrativo de las entidades de la institución y estar bajo el control de la Superintendencia Nacional de Salud en lo pertinente”.

A su vez determina que son contratos de servicios de ambulancia prepago aquellos que para todos los efectos legales cuenten con una cobertura en uno o varios de los servicios de: transporte primario; transporte secundario; atención prehospitalaria y red de traslado.

Así mismo, se debe tener en cuenta que los contratos de servicio de ambulancia prepago deben guardar directa relación con las cualidades del servicio contratado.

#### 2.7.2. MODIFICACIÓN DE TARIFAS.

Las entidades de servicios de ambulancia prepago deberán anunciar la modificación de tarifas con un (1) mes de anticipación, para lo cual publicarán las nuevas tarifas que le serán aplicables a los correspondientes contratos en un diario de circulación en el área donde operan.

#### 2.7.3. CONTINUIDAD.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Se podrá dar por terminado el contrato de prestación de servicio de ambulancia prepago por parte de las empresas de servicios prepagos o los contratantes cuando se presente incumplimiento en las obligaciones pactadas de la otra parte.

Notas de Vigencia

- Numeral 2.7.3 modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.7.3 Se podrá dar por terminado el contrato de prestación de servicios de emergencia médica prepago por parte de las empresas de servicios prepagos o los contratantes cuando se presente incumplimiento en las obligaciones pactadas de la otra parte.

#### 2.7.4. APROBACIÓN DE CONTRATOS.

De acuerdo con lo establecido en las normas que regulan la materia, las entidades de servicios de ambulancia prepago someterán a aprobación previa de la Superintendencia Nacional de Salud los modelos de contratos de servicio de ambulancia prepago. En consecuencia, con la presentación de la petición de aprobación de los modelos en mención se hará la sustentación correspondiente de la viabilidad financiera y de la cobertura de la entidad respectiva.

#### 2.7.5. PATRIMONIO Y NÚMERO DE AMBULANCIAS.

Con el fin de brindar una atención oportuna y eficaz al usuario, las entidades de servicio de ambulancia prepago deberán tener el siguiente número de ambulancias en proporción a sus beneficiarios, en relación con el correspondiente patrimonio:

Beneficiarios o Ambulancias Patrimonio

Afiliados en smmlv

Menos de 5.000 2 2.000

Más de 5.000 y

menos de 15.000 3 3.000

Más de 15.000 y

menos de 25.000 4 3.500

Más de 25.000 y

menos de 50.000 5 4.000

Más de 50.000 y

menos de 100.000 7 5.000

Más de 100.000 y

menos de 170.000 9 5.500

Más de 170.000 y

menos de 250.000 10 6.000

Más de 250.000 11 e incorporar 2 6.000 + 1.000

más por cada por cada 80.000

80.000 afiliados afiliados

#### 2.7.6. REMISIÓN DE INFORMACIÓN.

En cumplimiento de lo preceptuado en el Decreto 308 de 2004 las entidades de servicio de ambulancias prepagado suministrarán a la Superintendencia Nacional de Salud información sobre el desarrollo de su objeto social, la ubicación de sus unidades y el perímetro a cubrir, con el propósito con que esta entidad verifique que la atención al usuario es oportuna, eficaz, eficiente y de calidad. Igualmente esta información permitirá determinar el cumplimiento a las cláusulas estipuladas en el contrato.

La remisión de la información se efectuará de conformidad con lo establecido en los anexos técnicos de la presente circular.

<Inciso adicionado por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Para la habilitación de los servicios de ambulancia prepagada se deberá allegar la misma documentación exigida para las empresas de medicina prepagada, teniendo en cuenta las particulares exigencias establecidas en la norma y ya exigidas en la circular única.

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado al subtítulo 2.7 por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

**2.7.7. PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC).** <Numeral adicionado por de la Circular 12 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> A través de la presente Circular, la Superintendencia instruye a los Servicios de Ambulancia Prepagada que incorporen las estrategias o acciones de mejora frente al PAMEC, teniendo en cuenta que el alcance de este puede ser la Acreditación, el fortalecimiento de la gestión del riesgo para procesos misionales, mejora del programa de seguridad del paciente y el mejoramiento de los resultados de los indicadores del SIC. Contribuyendo, de esta manera, con las acciones de mejora continua que se hacen a través de planes de mejoramiento de los Servicios de Ambulancia Prepagada.

Los Servicios de Ambulancia Prepagada deben reportar el Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada que contenga las acciones a realizar frente a los resultados del PAMEC de la vigencia anterior, al igual que el seguimiento al Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, según lo dispuesto en el Anexo Técnico – Archivo Tipo número ST001. En cualquier caso, la Superintendencia podrá requerir la inclusión de acciones adicionales al Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, las cuales deben ser adoptadas y monitoreadas por la entidad. El reporte con corte a diciembre, incorporará las acciones nuevas y el seguimiento a las acciones de la vigencia anterior. Para el caso del corte a junio, solo se reportará seguimiento.

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por de la Circular 12 de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

**2.7.8. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD (SIC).** <Numeral adicionado por de la Circular 12 de 2016. El nuevo texto es el siguiente:> Los Servicios de Ambulancia Prepagada deben garantizar la calidad de la información y la oportunidad del reporte a las diferentes fuentes integradas a SISPRO y a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social en lo que respecta al Sistema de Información para la Calidad como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).

Utilizando como insumo la información reportada en el Sistema de Información para la Calidad, los Servicios de Ambulancia Prepagada deberán monitorear sus resultados en calidad.

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por de la Circular 12 de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.

### 3. PÓLIZAS DE SALUD.

<Numeral modificado por la Circular [49](#) de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> El Decreto 806 de 1998, en cuanto a los tipos de Planes Adicionales de Salud contempla en su artículo [19](#): “Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes PAS:

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

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

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

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

#### Notas de Vigencia

- Numeral 3. modificado por la Circular [49](#) de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 46.951 de 5 de abril de 2008.

#### Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

3. El artículo [181](#) literal d) de la Ley 100 de 1993 establece que la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar a las entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica, como Entidades Promotoras de Salud (EPS) siempre que para ello cumplan con los requisitos previstos en el artículo [180](#).

Por su parte el Decreto 1485 de 1994 en su artículo 3 establece que “Las Entidades aseguradoras de vida que soliciten y obtengan autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de salud, podrán actuar como Entidades Promotoras de Salud; en tal caso se sujetarán a las normas propias de su régimen legal, sin perjuicio del cumplimiento de lo previsto en el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en este Decreto y las demás normas legales en relación con dicha actividad exclusivamente”

Igualmente, el Decreto [806](#) de 1998, en cuanto a los tipos de PLANES ADICIONALES DE SALUD contempla: “Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes PAS:

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

Teniendo en cuenta lo dispuesto en las normas enunciadas, las Aseguradoras o Compañías de Seguros de vida que oferten Pólizas de Salud o Seguros de Salud deben solicitar autorización para el ejercicio de esta actividad a la Superintendencia Nacional de Salud, toda vez que al ser consideradas como EAPB son parte del espectro de vigilados por la misma y consecuentemente deben remitir la información que esta determine en los plazos y condiciones de esta Circular.

### CAPITULO III.

#### REGÍMENES DE EXCEPCIÓN Y ESPECIALES.

De conformidad con lo preceptuado en el artículo [279](#) de la Ley 100 de 1993 son considerados regímenes de excepción:

1. El Sistema de Salud aplicable a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y al personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990.
2. El Sistema de Salud de los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.
3. El Sistema de Salud de los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol) y los pensionados de la misma.

Por su parte se consideran Sistemas Especiales aquellos que son organizados y administrados por

las Universidades Estatales u oficiales de conformidad con lo determinado en la Ley 647 de 2001 y las demás que la adicionan, modifican o reglamentan.

De acuerdo con las nuevas facultades conferidas por la Ley [1122](#) de 2007, la Superintendencia realizará las funciones de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) a las entidades exceptuadas de la Ley [100](#) de 1993 y al Sistema de Salud de las Universidades Públicas.

En consecuencia, la función de inspección, vigilancia y control con destino a las entidades o dependencias encargadas de los regímenes de excepción o especiales se hará exigiendo la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud; la protección de los derechos de los usuarios; la atención en salud sin ningún condicionamiento o presión; la eficiencia en el recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino al aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, la promoción de la participación de los afiliados como forma de participación ciudadana, la definición de mecanismos de rendición de cuentas por lo menos una vez al año y la protección del acceso a los servicios de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los sistemas exceptuados de acuerdo con las características propias de su organización, serán sujetos a la Inspección, Vigilancia y control en los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales e información, de conformidad con los conceptos establecidos en la Ley [1122](#) de 2007.

En ejercicio de las facultades mencionadas y en concordancia con los ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, el alcance en cada uno de ellos será:

1. **Financiamiento:** Se vigilará la eficiencia, eficacia y efectividad en el recaudo, flujo, administración y aplicación de los recursos de salud.
2. **Aseguramiento:** Se vigilará el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población objeto a un plan de beneficios del régimen.
3. **Prestación de servicios de Atención en Salud Pública:** Se vigilará que la prestación de servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
4. **Atención al Usuario y Participación Social:** Se vigilará que se garantiza el cumplimiento de los derechos de los usuarios y la participación social de acuerdo con los mecanismos propios de cada sistema.
5. **Eje de Acciones y Medidas Especiales:** Se realizará intervención forzosa administrativa para administrar las entidades vigiladas que cumplen funciones de administradores de recursos de la seguridad social del sistema especial o exceptuado.
6. **Información:** Se vigilará que las entidades especiales o exceptuadas garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia y finalmente vigilar que la afiliación corresponda a los sujetos con derechos plenos a pertenecer a los mencionados regímenes, evitar la doble afiliación y el libre tránsito entre sistemas.



Los regímenes de excepción y los sistemas especiales deberán enviar la información de afiliados y financiera de conformidad con los anexos técnicos de la presente circular.

<Inciso adicionado por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> Con el objeto de garantizar el debido proceso a los afiliados al momento de la imposición de una multa o sanción por incumplimiento o retardo a una cita médica la EAPB debe garantizar el debido proceso consagrado en el artículo [29](#) de la Constitución Política, de acuerdo con la normatividad vigente. Las EAPB no están autorizadas para aplicar como sanción el bloqueo en la prestación de los servicios de salud de los usuarios.

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado como último inciso al Título II por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.

CAPITULO CUARTO.

SISTEMA DE INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA.

<Capítulo eliminado por de la Circular 12 de 2016>

Notas de Vigencia

- Capítulo eliminado por de la Circular 12 de 2016, 'por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular [047](#) de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad', publicada en el Diario Oficial No. 49.956 de 5 de agosto de 2016.
- Numeral 4 modificado por la Circular 58 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.549 de 30 de noviembre de 2009.
- Según lo dispuesto por la Circular 58 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.549 de 30 de noviembre de 2009, el texto bajo el Título de 'ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS' originalmente incluido al final del Capítulo IV del Título II se traslada como un subtítulo final de cada uno de los siguientes capítulos:

TITULO XI.

ANEXOS TECNICOS.

CAPITULO Entidades Promotoras de Salud del régimen Contributivo y Entidades adaptadas al Sistema.

CAPITULO Entidades Adaptadas al sistema

CAPITULO Entidades Promotoras de salud del Régimen Subsidiado

CAPITULO Empresas de medicina prepagada

CAPITULO Servicio de ambulancia prepagada

## CAPITULO Regímenes de excepción y especiales.

- Capítulo IV adicionado al Título II por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009. El editor destaca que la Circular 56 de 2009, a la fecha de publicación de la Circular 57 de 2009 no había sido publicada en el Diario Oficial.

### Legislación Anterior

Texto adicionado por la Circular 56 de 2009:

#### CAPÍTULO CUARTO.

<Capítulo adicionado con el texto de la Circular 56 de 2009, según lo dispuesto por la Circular 57 de 2009. El texto adicionado es el siguiente:>

1. ANTECEDENTES. <Capítulo adicionado con el texto de la Circular 56 de 2009, según lo dispuesto por la Circular 57 de 2009. El texto adicionado es el siguiente:>

De conformidad con los requisitos de autorización de las Entidades Promotoras de Salud, el numeral c, artículo [180](#) de la Ley 100 de 1993, señala que las entidades deben evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios que ofrece a sus usuarios.

Adicionalmente, el numeral 6, artículo 178 de la Ley 100 de 1983, determina entre otras como función de las Entidades Promotoras de Salud “Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.

Teniendo en cuenta que en el marco legal del Decreto 1011 de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y determina en el artículo 38 que las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador, y además deben contemplar las características establecidas en el artículo 3 de este Decreto, que señala:

'Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales so/o 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'.

En concordancia con lo anterior, la Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, Es importante mencionar lo dispuesto en el artículo 2, que establece para el nivel de monitoría del sistema lo siguiente:

'Los indicadores trazadores definidos para este nivel y las fichas técnicas de los mismos están contenidos en el Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución, los cuales son de obligatoria implementación y reporte por parte de las instituciones a que hace referencia el artículo 1 del Decreto 1011 de 2006 y servirán para la monitoria de la calidad de fa atención en salud en todo el territorio Nacional y el desempeño de los diferentes actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud...”

Por otra parte, el Decreto 4747 de 2007 por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, en su artículo 5 establece que:

'Son requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:

**a) Por parte de los prestadores de servicios de salud:**

1. Habilitación de los servicios por prestar.
2. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
3. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.
4. Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

**b) Por parte de /as entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:**

1. información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.

2.. Modelo de atención definido por /a entidad responsable del pago.

3. Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.

4. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.

5. Indicadores de calidad m los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

6. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red....'

En este sentido y teniendo en cuenta la aplicación de las competencias asignadas a esta Superintendencia por las normas vigentes, en especial las conferidas en el Decreto 1018 de 2007, tiene por objetivo esta Superintendencia fijar las políticas de inspección. Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en concordancia con los siguientes numerales del artículo 6 del Decreto 1018 de 2007, que señalan las siguientes funciones:

'3. Definir políticas y estrategias de inspección, vigilancia y control para proteger los derechos de los ciudadanos en materia de salud”.

“5. Definir y armonizar con los sistemas de información disponibles en el Gobierno Nacional el sistema de información para el ejercicio de la inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social y establecer los mecanismos para la recolección, tratamiento, análisis y utilización del mismo'.

Por lo anteriormente expuesto y en tal virtud, se requiere dar el estricto cumplimiento al numeral 14, artículo 17 del Decreto 1018 de 2007, de establecer un sistema de indicadores de alerta temprana que permita la evaluación del aseguramiento y la calidad de la atención.

El Sistema de Indicadores de Alerta Temprana, tiene como mecanismo o estrategia en recopilar, revisar y analizar las variables de oportunidad y calidad en la atención y prestación de los servicios en salud, a fin de identificar de forma inmediata las falencias o problemas que resulten; y en consecuencia formular la aplicación de correcciones y soluciones oportunas. De igual manera, tiene como propósito optimizar los resultados de atención en salud desarrollando acciones de mejora en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS.

Adicionalmente, orientará a los usuarios en el conocimiento de las características, los niveles de oportunidad y demás aspectos cié los Prestadores de Servicios de Salud y EAPB, relacionados con la atención y prestación del servicio en salud, en el ejercicio de los derechos

y deberes de los usuarios del Sistema en Salud.

2. REQUERIMIENTO. <Capítulo adicionado con el texto de la Circular 56 de 2009, según lo dispuesto por la Circular 57 de 2009. El texto adicionado es el siguiente:>

Las Entidades Administradoras de Planes y Beneficios, deberán reportar trimestralmente a través de la página WEB de esta Superintendencia los indicadores de Alerta Temprana por prestador y municipio que a continuación se describen:

<Consultar tabla directamente en la Circular 56 de 2009>

Los siguientes indicadores serán reportados por EAPB:

<Consultar tabla directamente en la Circular 56 de 2009>

En el evento que se presenten indicadores que no cumplan con el estándar definido en esta Circular, la EAPB deberá presentar simultáneamente a esta Superintendencia el Plan de Mejoramiento por prestador y municipio, a fin de garantizar la oportunidad y calidad del servicio en salud con acciones precisas y metas de cumplimiento. Así:

Ejemplo: Indicador 'Tiempo de espera en consulta médica general'.

<Consultar tabla directamente en la Circular 56 de 2009>

<NOTA: Consultar la Circular 9 de 2012, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [470](#) de 2007 modificada por las Circulares 481, [492](#), 503, 514, 525 de 2008, 576, 587 de 2009, 0598, 060,9 06110 y 062 de 2010 para actualizar los indicadores de alerta temprana DEL TÍTULO II ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS CAPÍTULO IV INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA Y EL TÍTULO IV CAPÍTULO I NUMERAL 1.3. CAPÍTULOS II Y III DE CALIDAD, se establece su periodicidad', publicada en el Diario Oficial No. 48.502 de 25 de julio de 2012. Crea los archivos 542, 543, 544, 545, 546, 547 y 548.>

3. FORMA Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN. <Capítulo adicionado con el texto de la Circular 56 de 2009, según lo dispuesto por la Circular 57 de 2009. El texto adicionado es el siguiente:>

La información de indicadores de Alerta Temprana deberá ser presentada en archivos planos y radicados por vía electrónica a través de la página de Internet [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co) en el enlace dispuesto para este fin y firmados digitalmente, por parte del representante legal.

4. <Numeral modificado por la Circular 58 de 2009. Consultar el texto modificado directamente en la Circular 58 de 2009. El texto original es el siguiente:> La información de los archivos de indicadores de alerta temprana, deben reportarse por periodos trimestrales, la primera presentación corresponde a los dos primeros trimestres de 2009 y se presentarán a más tardar el 1 de diciembre del año 2009, y la segunda presentación corresponde a los dos últimos trimestres de 2009 y se presentarán a más tardar el 1 de febrero de 2010. Posteriormente, los indicadores de Alerta Temprana se presentarán de forma trimestralmente, así:

PERIODO FECHAS LÍMITE DE REPORTE

I TRIMESTRE, A 31 DE MARZO 1 DE MAYO

II TRIMESTRE, A 30 DE JUNIO 1 DE AGOSTO

III TRIMESTRE, A 30 DE SEPTIEMBRE 1 DE NOVIEMBRE

IV TRIMESTRE, A 31 DE DICIEMBRE 1 DE FEBRERO

5. OTROS ASPECTOS. <Capítulo adicionado con el texto de la Circular 56 de 2009, según lo dispuesto por la Circular 57 de 2009. El texto adicionado es el siguiente:>

La información debe ser reportada por prestador, sede y subseces en forma independiente para cada municipio.

El procesamiento y cargue de la información se debe realizar en su totalidad, no existen procesos parciales de cargue de información.

La Superintendencia validará los códigos de habilitación del prestador frente a la base de datos del Ministerio de la Protección Social, en el caso que un prestador no exista en dichos registros, no será posible el cargue o procesamiento de la información relacionada con ese prestador.

La atención y prestación de servicios corresponden a citas de primera vez y prioritarias, es decir, que las citas relacionadas con el control de cada especialidad no hacen parte de la información requerida.

6. SANCIONES. <Capítulo adicionado con el texto de la Circular 56 de 2009, según lo dispuesto por la Circular 57 de 2009. El texto adicionado es el siguiente:>

Como parte del seguimiento y control la Superintendencia Nacional de Salud evaluará la información frente a la reportada en Circular Única sobre los contratos de la red de prestadores que suscribe cada EAPB.

La inobservancia e incumplimiento de las instrucciones consignadas en la presente Circular como el no cargue o procesamiento de la información, falsedad de la misma y la no ejecución de los planes de mejoramiento acarrearán la imposición de las sanciones, tanto a título personal como institucional, que las normas determinan dentro de las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, penales o civiles que ellas conlleven.

El incumplimiento de lo dispuesto en la presente Circular se dará aplicación a lo establecido en el artículo [230](#) de la ley 100 de 1993, que señala: 'la Superintendencia Nacional de Salud, previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos [161](#), [168](#), [178](#), [182](#), [183](#), [188](#), [204](#), [210](#), [225](#) y [227](#), por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de solidaridad y Garantía', en concordancia con el artículo 42 de la Resolución 1212 de la Superintendencia Nacional de Salud.

FICHA TÉCNICA DE INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA.

<Consultar tabla directamente en la Circular 56 de 2009>

## ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORES DE PLANES DE BENEFICIOS

<Ver Notas de Vigencia sobre su traslado el traslado>

### CAPÍTULO V.

#### ESCISIÓN, FUSIÓN Y CREACIÓN DE NUEVAS ENTIDADES.

##### Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular 5 de 2017, 'Modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión, fusión y creación de EPS en las que se pretenda ceder la habilitación o autorización para operar, los afiliados y los contratos de prestación de servicios asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios', publicada en el Diario Oficial No. 50.245 de 26 de mayo de 2017.

- Capítulo modificado por la Circular 8 de 2016, 'modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión y fusión', publicada en el Diario Oficial No. 49.849 de 19 de abril de 2016.

<Capítulo modificado por la Circular 5 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:>

#### 1. ESCISIÓN DE EPS

##### 1.1. Concepto de Escisión

En términos generales, la escisión de una entidad constituye una reforma estatutaria por medio de la cual el escidente traspasa parte de sus activos y/o pasivos en bloque a una o varias entidades ya constituidas o a una o varias que se constituyen, llamadas beneficiarias.

Los siguientes son los eventos en los cuales se entiende configurada la escisión, así:

Una entidad sin disolverse, transfiere en bloque una o varias partes de su patrimonio a una o más entidades existentes (Escisión por absorción) o las destina a la creación de una o varias entidades (Escisión por creación).

Una entidad se disuelve sin liquidarse, dividiendo su patrimonio en dos o más partes, que se transfieren a varias entidades existentes (Escisión por absorción) o se destinan a la creación de nuevas entidades (Escisión por creación).

A partir de lo anterior, encontramos lo siguientes tipos:

##### Escisiones propias

Escisión parcial: Cuando la entidad sin disolverse se reserva parte de su patrimonio para sí y transfiere solo una parte del mismo a una o más entidades existentes o la destina a la creación de una empresa nueva.

Escisión total: Cuando una entidad se disuelve sin liquidarse y divide su patrimonio para transferirlo a otra(s) persona(s) jurídica(s) o destinarlo a la creación de un nuevo ente.

La entidad o entidades destinatarias de las transferencias resultantes de la escisión, se denominarán entidades beneficiarias.

Los socios, accionistas o miembros de la entidad escindida participarán en el capital de las entidades beneficiarias en la misma proporción que tengan en aquella, salvo que, por unanimidad de las acciones, cuotas sociales o partes de interés representadas en la asamblea o junta de socios de la escidente, se apruebe una participación diferente.

De lo anterior se concluye que la escisión puede ser total o parcial y que resulta viable para las EPS sobre las cuales la Superintendencia Nacional de Salud ejerce inspección, vigilancia y control.

### Escisiones Impropias

Se entiende por segregación o escisión impropia la operación mediante la cual una entidad, que se denomina “segregante” destina una o varias partes de su patrimonio a la constitución de una o varias entidades o al aumento de capital de entidades ya existentes, que se denominarán “beneficiarias”, generalmente en forma de aportes en especie. Como contraprestación, la segregante recibe acciones, cuotas o partes de interés de las beneficiarias.

Se considerará que un aporte en especie constituye segregación cuando, como resultado del mismo, se entregue una línea de negocio, establecimiento de comercio o se produzca un cambio significativo en el desarrollo del objeto social de la entidad segregante.

Escisión Homogénea y Heterogénea: La escisión es homogénea cuando se verifica identidad de tipo entre las entidades escindida y beneficiaria, es decir, cuando todas son anónimas, de responsabilidad limitada, por acciones simplificadas, etc.

La escisión es heterogénea cuando no se presenta identidad de tipo entre la entidad escindida y beneficiaria (s).

### 1.2. Consideraciones previas a la escisión

La escisión es una reforma estatutaria de carácter patrimonial, en la cual se hace una división de patrimonios de una entidad a otra nueva o ya existente, por tanto, la escisión, en ningún caso podrá significar incrementos en los costos administrativos o nuevos pasos en el proceso de intermediación de los recursos.

La escisión parcial de una entidad genera que la entidad escidente sin disolverse, se reserva parte de su patrimonio para sí y transfiere solo una parte del mismo a una o más entidades existentes o la destina a la creación de una empresa nueva, resultando de dicha operación una entidad escindida y una entidad beneficiaria.

Una vez inscrita en el Registro Mercantil o aquel que le corresponda, la Escritura Pública y/o cualquier otro documento equivalente de perfeccionamiento de la escisión, operará entre las entidades intervinientes y frente a terceros, la transferencia en bloque de una o varias partes de los activos y pasivos de la escidente, dependiendo de lo pactado en el plan de reorganización, a la(s) beneficiaria(s), sin perjuicio de lo previsto en materia contable.

Para las modificaciones del derecho de dominio sobre inmuebles y demás bienes sujetos a registro, bastará con enumerarlos en la respectiva escritura de escisión, indicando el número de folio de matrícula inmobiliaria o el dato que identifique el registro del bien o derecho respectivo.



Con la sola presentación de la escritura de escisión deberá procederse al registro correspondiente.

Así, a partir de la inscripción en el registro respectivo de la Escritura Pública que dé fe del perfeccionamiento de la escisión, la entidad o entidades beneficiarias asumirán las obligaciones que les correspondan de acuerdo con lo consignado en el plan de reorganización y adquirirán los derechos y privilegios inherentes a la parte patrimonial que se les hubiera transferido.

En materia de responsabilidades se tiene que, cuando una entidad beneficiaria incumpla alguna de las obligaciones que asumió por la escisión o lo haga la escidente respecto de obligaciones anteriores a la misma, todas las entidades participantes responderán solidariamente por el cumplimiento de la respectiva obligación. En este caso, la responsabilidad se limitará a los activos netos que les hubieren correspondido en el acuerdo de escisión.

En caso de disolución de la entidad escidente y sin perjuicio de lo dispuesto en materia tributaria, si alguno de los pasivos de la misma no fuere atribuido especialmente a alguna de las entidades beneficiarias, estas responderán solidariamente por la correspondiente obligación.

Se exceptúan de las anteriores disposiciones aquellas obligaciones que, en virtud de un acuerdo celebrado con los acreedores, sean asumidas integralmente por parte de una o varias de las entidades participantes en el proceso de reorganización, como consecuencia de una cesión de derechos, sustitución de partes intervinientes, extinción de obligaciones u otras figuras afines.

Ahora bien, al surtir la escisión, se da origen a una nueva EPS que recibirá el certificado de funcionamiento o de habilitación, los afiliados, activos, pasivos y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios por parte de la entidad escidente, previa presentación del plan de reorganización institucional y aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud. No obstante, lo anterior, podrán presentarse las siguientes modalidades:

- Cuando la entidad sin disolverse, previa autorización de la Superintendencia, transfiera en bloque una o varias partes de su patrimonio a una o más entidades existentes o las destine a la creación de una o varias entidades, indicará en el plan de reorganización institucional que presenta para aprobación ante la Superintendencia, a cuál entidad se le cederá el certificado de funcionamiento o la habilitación y, por ende, a sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios.

- Cuando la entidad se disuelva sin liquidarse y divida su patrimonio en dos o más partes, que se transfiera a varias entidades existentes o se destinan a la creación de nuevas entidades, indicará en el plan de reorganización institucional que presenta para aprobación ante la Superintendencia, a cuál entidad se le cederá el certificado de funcionamiento o la habilitación y, por ende, a sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios.

En el caso que, tanto la entidad escidente como la beneficiaria de la escisión cuenten con habilitación para funcionamiento como EPS, se conservará la habilitación que posea la beneficiaria. En este caso, la EPS escidente podrá ceder sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios, a la Entidad Promotora de Salud beneficiaria del proceso de reorganización institucional.

Para efectos del cálculo de la capacidad para realizar afiliaciones y efectuar traslados por parte de la EPS beneficiaria, así como para determinar la cobertura geográfica de su habilitación, se tendrán en cuenta todas las habilitaciones o autorizaciones de funcionamiento que concurren en

el Plan de Reorganización.

En todo caso, la entidad que cede sus afiliados deberá realizar simultáneamente la cesión de sus activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, y la entidad beneficiaria no podrá dejar de cumplir las obligaciones que se derivan de los contratos de aseguramiento y de prestación de servicios suscritos por la entidad escidente, así como el plazo para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de que trata el Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá especial vigilancia y control sobre las EPS objeto del proceso de escisión, a fin de garantizar el aseguramiento y la efectiva prestación del servicio público esencial de salud, a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las entidades en proceso de escisión.

En lo relativo a la cesión de los acuerdos de voluntades celebrados entre la(s) EPS participante(s) en el proceso de escisión y su red de prestadores, estas deberán sujetarse a lo establecido en el artículo [887](#) y subsiguientes del Código del Comercio<sup>[1]</sup>.

Antes de la presentación del plan de reorganización institucional a la Superintendencia Nacional de Salud, y cuando las entidades participantes de la escisión se dediquen a la misma actividad económica o participen en la misma cadena de valor, y además cumplan con alguna de las dos condiciones establecidas en el artículo 9o de la Ley 1340 de 2009, deberán informar a la Superintendencia de Industria y Comercio para la correspondiente aprobación previa de que trata el mencionado artículo, sobre las operaciones que proyecten llevar a cabo para efectos de escindirse, salvo que en conjunto cuenten con menos del 20% del mercado relevante, caso en el cual deberán únicamente notificarle.

### 1.3. Proyecto del Plan de Reorganización Institucional de Escisión

Para el estudio del plan de reorganización institucional de escisión de las EPS, este deberá estar suscrito por los representantes legales de cada una de las entidades participantes, y presentado personalmente o por conducto de apoderado ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el lleno de los siguientes requisitos:

#### 1.3.1 Requisitos Generales

- El nombre y NIT de las entidades que participen en la escisión.
- Los motivos de la escisión y las condiciones en que se realizará.
- Copia del acta, acuerdo o documento equivalente en el cual se acredite la discusión y aprobación del plan de reorganización institucional por parte de la junta de socios, asamblea de accionistas, o quien haga sus veces, de las entidades que participen en la escisión.
- En el caso de creación de nuevas entidades, los estatutos de la misma.
- La opción que se ofrecerá a los tenedores de bonos (cuando aplique).
- Estados financieros de las entidades que participen en el proceso de escisión debidamente certificados y acompañados de un dictamen emitido por el revisor fiscal y en su defecto por contador público independiente.

- La fecha a partir de la cual las operaciones de las entidades que se disuelven habrán de considerarse realizadas para efectos contables, por cuenta de la entidad o entidades beneficiarias. Dicha estipulación solo produce efectos entre las entidades participantes en la escisión y entre los respectivos socios, accionistas o miembros.

- Descripción de las acciones para el manejo y destinación de los saldos, remanentes y/o recursos del SGSSS que, luego de finalizado el proceso, persistan en las entidades que participen en la reorganización institucional como EPS y que cedan su habilitación, activos, pasivos y contratos.

- Modelo de atención para la prestación de los servicios de salud ajustado con la caracterización de la población que recibe. Dicho modelo deberá venir acompañado de todos los procesos, procedimientos, manuales y demás documentos que se mencionen en el modelo de atención.

- En el evento que la aprobación del plan de reorganización implique la transformación de la entidad beneficiaria de la habilitación, así deberá justificarse y documentarse en la solicitud, ya sea a título de reforma estatutaria, aprobación de una medida especial o cualquiera otra figura que se estime pertinente.

Un ejemplar del aviso publicado en un diario de amplia circulación nacional a través del cual los representantes legales de las entidades intervinientes en la escisión hayan dado a conocer al público la aprobación del compromiso. Este aviso deberá contener: i) los nombres de las compañías participantes, sus domicilios y el capital social, o el suscrito y el pagado; ii) el valor de los activos y pasivos de las entidades participantes en el proceso de escisión; iii) una síntesis del anexo explicativo de los métodos de evaluación utilizados y de la participación que los miembros de la entidad escindida tendrán en el capital de la entidad beneficiaria o en la nueva entidad.

- Para el caso de los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, copia de la autorización o, en su defecto, aval previo por parte de la Superintendencia de Subsidio Familiar, relacionado con la escisión objeto del Plan de Reorganización Institucional.

- Copia del acto administrativo expedido por la Superintendencia de Industria y Comercio que autoriza la concentración proyectada, cuando aplique, en cumplimiento del artículo 9o y s.s. de la Ley 1340 de 2009.

Este requisito podrá ser allegado hasta antes de que se cumpla el término de que trata la presente Circular para que la Superintendencia Nacional de Salud resuelva la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional y, en el caso de que el solicitante no pueda entregar este documento por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio, informará de esa situación a esta Entidad, para suspender los términos.

En cumplimiento de lo previsto en el artículo [74](#) de la Constitución Política, el artículo [24](#) de la Ley 1437 de 2011 y el artículo [2o](#) de la Ley 1712 de 2014, y con el objeto de salvaguardar la reserva que pueda predicarse de los documentos o la información aportada con la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional, las entidades solicitantes deberán precisar los documentos o folios sobre los cuales exista norma legal de reserva o confidencialidad. Para ello deberán presentar dentro del Proyecto del Plan de Reorganización un documento contentivo de la información sobre la cual solicitan reserva, desarrollando una justificación, así sea sumaria, del por qué el documento ostenta tal calidad.

En este caso, la Superintendencia Nacional de Salud deberá incluir la justificación en el

expediente público, y abrirá otro expediente de carácter reservado en el que se incluirán los documentos completos aportados con la solicitud.

Lo anterior, sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud pueda objetar el carácter reservado de los documentos que se indiquen en la solicitud, cuando no se consideren reservados conforme a la Constitución Política o la Ley.

La información reservada que reciba la Superintendencia Nacional de Salud no podrá ser compartida, salvo que medie autorización expresa del titular de la misma, o alguna de las excepciones previstas en la normativa aplicable a la materia.

### 1.3.1.1 Anexos Requisitos Generales

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

- Número de afiliados que se van a ceder por municipio o distrito, de acuerdo con la siguiente estructura:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Tipo de Dato
CÓDIGO DANE	Registre el código DANE de la entidad territorial al que pertenecen los afiliados cedidos (cinco dígitos)	5	Texto
Número de Afiliados Cargados en la BDU A	Indica el número de afiliados cargados en BDU A	7	Numérico
Número de afiliados pendientes de cargar en BDU A	Indica el número de afiliados no registrados en la BDU A	7	Numérico

- Relación de activos y pasivos que se van a ceder, de acuerdo con la siguiente estructura:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
NIT	NIT de la entidad que se disuelve sin dígito de verificación	9	Numérico
Código Contable	Registre el código contable en el cual tiene registrado el activo o pasivo	16	Numérico
Descripción	Descripción detallada del activo o pasivo.	200	Alfanumérico

A manera de ejemplo:

1. Para terrenos o edificaciones escriba la descripción del activo incluyendo dirección de la ubicación del mismo.

2. Para Cuentas por pagar, debe incluir en la descripción el tercero (nombre y NIT) con el que tiene la deuda, concepto y No. De factura.

Valor	Saldo del activo o pasivo a la fecha en pesos.	20	Numérico
valor cedido	Valor que será cedido a la entidad beneficiaria.	20	Numérico

- Relación de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios que se van a ceder, de acuerdo con la siguiente estructura:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
NIT de la prestadora	Número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	16	Numérico
Dígito de verificación prestadora	Dígito de Verificación del Número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	1	Numérico
Código de Entidad prestadora	Código de habilitación para IPS (inscrito en REPS)	1	Numérico
Número de contrato	Identificación del contrato	30	Alfanumérico
Fecha de inicio del contrato	Fecha de inicio del contrato	10	Fecha con formato dd/mm/aaaa
Fecha de terminación del contrato	Fecha final del contrato (No puede ser inferior al periodo de reporte).	10	Fecha con formato dd/mm/aaaa
Tipo Contrato	Tipo de contrato entre el contratante y la I.P.S	1	Numérico
	1:= Por Capitación		
	2:= Por Conjunto de Atención Integral o paquete		
	3:= Por evento		
	4:= Por diagnóstico		
	5:= Otro		
Otro	Especifique el tipo de contrato si marcó otro en Tipo de contrato	50	Alfanumérico
Régimen	Plan al cual presta servicios de salud la IPS	1	Numérico
	1:=Régimen Contributivo		
	2:=Régimen Subsidiado		

	3:=Regímenes Contributivo y Subsidiado		
Número afiliados por contrato	El número Total de afiliados cubierto por el contrato	10	Numérico
Área de cobertura	Corresponde a cada municipio que cubre la prestación de servicios de salud de cada IPS contratada. Según tabla DANE	5	Caracteres numéricos
Número afiliados por municipio	El número de afiliados cubierto en cada municipio	10	Numérico
Código de servicio	Código del servicio contratado, de acuerdo con la Guía de Transición de Servicios. Resolución 2003 de 2014 o normas que la modifique, sustituyan o eliminen.	4	Numérico
Modalidad Servicio	Modalidad del Servicio Contratado de acuerdo a Resolución 2003 de 2014 o normas que la modifique, sustituyan o eliminen.	1	Numérico
	1:= Intramural ambulatorio		
	2:= Intramural hospitalarios		
	3:=Brigadas o jornadas de salud Modalidad intramural		
	4:=Brigadas o jornadas de salud Modalidad extramural		
	5:= Extramural Atención en unidad móvil acuática o terrestre		
	6:= Extramural Atención domiciliaria		
	7:=Telemedicina para prestador remitior		
	8:=Telemedicina para prestador remitior - Con Teleuci		
	9:=Telemedicina para centros de referencia		
Complejidad del servicio contratado	Identificación de la complejidad que presenta el servicio contratado.	1	Numérico
	1:= Baja		
	2:= Media		
	3:= Alta		
Interrupción voluntario de	La IPS Practica Interrupción voluntario de embarazo	1	Numérico

embarazo	1:= Sí		
	2:= No		
Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
Eutanasia	La IPS practica la Eutanasia:	1	Numérico
	1:= Sí		
	2:= No		
Rol en la red servicios oncológicos	Rol en la red de prestación de servicios oncológicos:	1	Numérico
	1: líder Red		
	2: Asistencial		
	3: Administrativo		
	4: Logístico		
	0: NA		

- El reparto entre los socios, accionistas o miembros de la entidad escidente, de las cuotas, acciones o partes de interés que les corresponderán en las entidades beneficiarias, junto con la certificación por parte del representante legal de la entidad beneficiaria con explicación, cuando aplique, de los métodos de evaluación utilizados de acuerdo con la siguiente estructura:

Nota: Se debe presentar la Relación de Socios o accionistas de las participantes en el proceso de escisión, así como de la entidad resultante.

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
Tipo Entidad	Tipo de la entidad que se reporta, escriba:	1	Numérico
	1. Entidad que se disuelve		
	2. Entidad Resultante		
NIT	NIT de la entidad a reportar	9	Numérico
Identificación accionista, integrante o símil.	Socio, Número de identificación	50	Texto
Tipo de Socio o accionista	Tipo de identificación del aportante	2	Texto

NI=NIT

CC=Cédula de ciudadanía

CE=Cédula de extranjería

OT=Otra/Otro

Nombre Socio o accionista	Nombre completo del accionista o socio	50	Alfanumérico
Valor total aporte	Valor total del aporte en pesos	15	Numérico, sin separador de miles.
No. Acciones	No total de acciones	15	Numérico, sin separador de miles.

### 1.3.2 Requisitos Específicos

Con el plan de reorganización institucional, deberá acompañarse un programa de cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones. Este programa de cumplimiento debe contener también el programa de capitalización y/o formulación del cubrimiento del defecto resultante del proceso de escisión.

Adicionalmente, se debe describir la estructura de las bases de datos que hacen parte de los anexos de este numeral.

Este programa de cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones, debe remitirse en archivo pdf.

#### 1.3.2.1 Anexos Requisitos Específicos

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

- El catálogo de la información financiera de la entidad beneficiaria siguiendo la estructura del Archivo Tipo FT001 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las disposiciones que la modifiquen.
- Otros conceptos financieros, reservas técnicas e inversiones, siguiendo la estructura de los Archivos Tipo FT006 – Bancos y Carteras Colectivas, FT007 – Control de Inversiones Inscritas en el Mercado de Valores de Colombia, FT008 – Inversiones – Otros Títulos, FT011 – Condiciones Financieras, y el Archivo técnico 167 – Reservas técnicas e inversiones de las reservas técnicas, de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las disposiciones que la modifiquen.

Nota: Adicionalmente debe enviar las políticas y revelaciones en la aplicación de Normas Internacionales de Información Financiera de la Entidad donde se describan los conceptos incluidos en el Archivo Tipo FT011 – Condiciones Financieras.

- Proyecciones del Balance General, del Estado de Resultados y del Presupuesto de la entidad beneficiaria por los años que restan para el cumplimiento de las condiciones financieras de que



trata el Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones. Estas proyecciones deben estar acompañadas de todos los análisis realizados y sustentación de cada una de las cifras, debidamente formulados.

- Presentación de los valores de los defectos de Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado e Inversión de las Reservas técnicas de acuerdo con las condiciones fijadas en el Decreto 2702 de 2014 y del párrafo 3 del artículo 1o del Decreto 2089 de 2015, compilados en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones.

### 1.3.3 Trámite al interior de la Superintendencia Nacional de Salud

Radicada la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Escisión, la Superintendencia Nacional de Salud entrará a resolver lo pertinente mediante acto administrativo debidamente motivado.

Cuando la Superintendencia constate que la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Escisión está incompleta, requerirá al solicitante para que la complete en el término máximo de un (1) mes. Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento, salvo que antes de vencer el plazo concedido solicite prórroga hasta por un término igual. A partir del día siguiente en que el interesado aporte los documentos faltantes, se iniciará el término para resolver la solicitud.

En el caso de tratarse del cumplimiento del requisito de aprobación previa de que trata el artículo 9o y s.s. de la Ley 1340 de 2009, por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio, la suspensión señalada en el párrafo anterior, podrá prolongarse hasta por un término máximo de seis (6) meses.

### 1.4. Acto administrativo que resuelve la solicitud de autorización del Plan de Reorganización Institucional de Escisión

La Superintendencia Nacional de Salud decidirá sobre la aprobación del plan de reorganización institucional, dentro del cual se encuentra i) la solicitud de aprobación de reforma estatutaria y; ii) la solicitud de aprobación de la cesión de afiliados, activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, y mediante uno o varios actos administrativos resolverá lo que corresponda en los términos de la petición presentada.

También en dicho(s) acto(s) administrativo(s) se incluirá la obligación de las entidades intervinientes de formalizar la aprobación del plan de reorganización institucional mediante escritura pública registrada en la Cámara de Comercio o la entidad encargada del registro respectivo, dentro del término señalado en el(los) acto(s) administrativo(s) correspondiente(s), so pena de la imposición de las sanciones por el incumplimiento de las instrucciones y órdenes impartidas por esta Superintendencia.

Igualmente, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del(os) Acto(s) Administrativo(s) al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándole copia y advirtiéndole que contra ella(os) procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro del término previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Así mismo se ordenará comunicar la decisión al Ministerio de Salud y Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga o a quienes hagan sus veces.

Si una vez revisado el plan de reorganización institucional, este no cumple con la totalidad de lo establecido en el artículo 87 del Decreto 2353 de 2015, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones, y en la presente Circular, se podrá condicionar la aprobación o rechazar la solicitud, dependiendo de las circunstancias particulares de cada caso, mediante acto administrativo debidamente motivado.

### 1.5. Perfeccionamiento y efectos de la escisión

Una vez aprobado el plan de reorganización institucional de escisión por la Superintendencia Nacional de Salud, los representantes legales de las entidades intervinientes deberán elevarlo a Escritura Pública que contendrá los estatutos de la nueva entidad o las reformas que se introducen a los estatutos de las ya existentes. Igualmente, en ella deberán protocolizarse los siguientes documentos:

- El acta o actas de las entidades participantes en que conste el acuerdo de escisión.
- La aprobación del plan de reorganización institucional de escisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (acto administrativo).
- Los estados financieros certificados y dictaminados, de cada una de las entidades participantes, que hayan servido de base para la escisión.

Hasta tanto se perfeccione la cesión de la habilitación a la entidad beneficiaria, la escidente deberá seguir garantizando, en todo caso, la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados.

En el Acto Administrativo de aprobación del plan, la Superintendencia autorizará la cesión de la habilitación o autorización para operar, así como de los afiliados a la entidad beneficiaria, estableciendo la fecha a partir de la cual será la encargada del aseguramiento de la población y entrará a operar como EPS al SGSSS.

Copia de la Escritura Pública en cita se registrará en la Cámara de Comercio, o la entidad encargada del registro respectivo, correspondiente al domicilio social de cada una de las entidades participantes en el proceso de escisión.

Una vez inscrita en el registro pertinente la escritura a que se refiere el párrafo anterior, operará entre las entidades intervinientes en la escisión y frente a terceros la transferencia de los activos, pasivos, afiliados, habilitación o autorización y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios de la escidente a la beneficiaria, sin perjuicio de lo previsto en materia contable.

Efectuado el registro de la escritura pública correspondiente, las entidades intervinientes deberán remitir a esta Superintendencia copia de la escritura pública y la constancia de su registro, a más tardar dentro de los quince (15) días siguientes a dicho trámite.

Perfeccionada la escisión se dará aviso al público de tal circunstancia en un diario de amplia circulación nacional, el cual se publicará por tres (3) veces, con intervalos de cinco (5) días.

## 2. FUSIÓN DE EPS

### 2.1. Concepto de Fusión

Habrá fusión cuando una o más entidades se disuelvan, sin liquidarse, para ser absorbidas por otra o para crear una nueva.

La absorbente o la nueva compañía adquirirá los derechos y obligaciones de la entidad o entidades disueltas al formalizarse el acuerdo de fusión.

De acuerdo con lo anterior, la Fusión constituye una operación para unificar inversiones y criterios comerciales de dos compañías de una misma rama o de objetivos compatibles.

Son características de la Fusión:

- La desaparición de la entidad aportante o absorbida.
- La atribución de nuevos derechos sociales a los asociados de las entidades desaparecidas.
- Transmisión de la universalidad de los bienes de la entidad absorbida a la entidad absorbente.
- Los accionistas, asociados o socios de la entidad absorbida devienen en socios o miembros de la absorbente.

Clasificación de las Fusiones. La Fusión puede ser de dos tipos:

1. Fusión Pura o Fusión por Asociación: Dos o más compañías se unen para constituir una nueva, estas se disuelven, pero no se liquidan.
2. Fusión por Absorción: Una entidad absorbe a otra u otras entidades que también se disuelven, pero no se liquidan.

Estas asociaciones o fusiones en ningún caso podrán significar incrementos en los costos administrativos o nuevos pasos en el proceso de intermediación de los recursos.

## 2.2. Consideraciones previas a la fusión

Al surtirse la fusión, se da origen a una nueva EPS que recibirá el certificado de funcionamiento o de habilitación, los afiliados, activos, pasivos y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios por parte de la entidad disuelta o absorbida, previa aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud, No obstante, podrá presentarse las siguientes modalidades:

- En el evento que la entidad absorbente se encuentre habilitada para operar como EPS dentro del SGSSS, se conservará su respectiva habilitación o certificado de funcionamiento, debiéndose informar de esta circunstancia ante esta Superintendencia en el respectivo Plan de Reorganización institucional. En este caso, la(s) EPS absorbida(s) cederá(n) sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios a la absorbente.
- En el evento que varias EPS decidan fusionarse en una sola entidad nueva o sean absorbidas por una entidad vigente, les corresponderá informar a esta Superintendencia en el respectivo Plan de Reorganización institucional, cuál o cuáles de los certificados de funcionamiento o habilitación será(n) objeto de la cesión en favor de la nueva entidad o de la absorbente y cómo se llevará a cabo el procedimiento de cesión de los afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios de todas las entidades participantes del proceso de fusión.

- Para efectos del cálculo de la capacidad para realizar afiliaciones y efectuar traslados por parte de la nueva EPS, así como para determinar la cobertura geográfica de su habilitación, se tendrán en cuenta todas las habilitaciones o autorizaciones de funcionamiento que concurren en el Plan de Reorganización.

En materia de responsabilidades, se tiene que, la entidad absorbente o la nueva compañía se hará cargo de los pasivos internos y externos de las absorbidas y adquiere sus bienes y derechos.

La tradición de los inmuebles se hará por la misma escritura de fusión o por escritura separada, registrada conforme a la ley. La entrega de los bienes muebles se hará por inventario y se cumplirán las solemnidades que la ley exija para su validez o para que surtan efectos contra terceros.

Hasta tanto se perfeccione la cesión de la habilitación a la entidad absorbente o nueva entidad, la entidad absorbida o disuelta deberá seguir garantizando la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados.

La entidad que cede sus afiliados deberá realizar simultáneamente la cesión de sus activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, y la entidad beneficiaria no podrá dejar de cumplir las obligaciones que se derivan de los contratos de aseguramiento y de prestación de servicios suscritos por la entidad disuelta o absorbida, así como el plazo para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de que trata el Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá especial vigilancia y control sobre las entidades objeto del proceso de fusión o asociación, a fin de garantizar el aseguramiento y la efectiva prestación del servicio público esencial de salud, a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las entidades en proceso de fusión o asociación.

En lo relativo a la cesión de los acuerdos de voluntades celebrados entre la(s) EPS participante(s) en el proceso de fusión y su red de prestadores, esta operación por tener una regulación propia no requiere ajustarse al procedimiento previsto en los artículos [887](#) y siguientes del Código de Comercio, y por tanto la sola fusión es título suficiente para la cesión de los mismos<sup>[2]</sup>.

Antes de la presentación del plan de reorganización institucional a la Superintendencia Nacional de Salud, y cuando las entidades participantes de la fusión se dediquen a la misma actividad económica o participen en la misma cadena de valor, y además cumplan con alguna de las dos condiciones establecidas en el artículo 9o de la Ley 1340 de 2009, deberán informar a la Superintendencia de Industria y Comercio para la correspondiente aprobación previa, sobre las operaciones que proyecten llevar a cabo para efectos de fusionarse, salvo que en conjunto cuenten con menos del 20% del mercado relevante, caso en el cual deberán únicamente notificarle.

### 2.3. Proyecto del Plan de Reorganización Institucional de Fusión

Para el estudio del plan de reorganización institucional de fusión de las EPS, este deberá suscribirse por los representantes legales de cada una de las entidades participantes, y presentarse personalmente o por conducto de apoderado ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el lleno de los siguientes requisitos:

### 2.3.1 Requisitos Generales

- El nombre y NIT de las entidades que participen en la fusión.
- Los motivos de la proyectada fusión y las condiciones en que se realizará.
- Copia de la convocatoria a la junta de socios, asamblea de accionistas, o quien haga sus veces, en la que conste el punto referente a la fusión y la posibilidad que tienen los socios, accionistas o miembros ausentes o disidentes de ejercer el derecho de retiro en las circunstancias previstas por la ley.
- Copia del acta, acuerdo o documento equivalente en el cual se acredite la discusión y aprobación del plan de reorganización institucional y del compromiso respectivo, por parte de la junta de socios, asamblea de accionistas, o quien haga sus veces, con el quórum previsto en los estatutos por las entidades que participen en la fusión.
- En esta misma acta, acuerdo o documento equivalente, se deberá acreditar el cumplimiento de lo establecido en el numeral 87.1 del artículo 87 del Decreto 2353 de 2015, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones, esto es, que la entidad o las entidades absorbidas o disueltas que ceden sus afiliados tengan, cuando aplique y en los términos de la normativa vigente, una participación en la entidad resultante de la reorganización.
- Certificación de los representantes legales de las compañías en las que conste que el proyecto de acuerdo de fusión estuvo a disposición de los socios en las oficinas del domicilio principal donde funcione la administración de la entidad, por lo menos durante los quince (15) días hábiles anteriores a la reunión en la que se decidió llevar a cabo la fusión.
- En el caso de creación de una entidad, los estatutos de la misma.
- Copias certificadas de los balances generales de las entidades participantes, que no sean EPS.
- La opción que se ofrecerá a los tenedores de bonos (si los hubiere).
- Estados financieros consolidados de las entidades que participen en el proceso de fusión debidamente certificados y acompañados de las notas de los estados financieros y de un dictamen emitido por el revisor fiscal o en su defecto por un contador público independiente.
- Descripción de las acciones para el manejo y destinación de los saldos, remanentes y/o recursos del SGSSS que, luego de finalizado el proceso, persistan en las entidades que participen en la reorganización institucional como EPS y que cedan su habilitación, activos, pasivos y contratos.
- Modelo de atención para la prestación de los servicios de salud ajustado con la caracterización de la población que recibe. Dicho modelo deberá venir acompañado de todos los procesos, procedimientos, manuales y demás documentos que se mencionen en el modelo de atención.
- En el evento en que la aprobación del plan de reorganización implique la transformación de la entidad beneficiaria de la habilitación, así deberá justificarse y documentarse en la solicitud, ya sea a título de reforma estatutaria, aprobación de una medida especial o cualquiera otra figura que se estime pertinente.
- Un ejemplar del aviso publicado en un diario de amplia circulación nacional a través del cual los representantes legales de las entidades intervinientes en la fusión hayan dado a conocer al

público la aprobación del compromiso. Este aviso deberá contener: i) los nombres de las compañías participantes, sus domicilios y el capital social, o el suscrito y el pagado; ii) el valor de los activos y pasivos de las entidades participantes en el proceso de fusión; iii) a síntesis del anexo explicativo de los métodos de evaluación utilizados y, cuando aplique de la participación que los socios de la entidad absorbida tendrán en el capital de la entidad absorbente o en la nueva entidad.

- Se deberá allegar los datos y cifras, tomados de los libros de contabilidad de las entidades que no sean EPS y que participen en el proceso de fusión, que hubieren servido de base para establecer las condiciones en que se realizará esta reorganización.

- El avalúo de aportes en especie que haya de recibir la absorbente o la nueva entidad (Si los hubiere).

- Para el caso de los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, copia de la autorización o, en su defecto, aval previo por parte de la Superintendencia de Subsidio Familiar, relacionado con la fusión objeto del Plan de Reorganización Institucional.

- Copia del acto administrativo expedido por la Superintendencia de Industria y Comercio que autoriza la concentración proyectada, cuando aplique, en cumplimiento del artículo 9 y s.s. de la Ley 1340 de 2009.

Este requisito podrá ser allegado hasta antes que se cumpla término de que trata la presente Circular para que la Superintendencia Nacional de Salud resuelva la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional y, en el caso de que el solicitante no pueda entregar este documento por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio, informará de esa situación a esta Entidad, para suspender los términos.

En cumplimiento de lo previsto en el artículo [74](#) de la Constitución Política, el artículo [24](#) de la Ley 1437 de 2011 y el artículo [2o](#) de la Ley 1712 de 2014, y con el objeto de salvaguardar la reserva que pueda predicarse de los documentos o la información aportada con la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional, las empresas solicitantes deberán precisar los documentos o folios sobre los cuales exista norma legal de reserva o confidencialidad. Para ello deberán presentar dentro del Proyecto del Plan de Reorganización un documento contentivo de la información sobre la cual solicitan reserva, desarrollando una justificación, así sea sumaria, de por qué el documento ostenta tal calidad.

En este caso, la Superintendencia Nacional de Salud deberá incluir la justificación en el expediente público, y abrirá otro expediente de carácter reservado en el que se incluirán los documentos completos aportados con la solicitud.

Lo anterior, sin perjuicio que la Superintendencia Nacional de Salud pueda objetar el carácter reservado de los documentos que se indiquen en la solicitud, cuando no se consideren reservados conforme a la Constitución Política o la ley.

La información reservada que reciba la Superintendencia Nacional de Salud no podrá ser compartida, salvo que medie autorización expresa del titular de la misma, o alguna de las excepciones previstas en la normativa aplicable a la materia.

#### 2.2.1.1 Anexos Requisitos Generales

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

- Número de afiliados que se van a ceder por municipio o distrito:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Tipo de Dato
CÓDIGO DANE	Registre el código DANE de la entidad territorial al que pertenecen los afiliados cedidos (cinco dígitos)	5	Texto
Número de Afiliados Cargados en la BDUA	Indica el número de afiliados cargados en BDUA	7	Numérico
Número de afiliados pendientes de cargar en BDUA	Indica el número de afiliados no registrados en la BDUA	7	Numérico

- Relación de activos y pasivos de las entidades que serán absorbidas, y de la absorbente o resultante, de acuerdo con la siguiente estructura:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
NIT	NIT de la Entidad a reportar sin dígito de verificación	9	Numérico
Código Contable	Registre el código contable en el cual tiene registrado el activo o pasivo	16	Numérico
Descripción	Descripción detallada del activo o pasivo.	200	Alfanumérico

A manera de ejemplo:

1. Para terrenos o edificaciones escriba la descripción del activo incluyendo dirección de la ubicación del mismo.

2. Para Cuentas por pagar, debe incluir en la descripción el tercero (nombre y NIT) con el que tiene la deuda, concepto y número de factura.

Valor	Saldo del activo o pasivo a la fecha en pesos.	20	Numérico
Valor cedido	Valor que será cedido a la entidad beneficiaria	20	Numérico.

- Relación de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios que se van a ceder, de acuerdo con la siguiente estructura:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
----------	-------------	-----------------	--------------------

NIT de la prestadora	Número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	16	Numérico
Dígito de verificación prestadora	Dígito de Verificación del Número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	1	Numérico
Código de Entidad prestadora	Código de habilitación para IPS (inscrito en REPS)	1	Numérico
Número de contrato	Identificación del contrato	30	Alfanumérico
Fecha de inicio del contrato	Fecha de inicio del contrato	10	Fecha con formato dd/mm/aaaa
Fecha de terminación del contrato	Fecha final del contrato (No puede ser inferior al periodo de reporte)	10	Fecha con formato dd/mm/aaaa
Tipo Contrato	Tipo de contrato entre el contratante y la IPS	1	Numérico
	1:= Por Capitación		
	2:= Por Conjunto de Atención Integral o paquete		
	3:= Por evento		
	4:= Por diagnóstico		
	5:= Otro		
Otro	Especifique el tipo de contrato si marcó otro en Tipo de contrato	50	Alfanumérico
Régimen	Plan al cual presta servicios de salud la IPS	1	Numérico
	1:=Régimen Contributivo		
	2:=Régimen Subsidiado		
	3:=Regímenes Contributivo y Subsidiado		
Número afiliados por contrato	El número Total de afiliados cubierto por el contrato	10	Numérico
Área de cobertura	Corresponde a cada municipio que cubre la prestación de servicios de salud de cada IPS contratada. Según tabla DANE	5	Caracteres numéricos
Número afiliados por municipio	El número de afiliados cubierto en cada municipio	10	Numérico



Código de servicio	Código del servicio contratado, de acuerdo con la Guía de Transición de Servicios. Resolución 2003 de 2014 o normas que la modifique, sustituyan o eliminen.	4	Numérico
Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
Modalidad Servicio	Modalidad del Servicio Contratado de acuerdo a Resolución 2003 de 2014 o normas que la modifique, sustituyan o eliminen.  1:= Intramural ambulatorio  2:= Intramural hospitalarios  3:=Brigadas o jornadas de salud Modalidad intramural  4:=Brigadas o jornadas de salud Modalidad extramural  5:= Extramural Atención en unidad móvil acuática o terrestre  6:= Extramural Atención domiciliaria  7:=Telemedicina para prestador remitior  8:=Telemedicina para prestador remitior - Con Teleuci  9:=Telemedicina para centros de referencia	1	Numérico
Complejidad del servicio contratado	Identificación de la complejidad que presenta el servicio contratado.  1:= Baja  2:= Media  3:= Alta	1	Numérico
Interrupción voluntario de embarazo	La IPS practica Interrupción voluntario de embarazo  1:= sí  2 := No	1	Numérico
Eutanasia	La IPS practica la Eutanasia:	1	Numérico

	1:= sí		
	2:= No		
Rol en la red de servicios oncológicos	Rol en la red de prestación de servicios oncológicos	1	Numérico
	1: líder Red		
	2: Asistencial		
	3: Administrativo		
	4: Logístico		
	0: NA		

- El intercambio de partes de interés, cuotas de acciones que implicará la fusión, de acuerdo con la siguiente estructura:

Nota: Se debe presentar la Relación de Socios o accionistas de las entidades absorbidas y de la absorbente o resultante.

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
Tipo Entidad	Tipo de la entidad que se reporta, escriba:  1. Entidad Absorbida  2. Entidad Absorbente o Resultante	1	Numérico
NIT	NIT de la entidad a reportar	9	Numérico
Identificación Socio, accionista, integrante o símil.	Número de identificación	50	Texto
Tipo de Identificación Socio o accionista	Tipo de identificación del aportante  NI=NIT  CC=Cédula de ciudadanía  CE=Cédula de extranjería  OT=Otra/Otro	2	Texto

Nombre Socio o accionista	Nombre completo del accionista o socio	50	Alfanumérico
Valor total aporte	Valor total del aporte en pesos	15	Numérico, sin separador de miles.
No. Acciones	No. total de acciones	15	Numérico, sin separador de miles.

### 2.3.2 Requisitos Específicos

Con el plan de reorganización institucional de fusión, deberá acompañarse un programa de cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones. Este programa de cumplimiento debe contener también el programa de capitalización y/o formulación del cubrimiento del defecto resultante del proceso de fusión.

Adicionalmente, se debe describir la estructura de las bases de datos que hacen parte de los anexos de este numeral.

Este programa de cumplimiento de las condiciones financieras que trata el Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016, debe remitirse en archivo pdf.

#### 2.3.2.1 Anexos Requisitos Específicos

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

- El catálogo de la información financiera de la entidad beneficiaria siguiendo la estructura del Archivo Tipo FT001 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las disposiciones que la modifiquen.
- Otros conceptos financieros, reservas técnicas e inversiones, siguiendo la estructura de los Archivos Tipo FT006 – Bancos y Carteras Colectivas, FT007 – Control de Inversiones Inscritas en el Mercado de Valores de Colombia, FT008 – Inversiones – Otros Títulos, FT011 – Condiciones Financieras, y el Archivo técnico 167 – Reservas técnicas e inversiones de las reservas técnicas, de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las disposiciones que la modifiquen.

Nota: Adicionalmente debe enviar las políticas y revelaciones en la aplicación de Normas Internacionales de Información Financiera de la Entidad donde se describan los conceptos incluidos en el Archivo Tipo FT011 – Condiciones Financieras.

- Proyecciones del Balance General, del Estado de Resultados y del Presupuesto de la entidad absorbente o nueva compañía por los años que restan para el cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones. Estas proyecciones deben estar acompañadas de todos los análisis realizados y sustentación de cada una de las cifras, en cuadros Excel debidamente formulados.
- Presentación de los valores de los defectos de Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado e Inversión de las Reservas técnicas de acuerdo con las condiciones fijadas en el Decreto 2702 de 2014 y del parágrafo 3o del artículo 1o del Decreto 2089 de 2015, compilados en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones.

### 2.3.3 Trámite al interior de la Superintendencia Nacional de Salud.

Radicada la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Fusión, la Superintendencia Nacional de Salud resolverá lo pertinente mediante acto administrativo debidamente motivado.

Cuando la Superintendencia constate que la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Fusión está incompleta, requerirá al solicitante para que la complete en el término máximo de un (1) mes. Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento, salvo que antes de vencer el plazo concedido solicite prórroga hasta por un término igual. A partir del día siguiente en que el interesado aporte los documentos faltantes, se iniciará el término para resolver la solicitud.

En el caso de tratarse del cumplimiento del requisito de aprobación previa de que trata el artículo 9o y s.s. de la Ley 1340 de 2009, por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio, la suspensión señalada en el párrafo anterior, podrá prolongarse hasta por un término máximo de seis (6) meses.

### 2.4. Acto administrativo que resuelve la solicitud de autorización del Plan de Reorganización Institucional de fusión.

La Superintendencia Nacional de Salud decidirá sobre la aprobación del plan de reorganización institucional, dentro del cual se encuentra i) la solicitud de aprobación de reforma estatutaria y; ii) la solicitud de aprobación de la cesión de afiliados, activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, y mediante uno o varios actos administrativos resolverá lo que corresponda en los términos de la petición presentada.

También en dicho(s) acto(s) administrativo(s) se incluirá(n) la (las) obligación(es) de las entidades intervinientes de formalizar la aprobación del plan de reorganización institucional mediante escritura pública registrada en la Cámara de Comercio o la entidad encargada del registro respectivo, dentro del término señalado en el (los) acto(s) administrativo(s) correspondiente(s), so pena de la imposición de las sanciones por el incumplimiento de las instrucciones y órdenes impartidas por esta Superintendencia.

Igualmente, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del (os) Acto(s) Administrativo(s) al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándole copia y advirtiéndole que contra este(os) procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro de la oportunidad prevista en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Así mismo se ordenará comunicar a la (las) decisión(es) al Ministerio de Salud y Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga o a quienes hagan sus veces.

La escritura deberá inscribirse en el registro mercantil de la Cámara de Comercio o la entidad encargada del registro respectivo del domicilio social de cada una de las entidades participantes.

Si una vez revisado el plan de reorganización institucional, este no cumple con la totalidad de lo establecido en el artículo 87 del Decreto 2353 de 2015, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones, y en la presente Circular, se podrá condicionar la aprobación o rechazar la solicitud, dependiendo de las circunstancias particulares de cada caso, mediante acto administrativo debidamente motivado.

## 2.5. Perfeccionamiento de la Fusión.

Una vez aprobado el plan de reorganización institucional de fusión por la Superintendencia Nacional de Salud, los representantes legales de las entidades intervinientes deberán elevarlo a Escritura Pública que contendrá los estatutos de la nueva entidad o las reformas que se introducen a los estatutos de las existentes. Igualmente, en ella deberán protocolizarse los siguientes documentos:

- El acta o actas de las entidades participantes en que conste el acuerdo de fusión.
- La aprobación del plan de reorganización institucional de fusión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (acto administrativo).
- Los estados financieros certificados y dictaminados, de cada una de las entidades participantes, que hayan servido de base para la fusión.

Hasta tanto se perfeccione la cesión de la habilitación a la nueva entidad o entidad absorbente, la disuelta o absorbida deberá seguir garantizando, en todo caso, la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados.

En el Acto Administrativo de aprobación del plan, la Superintendencia autorizará la cesión de la habilitación o autorización para operar, así como de los afiliados a la entidad beneficiaria, estableciendo la fecha a partir de la cual será la encargada del aseguramiento de la población y entrará a operar como EPS al SGSSS.

Copia de la Escritura Pública en cita se registrará en la Cámara de Comercio, o la entidad encargada del registro respectivo, correspondiente al domicilio social de cada una de las entidades participantes en el proceso de fusión.

Una vez inscrita en el registro pertinente la escritura a que se refiere el párrafo anterior, operará entre las entidades intervinientes la fusión y frente a terceros la transferencia en de los activos, pasivos, usuarios y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios de la disuelta o absorbida a la nueva entidad o entidad absorbente, sin perjuicio de lo previsto en materia contable.

Efectuado el registro de la escritura pública correspondiente, las entidades intervinientes deberán remitir a esta Superintendencia copia de la escritura registrada y constancia del registro respectivo, a más tardar dentro de los quince (15) días siguientes al registro.

Perfeccionada la fusión se dará aviso al público de tal circunstancia en un diario de amplia circulación nacional, el cual se publicará por tres (3) veces, con intervalos de cinco (5) días.

## 3. CREACIÓN DE NUEVAS ENTIDADES

### 3.1 Disposiciones generales.

Para efectos del presente numeral, corresponde tener en cuenta las siguientes definiciones generales.

Entidad: Toda colectividad considerada como unidad y, en especial, cualquier corporación, compañía, institución, etc.; tomada como persona jurídica.

Sociedad: Aquel contrato en el cual dos o más personas se obligan a hacer un aporte en dinero, en trabajo o en otros bienes apreciables en dinero, con el fin de repartirse entre sí las utilidades obtenidas en la empresa o actividad social. La sociedad, una vez constituida legalmente, forma una persona jurídica distinta de los socios individualmente considerados (art. [98](#), C. Co).

Empresa: Cualquier actividad debidamente organizada que tenga como finalidad la producción, transformación, circulación, administración o custodia de bienes, o la prestación de servicios (art. [25](#), C. Co).

Asegurador: Es la entidad encargada de la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes de Beneficios.

### 3.2. Proyecto del Plan de Reorganización Institucional de creación de Nueva(s) Entidad(es).

A la Superintendencia Nacional de Salud se le deberá presentar un documento, mediante el cual la EPS informará su intención de implementar un Plan de Reorganización Institucional que conlleve la creación del nuevo ente y la aprobación de la cesión de los afiliados, la habilitación y algunos activos y pasivos de la EPS a dicho vehículo, con el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente numeral.

El análisis y aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud se realizará por etapas, a saber:

#### 3.2.1 Primera etapa.

Consistente en la revisión de la creación de la nueva entidad y estudio del Plan de Reorganización Institucional propuesto, mediante la exigencia de los siguientes requisitos:

- El nombre y NIT de las entidades que participarán en el plan de reorganización institucional.
- Los motivos de la creación y las condiciones en que se realizará, incluyendo el esquema general de cómo operará la cesión de los afiliados, habilitación, activos y pasivos de la EPS.
- Copia del acta, acuerdo o documento equivalente en el cual se acredite la discusión y aprobación del plan de reorganización institucional por parte de la junta de socios, asamblea de accionistas, o quien haga las veces de máximo órgano social.
- Estatutos sociales de la nueva entidad.
- Copia certificada de los balances generales y de los estados financieros consolidados de las entidades participantes que no sean EPS; acompañados de las notas a los estados financieros y de un dictamen emitido por el revisor fiscal o, en su defecto, por un contador público independiente.
- Si en el proceso de reorganización institucional se propone la creación de nuevas entidades en donde la solicitante no tenga participación en el capital de la o las cesionarias de la habilitación o autorización de funcionamiento, se deberá identificar la o las entidades que participarán en el capital de la o las nuevas entidades que serán beneficiarias de la cesión de los afiliados, la habilitación y algunos activos y pasivos de la EPS; así como descripción del negocio jurídico a

realizar.

- Descripción de las acciones para el manejo y destinación de los saldos, remanentes y/o recursos del SGSSS que, luego de finalizado el proceso, persistan en las entidades que participen en la reorganización institucional como EPS y que cedan su habilitación, activos, pasivos y contratos.

- Relación de activos y pasivos indicando cuáles serán cedidos, con la identificación del mecanismo mediante el cual se garantizará la gestión y pago de los pasivos mismos.

- Número de afiliados que se van a ceder por municipio o distrito de conformidad con el anexo señalado en el punto 3.2.1.1.

- Relación de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios que se van a ceder.

- El reparto entre los socios, accionistas o miembros de la nueva entidad, de las cuotas, acciones o partes de interés que les corresponderán.

De no cumplirse con la totalidad de los requisitos señalados, la Superintendencia requerirá al solicitante para que los complete en los términos que establezca.

Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento, salvo que antes de vencer el plazo concedido solicite prórroga. A partir del día siguiente en que el interesado aporte los documentos faltantes, se dará inicio al término para resolver la solicitud.

#### 3.2.1.1. Anexos Primera Etapa.

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

- Número de afiliados que se van a ceder por municipio o distrito, de acuerdo con la siguiente estructura:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Tipo de Dato
CÓDIGO DANE	Registre el código DANE de la entidad territorial al que pertenecen los afiliados cedidos (cinco dígitos)	5	Texto
Número de Afiliados Cargados en la BDUA	Indica el número de afiliados cargados en BDUA	7	Numérico
Número de afiliados pendientes de cargar en BDUA	Indica el número de afiliados no registrados en la BDUA	7	Numérico

- Relación de activos y pasivos de acuerdo con la siguiente estructura.

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
NIT	NIT de la entidad que se disuelve sin dígito de verificación	9	Numérico
Código Contable	Registre el código contable en el cual tiene registrado el activo o pasivo	16	Numérico
Descripción	Descripción detallada del activo o pasivo.	200	Alfanumérico

A manera de ejemplo:

3. Para terrenos o edificaciones escriba la descripción del activo incluyendo dirección de la ubicación del mismo.

4. Para cuentas por pagar, debe incluir en la descripción el tercero (nombre y NIT) con el que tiene la deuda, concepto y número de factura.

Valor	Saldo del activo o pasivo a la fecha en pesos	20	Numérico
Valor cedido	Valor que será cedido a la entidad beneficiaria	20	Numérico

- Relación de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios que se van a ceder, de acuerdo con la siguiente estructura:

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
NIT de la prestadora	Número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	16	Numérico
Dígito de verificación prestadora	Dígito de Verificación del Número de Identificación Tributaria de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	1	Numérico
Código de Entidad prestadora	Código de habilitación para IPS (inscrito en REPS)	1	Numérico
Número de contrato	Identificación del contrato	30	Alfanumérico
Fecha de inicio del contrato	Fecha de inicio del contrato	10	Fecha con formato dd/mm/aaaa
Fecha de terminación del contrato	Fecha final del contrato (No puede ser inferior al periodo de reporte)	10	Fecha con formato dd/mm/aaaa
Tipo Contrato	Tipo de contrato entre el contratante y la IPS	1	Numérico



	1:= Por Capitación		
	2:= Por Conjunto de Atención Integral o paquete		
	3:= Por evento		
	4:= Por diagnóstico		
	5:= Otro		
Otro	Especifique el tipo de contrato si marcó otro en Tipo de contrato	50	Alfanumérico
Régimen	Plan al cual presta servicios de salud la IPS	1	Numérico
	1:=Régimen Contributivo		
	2:=Régimen Subsidiado		
	3:=Regímenes Contributivo y Subsidiado		
Número afiliados por contrato	El número total de afiliados cubierto por el contrato	10	Numérico
Área de cobertura	Corresponde a cada municipio que cubre la prestación de servicios de salud de cada IPS contratada. Según tabla DANE	5	Caracteres numéricos
Número afiliados por municipio	El número de afiliados cubierto en cada municipio	10	Numérico
Código de servicio	Código del servicio contratado, de acuerdo con la Guía de Transición de Servicios. Resolución 2003 de 2014 o normas que la modifique, sustituyan o eliminen.	4	Numérico
Modalidad Servicio	Modalidad del Servicio Contratado de acuerdo a Resolución 2003 de 2014 o normas que la modifique, sustituyan o eliminen.	1	Numérico
	1:= Intramural ambulatorio		
	2:= Intramural hospitalarios		
	3:=Brigadas o jornadas de salud Modalidad intramural		
	4:=Brigadas o jornadas de salud Modalidad extramural		
	5:= Extramural Atención en unidad móvil acuática o terrestre		

6:= Extramural Atención domiciliaria

7:=Telemedicina para prestador remitir

8:=Telemedicina para prestador remitir - Con Teleuci

9:=Telemedicina para centros de referencia

Complejidad del servicio contratado	Identificación de la complejidad que presenta el servicio contratado.	1	Numérico
-------------------------------------	---	---	----------

1:= Baja

2:= Media

3:= Alta

Variable	Descripción	Longitud máxima	Valores permitidos
----------	-------------	-----------------	--------------------

Interrupción voluntario de embarazo	La IPS Practica Interrupción voluntario de embarazo	1	Numérico
-------------------------------------	---	---	----------

1:= Sí

2:= No

Eutanasia	La IPS practica la Eutanasia:	1	Numérico
-----------	-------------------------------	---	----------

1 := Sí

2 := No

Rol en la red servicios oncológicos	Rol en la red de prestación de servicios oncológicos	1	Numérico
-------------------------------------	--	---	----------

1: líder Red

2: Asistencial

3: Administrativo

4: Logístico

0: NA

- El reparto entre los socios, accionistas o miembros de la nueva entidad, de las cuotas, acciones o partes de interés que les corresponderán en esta.

### 3.2.2 Segunda Etapa.

<Numeral modificado por la Circular 6 de 2017. El nuevo texto es el siguiente:> Revisado el

cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral anterior, dentro de un plazo que no podrá ser superior a treinta (30) días hábiles, la Superintendencia resolverá sobre la aprobación o negación del plan.

En caso de aprobación, la implementación del Plan de Reorganización Institucional será condicionada, esto es, sujeta a la verificación y cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral 3.2.3 (Tercera Etapa) dentro de un término perentorio, el cual podrá prolongarse hasta por un plazo igual al originalmente otorgado cuando la EPS así lo solicite.

Derivado de la aprobación condicionada, la Superintendencia Nacional de Salud comunicará tal circunstancia a las entidades intervinientes, solicitándoles formalizar el plan de reorganización institucional conforme disponga la normativa que les resulte aplicable, realizar los registros respectivos, cuando así lo disponga la ley, y tramitar el cumplimiento de las condiciones de que trata el numeral 3.2.3 (Tercera Etapa), dentro del término que se señale, so pena de la imposición de las sanciones por el incumplimiento de las instrucciones y órdenes impartidas por esta Superintendencia.

En caso de negación, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del Acto Administrativo al representante legal de las entidades intervinientes, o a quienes hagan sus veces, entregándoles copia y advirtiéndoles que contra ella procede el recurso de reposición, que podrá ser interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro del término previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Asimismo, se ordenará comunicar la decisión al Ministerio de Salud y Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga o a quienes hagan sus veces.

#### Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular 6 de 2017, 'modificación del numeral 3.2.2 de la Circular número 000005 de 2017 “Modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Externa número [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión, fusión y creación de EPS en las que se pretenda ceder la habilitación o autorización para operar”, publicada en el Diario Oficial No. 50.258 de 8 de junio de 2017.

#### Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 7 de 2017:

##### 3.2.2 Segunda Etapa.

Revisado el cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral anterior, dentro de un plazo que no podrá ser superior a treinta (30) días hábiles, la Superintendencia resolverá sobre la aprobación o negación del plan.

En caso de aprobación, la implementación del Plan de Reorganización Institucional será condicionada, esto es, sujeta a la verificación y cumplimiento de los requisitos establecidos en el numeral 3.2.3 (Tercera Etapa) dentro de un término perentorio, el cual podrá prolongarse hasta por un plazo igual al originalmente otorgado cuando la EPS así lo solicite.

Derivado de la aprobación, la Superintendencia Nacional de Salud comunicará tal circunstancia, solicitando a las entidades intervinientes formalizar la aprobación del plan de reorganización institucional mediante escritura pública registrada en la Cámara de Comercio o la entidad encargada del registro respectivo, dentro del término que se señale, so pena de la

imposición de las sanciones por el incumplimiento de las instrucciones y órdenes impartidas por esta Superintendencia.

En caso de negación, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del Acto Administrativo respectivo, al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándole copia y advirtiéndole que contra ella procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro del término previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Así mismo se ordenará comunicar la decisión al Ministerio de Salud y Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga o a quienes hagan sus veces.

### 3.2.3 Tercera Etapa.

Antes del vencimiento del término perentorio de que trata el punto anterior, la entidad solicitante deberá acreditar ante la Superintendencia el cumplimiento de las siguientes condiciones que permitirán la cesión de los afiliados y de la habilitación:

- Modelo de atención para la prestación de los servicios de salud ajustado con la caracterización de la población que se cede. Dicho modelo deberá venir acompañado de todos los procesos, procedimientos, manuales y demás documentos que se mencionen en el modelo de atención.
- Relación de la red de prestadores de servicios de salud mediante la cual se garantizará el aseguramiento y la cobertura de los usuarios en las zonas del territorio nacional donde operará la entidad beneficiaria de la cesión, según formato SUFT05, el cual puede ser consultado para su descarga en el siguiente link <https://www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/sistema-integrado-de-gestion/subsistema-gestion-de-la-calidad>
- Copia del acto administrativo expedido por la Superintendencia de Industria y Comercio que autoriza la concentración proyectada, cuando aplique, en cumplimiento del artículo 9o y s.s. de la Ley 1340 de 2009.
- Programa de cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones. Este programa de cumplimiento debe contener también el programa de capitalización y/o formulación del cubrimiento del defecto resultante del proceso de reorganización institucional.
- El catálogo de la información financiera de la entidad beneficiaria de la habilitación, siguiendo la estructura del Archivo Tipo FT001 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las disposiciones que la modifiquen.
- Relación de las reservas técnicas e inversiones, siguiendo la estructura de los Archivos Tipo FT006 – Bancos y Carteras Colectivas, FT007 – Control de Inversiones Inscritas en el Mercado de Valores de Colombia, FT008 – Inversiones – Otros Títulos, FT011 – Condiciones Financieras, y el Archivo técnico 167 – Reservas técnicas e inversiones de las reservas técnicas, de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las disposiciones que la modifiquen.
- Las políticas y revelaciones en la aplicación de Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) de la entidad donde se describan los conceptos incluidos en el Archivo Tipo FT011 – Condiciones Financieras.

- Proyecciones del Balance General, del Estado de Resultados y del Presupuesto de la entidad beneficiaria de la habilitación por los años que restan para el cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto 2702 de 2014, compilado en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones. Estas proyecciones deben estar acompañadas de todos los análisis realizados y sustentación de cada una de las cifras, debidamente formulados y entregados en archivo excel.
- Presentación de los valores de los defectos de Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado e Inversión de la Reservas Técnicas de acuerdo con las condiciones fijadas en el Decreto 2702 de 2014 y del parágrafo 3o del artículo 1o del Decreto 2089 de 2015, compilados en el Decreto [780](#) de 2016 y sus modificaciones.
- En cumplimiento de lo previsto en el artículo [74](#) de la Constitución Política, el artículo [24](#) de la Ley 1437 de 2011 y el artículo [2o](#) de la Ley 1712 de 2014, y con el objeto de salvaguardar la reserva que pueda predicarse de los documentos o la información aportada con la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional, las entidades solicitantes deberán precisar los documentos o folios sobre los cuales exista norma legal de reserva o confidencialidad. Para ello deberán presentar dentro del Proyecto del Plan de Reorganización un documento contentivo de la información sobre la cual solicitan reserva, desarrollando una justificación, así sea sumaria, del por qué el documento ostenta tal calidad. En este caso, la Superintendencia Nacional de Salud deberá incluir la justificación en el expediente público, y abrirá otro expediente de carácter reservado en el que se incluirán los documentos completos aportados con la solicitud.
- Lo anterior, sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud pueda objetar el carácter reservado de los documentos que se indiquen en la solicitud, cuando no se consideren reservados conforme a la Constitución Política o la ley. La información reservada que reciba la Superintendencia Nacional de Salud no podrá ser compartida, salvo que medie autorización expresa del titular de la misma, o alguna de las excepciones previstas en la normativa aplicable a la materia.

#### 3.2.3.1 Verificación del cumplimiento de las condiciones que permitan la cesión de la habilitación y de los usuarios.

Culminado el término perentorio de que trata el numeral 3.2.2 (Segunda Etapa), la Superintendencia verificará el cumplimiento de los requisitos señalados en el punto 3.2.3 (Tercera Etapa) y mediante acto administrativo podrá:

- Aprobar el plan, autorizando la cesión de la habilitación o autorización para operar, así como de los afiliados a la entidad beneficiaria, estableciendo la fecha a partir de la cual será la encargada del aseguramiento de la población y entrará a operar como EPS al SGSSS.
- Negar la aprobación del plan.

En todo caso, el acto administrativo notificará personalmente al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándoles copia y advirtiéndole que contra el mismo procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro del término previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Así mismo, en caso de aprobación, se ordenará comunicar la decisión al Ministerio de Salud y Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga o a quienes hagan sus veces.

#### 3.3. Efectos de la creación de la nueva entidad y de la cesión de la habilitación.

Hasta tanto se perfeccione la cesión de la habilitación en los términos fijados por la Superintendencia, la EPS solicitante deberá seguir garantizando la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados.

Una vez inicie el aseguramiento de la población, la entidad beneficiaria de la cesión deberá dar aviso al público de tal circunstancia en un diario de amplia circulación nacional, el cual se publicará por tres (3) veces, con intervalos de cinco (5) días.

#### Notas de Vigencia

- Capítulo modificado por la Circular 5 de 2017, 'Modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión, fusión y creación de EPS en las que se pretenda ceder la habilitación o autorización para operar, los afiliados y los contratos de prestación de servicios asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios', publicada en el Diario Oficial No. 50.245 de 26 de mayo de 2017.
- Capítulo modificado por la Circular 8 de 2016, 'modificación del Capítulo V del Título II de la Circular Externa [047](#) de 2007, en lo que respecta a escisión y fusión', publicada en el Diario Oficial No. 49.849 de 19 de abril de 2016.
- Capítulo V adicionado al Título II por la Circular 65 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.933 de 24 de diciembre de 2010.

#### Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 8 de 2016:

#### CAPÍTULO V

#### Escisión y fusión

#### 1. Escisión de EPS

#### 1.1. Concepto de escisión

En términos generales, la escisión de una entidad constituye una reforma estatutaria por medio de la cual el escidente traspassa parte de sus activos y/o pasivos en bloque a una o varias entidades ya constituidas o a una o varias que se constituyen, llamadas beneficiarias.

Los siguientes son los eventos en los cuales se entiende configurada la figura de la escisión, así:

Una entidad sin disolverse, transfiere en bloque una o varias partes de su patrimonio a una o más entidades existentes (Escisión por absorción) o las destina a la creación de una o varias entidades (Escisión por creación).

Una entidad se disuelve sin liquidarse, dividiendo su patrimonio en dos o más partes, que se transfieren a varias entidades existentes (Escisión por absorción) o se destinan a la creación de nuevas entidades (Escisión por creación).

A partir de lo anterior, encontramos los siguientes tipos:

Escisión parcial: Cuando la entidad sin disolverse se reserva parte de su patrimonio para sí y

transfiere solo una parte del mismo a una o más entidades existentes o la destina a la creación de una empresa nueva.

Escisión total: Cuando una entidad se disuelve sin liquidarse y divide su patrimonio para transferirlo a otra(s) persona(s) jurídica(s) o destinarlo a la creación de un nuevo ente.

La entidad o entidades destinatarias de las transferencias resultantes de la escisión, se denominarán entidades beneficiarias.

Los socios, accionistas o miembros de la entidad escindida participarán en el capital de las entidades beneficiarias en la misma proporción que tengan en aquella, salvo que, por unanimidad de las acciones, cuotas sociales o partes de interés representadas en la asamblea o junta de socios de la escidente, se apruebe una participación diferente.

De lo anterior se concluye que la escisión puede ser total o parcial, y que resulta viable para las EPS sobre las cuales la Superintendencia Nacional de Salud ejerce inspección, vigilancia y control.

## 1.2. Consideraciones previas a la escisión

La escisión es una reforma estatutaria de carácter patrimonial, en la cual se hace una división de patrimonios de una entidad a otra nueva o ya existente, por tanto, la escisión, en ningún caso podrá significar incrementos en los costos administrativos o nuevos pasos en el proceso de intermediación de los recursos.

La escisión parcial de una entidad genera que la entidad escidente sin disolverse, se reserva parte de su patrimonio para sí y transfiere solo una parte del mismo a una o más entidades existentes o la destina a la creación de una empresa nueva, resultando de dicha operación una entidad escindida y una entidad beneficiaria.

Al surtir la escisión, se da origen a una nueva EPS que recibirá el certificado de funcionamiento o de habilitación, los afiliados, activos, pasivos y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios por parte de la entidad escidente, previa presentación del plan de reorganización institucional y aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud, siempre y cuando tenga una participación mayoritaria en la EPS resultante de la reorganización, no obstante podrá presentarse las siguientes modalidades:

– Cuando la entidad sin disolverse, previa autorización de la Superintendencia, transfiera en bloque una o varias partes de su patrimonio a una o más entidades existentes o las destine a la creación de una o varias entidades, indicará en el plan de reorganización institucional que presenta para aprobación ante la Superintendencia, a cuál entidad se le cederá el certificado de funcionamiento o la habilitación y, por ende, a sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios.

– Cuando la entidad se disuelva sin liquidarse y divida su patrimonio en dos o más partes, que se transfiera a varias entidades existentes o se destinan a la creación de nuevas entidades, indicará en el plan de reorganización institucional que presenta para aprobación ante la Superintendencia, a cuál entidad se le cederá el certificado de funcionamiento o la habilitación y, por ende, a sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios.

En el caso que, tanto la entidad escidente como la beneficiaria de la escisión cuenten con habilitación para funcionamiento como EPS, se conservará la habilitación que posea la beneficiaria. En este caso, la EPS escidente podrá ceder sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios, a la Entidad Promotora de Salud beneficiaria del proceso de reorganización institucional.

En todo caso, la entidad que cede sus afiliados deberá realizar simultáneamente la cesión de sus activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, y la entidad beneficiaria no podrá dejar de cumplir las obligaciones que se derivan de los contratos de aseguramiento y de prestación de servicios suscritos por la entidad escidente, así como el plazo para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de que trata el artículo 9o del Decreto 2702 de 2014 y sus modificaciones.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá especial vigilancia y control sobre las EPS objeto del proceso de escisión, a fin de garantizar el aseguramiento y la efectiva prestación del servicio público esencial de salud, a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las entidades en proceso de escisión.

En lo relativo a la cesión de los acuerdos de voluntades celebrados entre la(s) EPS participante(s) en el proceso de escisión y su red de prestadores, estas deberán sujetarse a lo establecido en el artículo [887](#) y subsiguientes del Código del Comercio<sup>[1]</sup>.

Antes de la presentación del plan de reorganización institucional a la Superintendencia Nacional de Salud, y cuando las entidades participantes de la escisión se dediquen a la misma actividad económica o participen en la misma cadena de valor, y además cumplan con alguna de las dos condiciones establecidas en el artículo 9o de la Ley 1340 de 2009, deberán informar a la Superintendencia de Industria y Comercio para la correspondiente aprobación previa de que trata el mencionado artículo, sobre las operaciones que proyecten llevar a cabo para efectos de escindirse, salvo que en conjunto cuenten con menos del 20% del mercado relevante, caso en el cual deberán únicamente notificarle.

### 1.3. Proyecto del plan de reorganización institucional de escisión

Para el estudio del plan de reorganización institucional de escisión de las EPS, este deberá estar suscrito por los representantes legales de cada una de las entidades participantes, y presentado personalmente o por conducto de apoderado ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el lleno de los siguientes requisitos:

#### 1.3.1. Requisitos generales

- El nombre y NIT de las entidades que participen en la escisión.
- Los motivos de la escisión y las condiciones en que se realizará.
- Copia del acta, acuerdo o documento equivalente en el cual se acredite la discusión y aprobación del plan de reorganización institucional por parte de la junta de socios, asamblea de accionistas, o quien haga sus veces, de las entidades que participen en la escisión.
- En el caso de creación de nuevas entidades, los estatutos de la misma.
- La opción que se ofrecerá a los tenedores de bonos (cuando aplique).



- Estados financieros de las entidades que no sean EPS y que participen en el proceso de escisión debidamente certificados y acompañados de un dictamen emitido por el revisor fiscal y en su defecto por contador público independiente.
- La fecha a partir de la cual las operaciones de las entidades que se disuelven deben considerarse realizadas para efectos contables, por cuenta de la entidad o entidades absorbentes. Dicha estipulación solo produce efectos entre las entidades participantes en la escisión y entre los respectivos socios, accionistas o miembros.
- Modelo de atención para la prestación de los servicios de salud ajustado con la caracterización de la población que recibe. Dicho modelo deberá venir acompañado de todos los procesos, procedimientos, manuales y demás documentos que se mencionen en el modelo de atención.
- Un ejemplar del diario de amplia circulación nacional a través del cual los representantes legales de las entidades intervinientes en la fusión hayan dado a conocer al público la aprobación del compromiso. Este aviso deberá contener: i) los nombres de las compañías participantes, sus domicilios y el capital social, o el suscrito y el pagado; ii) el valor de los activos y pasivos de las entidades participantes en el proceso de fusión; iii) la síntesis del anexo explicativo de los métodos de evaluación utilizados y de la participación que los socios de la entidad absorbida tendrán en el capital de la entidad absorbente o en la nueva entidad.
- Copia del acto administrativo expedido por la Superintendencia de Industria y Comercio que autoriza la concentración proyectada, cuando aplique, en cumplimiento de los artículos 9o y ss. de la Ley 1340 de 2009.

Este requisito podrá ser allegado hasta antes que se cumpla el término de que trata la presente Circular para que la Superintendencia Nacional de Salud resuelva la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional y, en el caso que el solicitante no pueda entregar este documento por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio, informará de esa situación a esta Entidad, para suspender los términos.

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 74 de la Constitución Política, el artículo 24 de la Ley 1437 de 2011 y el artículo 2o de la Ley 1712 de 2014, y con el objeto de salvaguardar la reserva que pueda predicarse de los documentos o la información aportada con la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional, las empresas solicitantes deberán precisar los documentos o folios sobre los cuales exista norma legal de reserva o confidencialidad. Para ello deberán presentar dentro del Proyecto del Plan de Reorganización un documento contentivo de la información sobre la cual solicitan reserva, desarrollando una justificación, así sea sumaria, del por qué el documento ostenta tal calidad, so pena de recibir tratamiento de carácter público.

La Superintendencia Nacional de Salud deberá incluir la justificación en el expediente público, y abrirá otro expediente de carácter reservado en el que se incluirán los documentos completos aportados con la solicitud.

Lo anterior, sin perjuicio que la Superintendencia Nacional de Salud pueda objetar el carácter reservado de los documentos que se indiquen en la solicitud, cuando no se consideren reservados conforme a la Constitución Política o la ley.

La información reservada que reciba la Superintendencia Nacional de Salud no podrá ser compartida, salvo que medie autorización expresa del titular de la misma, o alguna de las excepciones previstas en la normativa aplicable a la materia.

#### 1.3.1.1. Anexos requisitos generales

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

– Relación de afiliados que se van a ceder, en los términos del numeral 87.2 del artículo 87 del Decreto 2353 de 2015 de acuerdo a la siguiente estructura:

<Consultar cuadro directamente en la Circular 8 de 2016>

– Relación de activos y pasivos que se van a ceder, en los términos del numeral 87.2 del artículo 87 del Decreto 2353 de 2015 de acuerdo a la siguiente estructura:

<Consultar cuadro directamente en la Circular 8 de 2016>

– Relación de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios que se van a ceder, en los términos del numeral 87.2 del artículo 87 del Decreto 2353 de 2015 de acuerdo a la siguiente estructura:

<Consultar cuadro directamente en la Circular 8 de 2016>

– El reparto entre los socios, accionistas o miembros de la entidad escidente, de las cuotas, acciones o partes de interés que les corresponderán en las entidades beneficiarias, junto con la certificación por parte del representante legal de la entidad beneficiaria del cumplimiento del porcentaje de participación de que trata el numeral 87.1 del artículo 87 del Decreto 2353 de 2015, con explicación de los métodos de evaluación utilizados de acuerdo a la siguiente estructura:

Nota: Se debe presentar la relación de socios o accionistas de las participantes en el proceso de escisión, así como de la entidad resultante

<Consultar cuadro directamente en la Circular 8 de 2016>

#### 1.3.2. Requisitos Específicos - Decreto 2702 de 2014

Con el plan de reorganización institucional, deberá acompañarse un programa de cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto 2702 de 2014 y de sus modificaciones. Este programa de cumplimiento debe contener también el programa de capitalización y/o formulación del cubrimiento del defecto resultante del proceso de escisión, el cual debe remitirse en archivo pdf.

En todo caso, el programa de cumplimiento debe incluir la metodología de cálculo de las reservas técnicas, así como las bases de datos utilizadas y los resultados.

Adicionalmente, se debe describir la estructura de las bases de datos que hacen parte de los anexos de este numeral.

##### 1.3.2.1. Anexos Requisitos Específicos Decreto 2702 de 2014

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

– El balance consolidado y estado de resultados de la entidad beneficiaria siguiendo la estructura del Anexo Técnico 001 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que la modifiquen.

– Otros conceptos financieros, reservas técnicas e inversiones, siguiendo la estructura de los Anexos Técnicos 166, 167 y 168 respectivamente, de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que la modifiquen.

Nota: Si la entidad aplica las Normas Internacionales de Información Financiera, se debe utilizar la estructura del Anexo Técnico 172 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que lo modifiquen, en vez del 166 mencionado anteriormente. Adicionalmente debe enviar las políticas y revelaciones en la aplicación de Normas Internacionales de Información Financiera de la Entidad donde se describan los conceptos incluidos en el Archivo Técnico 172.

– Proyecciones del Balance General, del Estado de Resultados y del Presupuesto de la entidad beneficiaria por los años que restan para el cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto 2702 de 2014. Estas proyecciones deben estar acompañadas de todos los análisis realizados y sustentación de cada una de las cifras, debidamente formulados.

#### 1.4. Trámite al interior de la Superintendencia Nacional de Salud

Radicada la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Escisión, la Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de treinta (30) días hábiles para su aprobación mediante acto administrativo debidamente motivado.

Cuando la Superintendencia constate que la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Escisión está incompleta, requerirá al solicitante dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de radicación para que la complete en el término máximo de un (1) mes. Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento, salvo que antes de vencer el plazo concedido solicite prórroga hasta por un término igual. A partir del día siguiente en que el interesado aporte los documentos faltantes, se iniciará el término para resolver la solicitud, según lo previsto en el artículo [17](#) de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo [1](#)o de la Ley 1755 de 2015, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

En el caso de tratarse del cumplimiento del requisito de aprobación previa de que tratan los artículos 9o y s.s. de la Ley 1340 de 2009, por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio, la suspensión señalada en el párrafo anterior, podrá prolongarse hasta por un término máximo de seis (6) meses.

#### 1.5. Acto administrativo que autoriza el Plan de Reorganización Institucional de Escisión.

Mediante acto administrativo la Superintendencia Nacional de Salud decidirá sobre la aprobación del plan de reorganización institucional, dentro del cual se encuentra la solicitud de aprobación de reforma estatutaria y la solicitud de aprobación de la cesión de afiliados, activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, en los términos de la petición presentada.

También en dicho acto administrativo se incluirá la obligación de las entidades intervinientes de formalizar la aprobación del plan de reorganización institucional mediante escritura pública registrada en la Cámara de Comercio o la entidad encargada del registro respectivo, dentro del término señalado en el acto administrativo correspondiente, so pena de la imposición de las sanciones correspondientes por el incumplimiento de las instrucciones y órdenes impartidas por esta Superintendencia.

Igualmente, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del Acto Administrativo al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándole copia de la misma, advirtiéndole que contra ella procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro del término previsto en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Así mismo se ordenará comunicar la decisión al Ministerio de Salud y Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga o a quienes hagan sus veces.

Si una vez revisado el plan de reorganización institucional, este no cumple con lo establecido en el artículo 87 del Decreto 2353 de 2015 y en la presente Circular, se rechazará la solicitud mediante acto administrativo debidamente motivado.

#### 1.6. Perfeccionamiento y efectos de la escisión.

Una vez aprobado el plan de reorganización institucional de escisión por la Superintendencia Nacional de Salud, los representantes legales de las entidades intervinientes deberán elevarlo a Escritura Pública que contendrá los estatutos de la nueva entidad o las reformas que se introducen a los estatutos de las ya existentes. Igualmente, en ella deberán protocolizarse los siguientes documentos:

- El acta o actas de las entidades participantes en que conste el acuerdo de escisión.
- La aprobación del plan de reorganización institucional de escisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (acto administrativo).
- Los estados financieros certificados y dictaminados, de cada una de las entidades participantes, que hayan servido de base para la escisión.

Hasta tanto se perfeccione la cesión de la habilitación a la entidad beneficiaria, la escidente deberá seguir garantizando, en todo caso, la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados.

Copia de la Escritura Pública en cita se registrará en la Cámara de Comercio, o la entidad encargada del registro respectivo, correspondiente al domicilio social de cada una de las entidades participantes en el proceso de escisión.

Una vez inscrita en el registro pertinente la escritura a que se refiere el párrafo anterior, operará entre las entidades intervinientes en la escisión y frente a terceros la transferencia de los activos, pasivos, afiliados, habilitación o autorización y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios de la escidente a la beneficiaria, sin perjuicio de lo previsto en materia contable.

Efectuado el registro de la escritura pública correspondiente, las entidades intervinientes deberán remitir a esta Superintendencia copia de la escritura pública y la constancia de su

registro, a más tardar dentro de los quince (15) días siguientes a dicho trámite.

Perfeccionada la escisión se dará aviso al público de tal circunstancia en un diario de amplia circulación nacional, el cual se publicará por tres (3) veces, con intervalos de cinco (5) días, tal y como lo prevé el numeral 6 del artículo [71](#) del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

## 2. FUSIÓN DE EPS

### 2.1. Concepto de Fusión

Habrà fusión cuando una o más entidades se disuelvan, sin liquidarse, para ser absorbidas por otra o para crear una nueva.

La absorbente o la nueva compañía adquirirá los derechos y obligaciones de la entidad o entidades disueltas al formalizarse el acuerdo de fusión.

De acuerdo con lo anterior, la Fusión constituye una operación para unificar inversiones y criterios comerciales de dos compañías de una misma rama o de objetivos compatibles.

Son características de la Fusión:

- La desaparición de la entidad aportante o absorbida.
- La atribución de nuevos derechos sociales a los asociados de las entidades desaparecidas.
- Transmisión de la universalidad de los bienes de la entidad absorbida a la entidad absorbente.
- Los accionistas, asociados o socios de la entidad absorbida devienen en socios o miembros de la absorbente.

Clasificación de las Fusiones. La Fusión puede ser de dos tipos:

1. Fusión Pura o Fusión por Asociación: Dos o más compañías se unen para constituir una nueva, estas se disuelven, pero no se liquidan.
2. Fusión por Absorción: Una entidad absorbe a otra u otras entidades que también se disuelven, pero no se liquidan.

Estas asociaciones o fusiones en ningún caso podrán significar incrementos en los costos administrativos o nuevos pasos en el proceso de intermediación de los recursos.

### 2.2. Consideraciones previas a la Fusión

Al surtirse la fusión, se da origen a una nueva EPS que recibirá el certificado de funcionamiento o de habilitación, los afiliados, activos, pasivos y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios por parte de la entidad disuelta o absorbida, previa aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud, siempre y cuando tenga una participación mayoritaria en la entidad resultante de la reorganización, no obstante podrá presentarse las siguientes modalidades:

- En el evento que la entidad absorbente se encuentre habilitada para operar como EPS dentro del SGSSS, se conservará su respectiva habilitación o certificado de funcionamiento,

debiéndose informar de esta circunstancia ante esta Superintendencia en el respectivo Plan de Reorganización institucional. En este caso, la(s) EPS absorbida(s) cederá(n) sus afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios a la absorbente.

– En el evento que varias EPS decidan fusionarse en una sola entidad nueva o sean absorbidas por una entidad vigente, les corresponderá informar a esta Superintendencia en el respectivo Plan de Reorganización institucional, cuál de los certificados de funcionamiento o habilitación será objeto de la cesión en favor de la nueva entidad o de la absorbente y cómo se llevará a cabo el procedimiento de cesión de los afiliados, activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios de todas las entidades participantes del proceso de fusión.

Hasta tanto se perfeccione la cesión de la habilitación a la entidad absorbente o nueva entidad, la entidad absorbida o disuelta deberá seguir garantizando la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados.

La entidad que cede sus afiliados deberá realizar simultáneamente la cesión de sus activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, y la entidad beneficiaria no podrá dejar de cumplir las obligaciones que se derivan de los contratos de aseguramiento y de prestación de servicios suscritos por la entidad disuelta o absorbida, así como el plazo para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia de que trata el artículo 9o del Decreto 2702 de 2014 y sus modificaciones.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá especial vigilancia y control sobre las entidades objeto del proceso de fusión o asociación, a fin de garantizar el aseguramiento y la efectiva prestación del servicio público esencial de salud, a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las entidades en proceso de fusión o asociación.

En lo relativo a la cesión de los acuerdos de voluntades celebrados entre la(s) EPS participante(s) en el proceso de fusión y su red de prestadores, esta operación por tener una regulación propia no requiere ajustarse al procedimiento previsto en los artículos [887](#) y siguientes del Código de Comercio, y por tanto la sola fusión es título suficiente para la cesión de los mismos<sup>[2]</sup>.

Antes de la presentación del plan de reorganización institucional a la Superintendencia Nacional de Salud, y cuando las entidades participantes de la fusión se dediquen a la misma actividad económica o participen en la misma cadena de valor, y además cumplan con alguna de las dos condiciones establecidas en el artículo 9o de la Ley 1340 de 2009 deberán informar a la Superintendencia de Industria y Comercio para la correspondiente aprobación previa, sobre las operaciones que proyecten llevar a cabo para efectos de fusionarse, salvo que en conjunto cuenten con menos del 20% del mercado relevante, caso en el cual deberán únicamente notificarle.

### 2.3. Proyecto del Plan de Reorganización Institucional de Fusión

Para el estudio del plan de reorganización institucional de fusión de las EPS, este deberá suscribirse por los representantes legales de cada una de las entidades participantes, y presentarse personalmente o por conducto de apoderado ante la Superintendencia Nacional

de Salud, con el lleno de los siguientes requisitos:

### 2.3.1. Requisitos Generales:

- El nombre y NIT de las entidades que participen en la fusión;
- Los motivos de la proyectada fusión y las condiciones en que se realizará;
- Copia de la convocatoria a la junta de socios, asamblea de accionistas, o quien haga sus veces, en la que conste el punto referente a la fusión y la posibilidad que tienen los socios, accionistas o miembros ausentes o disidentes de ejercer el derecho de retiro en las circunstancias previstas por la ley.
- Copia del acta, acuerdo o documento equivalente en el cual se acredite la discusión y aprobación del plan de reorganización institucional y del compromiso respectivo, por parte de la junta de socios, asamblea de accionistas, o quien haga sus veces, con el quórum previsto en los estatutos por las entidades que participen en la fusión.
- En esta misma acta, acuerdo o documento equivalente, se deberá acreditar el cumplimiento de lo establecido en el numeral 87.1 del artículo 87 del Decreto 2353 de 2015, esto es, que la entidad o las entidades absorbidas o disueltas que ceden sus afiliados tengan una participación mayoritaria en la entidad resultante de la reorganización.
- Certificación de los representantes legales de las compañías en las que conste que el proyecto de acuerdo de fusión estuvo a disposición de los socios en las oficinas del domicilio principal donde funcione la administración de la entidad, por lo menos durante los quince (15) días hábiles anteriores a la reunión en la que se decidió llevar a cabo la fusión.
- En el caso de creación de una entidad, los estatutos de la misma.
- Copias certificadas de los balances generales de las entidades participantes, que no sean EPS.
- La opción que se ofrecerá a los tenedores de bonos (si los hubiere).
- Estados financieros consolidados de las entidades que no sean EPS y que participen en el proceso de fusión debidamente certificados y acompañados de las notas de los estados financieros y de un dictamen emitido por el revisor fiscal o en su defecto por un contador público independiente.
- Modelo de atención para la prestación de los servicios de salud ajustado con la caracterización de la población que recibe. Dicho modelo deberá venir acompañado de todos los procesos, procedimientos, manuales y demás documentos que se mencionen en el modelo de atención.
- Un ejemplar del diario de amplia circulación nacional a través del cual los representantes legales de las entidades intervinientes en la fusión hayan dado a conocer al público la aprobación del compromiso. Este aviso deberá contener: i) los nombres de las compañías participantes, sus domicilios y el capital social, o el suscrito y el pagado; ii) el valor de los activos y pasivos de las entidades participantes en el proceso de fusión; iii) a síntesis del anexo explicativo de los métodos de evaluación utilizados y de la participación que los socios de la entidad absorbida tendrán en el capital de la entidad absorbente o en la nueva entidad;

- Se deberá allegar los datos y cifras, tomados de los libros de contabilidad de las entidades que no sean EPS y que participen en el proceso de fusión, que hubieren servido de base para establecer las condiciones en que se realizará esta reorganización;
- El avalúo de aportes en especie que haya de recibir la absorbente o la nueva entidad (Si los hubiere);
- Copia del acto administrativo expedido por la Superintendencia de Industria y Comercio que autoriza la concentración proyectada, cuando aplique, en cumplimiento de los artículos 9o y s.s. de la Ley 1340 de 2009.

Este requisito podrá ser allegado hasta antes que se cumpla el término de que trata la presente Circular para que la Superintendencia Nacional de Salud resuelva la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional y, en el caso que el solicitante no pueda entregar este documento por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio, informará de esa situación a esta Entidad, para suspender los términos.

En cumplimiento de lo previsto en el artículo [74](#) de la Constitución Política, el artículo [24](#) de la Ley 1437 de 2011 y el artículo [2o](#) de la Ley 1712 de 2014, y con el objeto de salvaguardar la reserva que pueda predicarse de los documentos o la información aportada con la solicitud de aprobación del plan de reorganización institucional, las empresas solicitantes deberán precisar los documentos o folios sobre los cuales exista norma legal de reserva o confidencialidad. Para ello deberán presentar dentro del Proyecto del Plan de Reorganización un documento contentivo de la información sobre la cual solicitan reserva, desarrollando una justificación, así sea sumaria, del por qué el documento ostenta tal calidad, so pena de recibir tratamiento de carácter público.

La Superintendencia Nacional de Salud deberá incluir la justificación en el expediente público, y abrirá otro expediente de carácter reservado en el que se incluirán los documentos completos aportados con la solicitud.

Lo anterior, sin perjuicio que la Superintendencia Nacional de Salud pueda objetar el carácter reservado de los documentos que se indiquen en la solicitud, cuando no se consideren reservados conforme a la Constitución Política o la Ley.

La información reservada que reciba la Superintendencia Nacional de Salud no podrá ser compartida, salvo que medie autorización expresa del titular de la misma, o alguna de las excepciones previstas en la normativa aplicable a la materia.

#### 2.3.1.1. Anexos Requisitos Generales

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

- Relación de afiliados que se van a ceder, en los términos del numeral 87.2 del artículo 87 del Decreto 2353 de 2015 de acuerdo con la siguiente estructura:

<Consultar cuadro directamente en la Circular 8 de 2016>

- Relación de activos y pasivos de las entidades que serán absorbidas, y de la absorbente o resultante, en los términos del numeral 87.2 del artículo 87 del Decreto 2353 de 2015 de acuerdo a la siguiente estructura:



<Consultar cuadro directamente en la Circular 8 de 2016>

– Relación de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios que se van a ceder, en los términos del numeral 87.2 del artículo 87 del Decreto 2353 de 2015 de acuerdo a la siguiente estructura:

<Consultar cuadro directamente en la Circular 8 de 2016>

– El intercambio de partes de interés, cuotas de acciones que implicará la fusión, de acuerdo a la siguiente estructura:

Nota: Se debe presentar la Relación de Socios o accionistas de las entidades absorbidas y de la absorbente o resultante.

<Consultar cuadro directamente en la Circular 8 de 2016>

### 2.3.2. Requisitos Específicos - Decreto 2702 de 2014

Con el plan de reorganización institucional de fusión, deberá acompañarse un programa de cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto 2702 de 2014 y de sus modificaciones. Este programa de cumplimiento debe contener también el programa de capitalización y/o formulación del cubrimiento del defecto resultante del proceso de fusión, el cual debe remitirse en archivo pdf.

En todo caso, el programa de cumplimiento debe incluir la metodología de cálculo, así como las bases de datos utilizadas y los resultados de las reservas técnicas.

Adicionalmente, se debe describir la estructura de las bases de datos que hacen parte de los anexos de este numeral.

#### 2.3.2.1. Anexos Requisitos Específicos Decreto 2702 de 2014

Los siguientes anexos deben ser enviados en archivos en formato Excel:

– El balance consolidado y estado de resultados de la entidad beneficiaria siguiendo la estructura del Anexo Técnico 001 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que lo modifiquen.

– Otros conceptos financieros, reservas técnicas e inversiones, siguiendo la estructura de los Anexos Técnicos 166, 167 y 168 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que lo modifiquen.

Nota: Si la entidad aplica las Normas Internacionales de Información Financiera, se debe utilizar la estructura del Anexo Técnico 172 de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud o las normas que lo modifiquen, en vez del 166 mencionado anteriormente. Adicionalmente debe enviar las políticas y revelaciones en la aplicación de Normas Internacionales de Información Financiera de la Entidad donde se describan los conceptos incluidos en el Archivo Técnico 172.

– Proyecciones del Balance General, del Estado de Resultados y del Presupuesto de la entidad absorbente o nueva compañía por los años que restan para el cumplimiento de las condiciones financieras de que trata el Decreto 2702 de 2014. Estas proyecciones deben estar acompañadas de todos los análisis realizados y sustentación de cada una de las cifras, en

cuadros Excel debidamente formulados.

#### 2.4. Trámite al interior de la Superintendencia Nacional de Salud

Radicada la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Fusión, la Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de treinta (30) días hábiles siguientes para su aprobación mediante acto administrativo debidamente motivado.

Cuando la Superintendencia constate que la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional de Fusión está incompleta, requerirá al solicitante dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha de radicación para que la complete en el término máximo de un (1) mes. Se entenderá que el peticionario ha desistido de su solicitud cuando no satisfaga el requerimiento, salvo que antes de vencer el plazo concedido solicite prórroga hasta por un término igual. A partir del día siguiente en que el interesado aporte los documentos faltantes, se iniciará el término para resolver la solicitud, según lo previsto en el artículo [17](#) de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo [1](#)o de la Ley 1755 de 2015, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

En el caso de tratarse del cumplimiento del requisito de aprobación previa de que trata los artículos 9o y s.s. de la Ley 1340 de 2009, por estar en trámite ante la Superintendencia de Industria y Comercio, la suspensión señalada en el párrafo anterior, podrá prolongarse hasta por un término máximo de seis (6) meses.

#### 2.5. Acto administrativo que autoriza el Plan de Reorganización Institucional de fusión

Mediante acto administrativo la Superintendencia Nacional de Salud decidirá sobre la aprobación del plan de reorganización institucional, dentro del cual se encuentra la solicitud de aprobación de reforma estatutaria y la solicitud de aprobación de la cesión de afiliados, activos, pasivos, habilitación o autorización para operar y de los contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios, en los términos de la petición presentada.

También en dicho acto administrativo se incluirá la obligación de las entidades intervinientes de formalizar la aprobación del plan de reorganización institucional mediante escritura pública registrada en la Cámara de Comercio o la entidad encargada del registro respectivo, dentro del término señalado en el acto administrativo correspondiente, so pena de la imposición de las sanciones correspondientes por el incumplimiento de las instrucciones y órdenes impartidas por esta Superintendencia.

Igualmente, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del Acto Administrativo al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándole copia de la misma, advirtiéndole que contra ella procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro de la oportunidad prevista en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Así mismo se ordenará comunicar la decisión al Ministerio de Salud y Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga o a quienes hagan sus veces.

La escritura deberá inscribirse en el registro mercantil de la Cámara de Comercio o la entidad encargada del registro respectivo del domicilio social de cada una de las entidades participantes.

Si revisado el plan de reorganización institucional este no cumple con lo establecido en el artículo 87 del Decreto 2353 de 2015 y en la presente Circular, se rechazará la solicitud mediante acto administrativo debidamente motivado.

## 2.6. Perfeccionamiento de la Fusión

Una vez aprobado el plan de reorganización institucional de fusión por la Superintendencia Nacional de Salud, los representantes legales de las entidades intervinientes deberán elevarlo a Escritura Pública que contendrá los estatutos de la nueva entidad o las reformas que se introducen a los estatutos de las existentes. Igualmente, en ella deberán protocolizarse los siguientes documentos:

- El acta o actas de las entidades participantes en que conste el acuerdo de fusión.
- La aprobación del plan de reorganización institucional de fusión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (acto administrativo).
- Los estados financieros certificados y dictaminados, de cada una de las entidades participantes, que hayan servido de base para la fusión.

Hasta tanto se perfeccione la cesión de la habilitación a la nueva entidad o entidad absorbente, la disuelta o absorbida deberá seguir garantizando, en todo caso, la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados.

Copia de la Escritura Pública en cita se registrará en la Cámara de Comercio, o la entidad encargada del registro respectivo, correspondiente al domicilio social de cada una de las entidades participantes en el proceso de fusión.

Una vez inscrita en el registro pertinente la escritura a que se refiere el párrafo anterior, operará entre las entidades intervinientes la fusión y frente a terceros la transferencia en los activos, pasivos, usuarios y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del Plan de Beneficios de la disuelta o absorbida a la nueva entidad o entidad absorbente, sin perjuicio de lo previsto en materia contable.

Efectuado el registro de la escritura pública correspondiente, las entidades intervinientes deberán remitir a esta Superintendencia copia de la escritura registrada y constancia del registro respectivo, a más tardar dentro de los quince (15) días siguientes al registro.

Perfeccionada la fusión se dará aviso al público de tal circunstancia en un diario de amplia circulación nacional, el cual se publicará por tres (3) veces, con intervalos de cinco (5) días, tal y como lo prevé el numeral 6 del artículo [71](#) del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

Texto adicionado por la Circular 65 de 2010:

## CAPÍTULO QUINTO

### Escisión, fusión y asociación

De conformidad con lo previsto en el artículo 6o del Decreto 1018 de 2007, la Superintendencia Nacional de Salud tendrá la función de:

“25. Realizar, de acuerdo con la normatividad vigente, los procedimientos de fusión, adquisición, liquidación, cesión de activos, pasivos y contratos, toma de posesión para administrar o liquidar y otros mecanismos aplicables a las entidades promotoras y prestadoras que permitan garantizar la adecuada prestación del servicio de salud”.

Así mismo, conforme con el numeral 10 del artículo 8o del Decreto 1018 de 2007, es función del Superintendente Nacional de Salud:

“Autorizar previamente a los sujetos vigilados, de manera general o particular, cualquier modificación a la razón social, sus estatutos, cambios de la composición de la propiedad, modificación de su naturaleza jurídica, escisiones, fusiones y cualquier otra modalidad de transformación así como la cesión de activos, pasivos y contratos”.

Por lo anterior y con el fin de que las entidades que se encuentren en cualquiera de las anotadas circunstancias, dispongan de información suficiente para agilizar los trámites que deben adelantar ante esta Entidad, para obtener dicha autorización, a continuación se relacionan los requisitos que deben cumplirse para el efecto.

## 1. ESCISIÓN DE EAPB

1.1. Concepto de Escisión La escisión de una sociedad constituye una reforma estatutaria por medio de la cual la sociedad (escidente) traspasa parte de sus activos y/o pasivos en bloque a una o varias sociedades ya constituidas o a una o varias que se constituyen llamadas beneficiarias.

La Ley 222 de 1995, en su artículo 3o señaló los eventos en los cuales habrá escisión así: “Artículo 3o. MODALIDADES. Habrá escisión cuando:

1. Una sociedad sin disolverse, transfiere en bloque una o varias partes de su patrimonio a una o más sociedades existentes o las destina a la creación de una o varias sociedades.
2. Una sociedad se disuelve sin liquidarse, dividiendo su patrimonio en dos o más partes, que se transfieren a varias sociedades existentes o se destinan a la creación de nuevas sociedades.

La sociedad o sociedades destinatarias de las transferencias resultantes de la escisión, se denominarán sociedades beneficiarias.

Los socios de la sociedad escindida participarán en el capital de las sociedades beneficiarias en la misma proporción que tengan en aquella, salvo que por unanimidad de las acciones, cuotas sociales o partes de interés representadas en la asamblea o junta de socios de la escidente, se apruebe una participación diferente”.

Ahora bien, de lo anterior se tiene que la escisión puede ser total o parcial.

### 1.2. Proyecto de Escisión

Para el estudio de la escisión de la EAPB deberá presentarse un proyecto a la Superintendencia Nacional de Salud que cumpla con el lleno de los requisitos establecidos en el artículo 4o de la Ley 222 de 1995, que establece las siguientes especificaciones:

1. Los motivos de la escisión y las condiciones en que se realizará.
2. El nombre de las sociedades que participen en la escisión.

3. En el caso de creación de nuevas sociedades, los estatutos de la misma.
4. La discriminación y valoración de los activos y pasivos que se integran al patrimonio de la sociedad o sociedades beneficiarias.
5. El reparto entre los socios de la sociedad escidente, de las cuotas, acciones o partes de interés que les corresponderán en las sociedades beneficiarias, con explicación de los métodos de evaluación utilizados.
6. La opción que se ofrecerá a los tenedores de bonos.
7. Estados financieros de las sociedades que participen en el proceso de escisión debidamente certificados y acompañados de un dictamen emitido por el revisor fiscal y en su defecto por contador público independiente.
8. La fecha a partir de la cual las operaciones de las sociedades que se disuelven habrán de considerarse realizadas para efectos contables, por cuenta de la sociedad o sociedades absorbentes. Dicha estipulación sólo produce efectos entre las sociedades participantes en la escisión y entre los respectivos socios.

El anterior proyecto deberá ser discutido, previa su presentación, por la asamblea de socios de las sociedades que participen en la escisión y aprobado para su presentación.

### 1.3. Trámite previo a la autorización de la Escisión

Una vez presentado el proyecto de escisión a la Superintendencia Nacional de Salud conforme a los requisitos señalados en el artículo 4o de la Ley 222 de 1995, la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud – Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos de Salud, emitirá un Concepto Técnico Financiero respecto a los estados financieros aportados, el patrimonio técnico y el margen de solvencia de la sociedad escidente. Para emitir este concepto se contará con un término máximo de 15 días hábiles.

Por su parte, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud – Dirección General de Aseguramiento, conceptuará acerca del cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente para expedir el certificado de funcionamiento o de habilitación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) que resulten de la escisión y que pretendan prestar servicios como aseguradoras en el régimen contributivo, subsidiado y de planes adicionales de salud, de acuerdo con las funciones que le competen a la Dirección, cualquiera sea su naturaleza jurídica.

La Oficina Asesora Jurídica emitirá concepto jurídico sobre la procedencia de la escisión. Para emitir el correspondiente concepto la Oficina Jurídica contará con 15 días hábiles, contados desde la radicación de la solicitud del concepto.

Para efectos de la autorización previa de la escisión los funcionarios encargados de los conceptos técnicos y jurídicos, tendrán en cuenta que la escisión es una reforma estatutaria de carácter patrimonial, en la cual se hace una división de patrimonios de una entidad a otra nueva o ya existente; y que la escisión, en ningún caso podrá significar incrementos en los costos administrativos o nuevos pasos en el proceso de intermediación de los recursos.

La escisión parcial de una sociedad genera que la sociedad escidente sin disolverse, transfiera en bloque parte de sus activos y pasivos y parte de su patrimonio a una nueva sociedad que será la beneficiaria, resultando de dicha operación una sociedad escindida y una sociedad beneficiaria.

Igualmente, se considerará que la sociedad escidente queda escindida y conserva su personalidad jurídica y autorización de funcionamiento como EAPB en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por lo anterior, la sociedad escidente, al hacer la escisión da origen a una nueva EAPB, que es la que recibirá autorización de funcionamiento como EAPB por parte de esta Superintendencia.

La entidad que resulte de la escisión esto es la sociedad beneficiaria, en los términos antes descritos, no podrá dejar de cumplir las obligaciones que se derivan de los contratos de aseguramiento y de prestación de servicios suscritos por la sociedad escidente.

El proceso de escisión no faculta a los afiliados de la sociedad escidente, para ejercer su derecho a la libre elección, dado que la nueva sociedad beneficiaria, se subroga en los derechos de la sociedad escidente. Desde luego, los afiliados podrán trasladarse a otra EAPB, manifestando su voluntad dentro de los plazos y términos establecidos por la normatividad vigente.

La sociedad beneficiaria podrá seguir operando subrogando en los derechos y obligaciones a la sociedad escidente, hasta tanto la Superintendencia Nacional de Salud, durante el plazo que aquí se establece, profiera el acto administrativo de habilitación.

De esta manera, la sociedad beneficiaria, deberá subrogarse en los derechos y obligaciones que tenía la sociedad escidente, como EAPB, mientras se adelanta el trámite de habilitación de la primera.

De acuerdo a lo anterior, la habilitación de la sociedad beneficiaria como EAPB, se hará una vez efectuada la escisión de acuerdo a la normatividad aplicable a cada caso, ya que para el lleno de los requisitos de habilitación, la habilitación es un derecho personalísimo y no puede traspasarse ni heredarse.

Para obtener la habilitación para operar como EAPB en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la nueva sociedad deberá entregar la solicitud de habilitación, en un término de un mes contado a partir de la suscripción de la escritura que autoriza la escisión para hacerlo, a la Superintendencia Delegada de Atención en Salud.

El acto administrativo de habilitación de la sociedad beneficiaria como EAPB, deberá ser proferido en los términos establecidos en el Título Segundo de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de la Circular Externa número [047](#) de 2007 con sus respectivas modificaciones.

En caso que la entidad beneficiaria no cumpla los requisitos de habilitación para operar como EAPB en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos y plazos previstos en la presente Circular, se revocará la autorización de escisión proferida y se procederá al traslado de los usuarios a la entidad escidente, garantizando, en todo caso, la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados. Lo anterior, sin perjuicio del derecho a la libre elección que le asiste a los afiliados en los plazos y términos definidos por la normatividad vigente.

En ningún caso la entidad beneficiaria podrá operar sin cumplir el requisito de habilitación previsto en la ley por fuera del término aquí establecido.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá especial vigilancia y control sobre las entidades objeto del proceso de escisión, a fin de garantizar el aseguramiento y la efectiva prestación del servicio público esencial de salud, a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las entidades en proceso de escisión.

#### 1.5. Acto administrativo que autoriza la Escisión

En la parte resolutive del acto administrativo que apruebe la escisión constará, en forma clara, cuál es la entidad escidente y cuál la beneficiaria, en los términos de la solicitud presentada.

Así mismo, se dejará en claro la obligación de las sociedades intervinientes, de formalizar el acuerdo respectivo y registrar la escritura pública correspondiente en la Cámara de Comercio, dentro del término señalado en el respectivo acto administrativo.

Efectuado el registro de la escritura pública correspondiente, las entidades intervinientes deberán remitir inmediatamente a esta Superintendencia copia de la escritura registrada.

Formalizada la escisión se dará aviso al público de tal circunstancia en un diario de amplia circulación nacional, el cual se publicará por tres (3) veces, con intervalos de cinco (5) días, tal y como lo prevé el numeral 6 del artículo [71](#) del EOSF.

Igualmente, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del Acto Administrativo al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándole copia de la misma, advirtiéndole que contra ella procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de su notificación.

## 2. FUSIÓN DE EAPB

2.1. Conceptos de fusión Acorde con el artículo [172](#) del Código de Comercio, “habrá fusión cuando una o más sociedades se disuelvan, sin liquidarse, para ser absorbidas por otra o para crear una nueva.

La absorbente o la nueva compañía adquirirá los derechos y obligaciones de la sociedad o sociedades disueltas al formalizarse el acuerdo de fusión”.

Doctrinalmente, se ha considerado que la Fusión constituye una operación usada para unificar inversiones y criterios comerciales de dos compañías de una misma rama o de objetivos compatibles.

Constituye una Fusión la absorción de una sociedad por otra, con desaparición de la primera, y realizada mediante el aporte de los bienes de esta a la segunda sociedad.

La Fusión puede hacerse igualmente mediante la creación de una nueva sociedad, que, por medio de los aportes, absorba a dos o más sociedades preexistentes.

La Fusión es la reunión de dos o más compañías independientes en una sola.

El jurista francés Durand expresa que la Fusión “es la reunión de dos o más sociedades preexistentes, bien sea que una u otra sea absorbida por otra o que sean confundidas para constituir una nueva sociedad subsistente y esta última hereda a título universal los derechos y obligaciones de las sociedades intervinientes.

Hay Fusión cuando dos o más sociedades preexistentes se disuelven sin liquidarse, para constituir una nueva, o cuando una ya existente absorbe a otra u otras que, sin liquidarse, quedan disueltas”.

La Directiva creada por el Consejo de Ministros de la Comunidad Económica Europea, define la Fusión como la “operación por la cual una sociedad transfiere a otra, seguida de una disolución sin liquidación, el conjunto de su patrimonio, activo y pasivo, mediante la atribución a los accionistas de la(s) sociedad(es) absorbida(s) de acciones de la sociedad absorbente”.

Tomando en cuenta la definición de Fusión dada por la Directiva creada por el Consejo de Ministros de la Comunidad Económica Europea, pueden establecerse las siguientes características:

La transferencia de todo el patrimonio activo y pasivo de las sociedades absorbidas a la sociedad absorbente o de las sociedades a fusionarse a la nueva sociedad; La disolución sin liquidación de las sociedades absorbidas a fusionarse; La atribución inmediata a los accionistas o de las sociedades absorbidas o de las sociedades fusionantes de acciones de la sociedad absorbente o de la sociedad nueva y eventualmente de una indemnización o compensación en especie que no sobrepase el 10% del valor nominal de las acciones atribuidas o, en defecto de valor nominal, por su parte contable.

La Fusión constituye una maniobra usada para unificar inversiones y criterios comerciales de dos compañías de una misma rama o de objetivos compatibles.

En un sentido más amplio la Fusión es la absorción de una sociedad por otra, con desaparición de la primera, y realizada mediante el aporte de los bienes de esta a la segunda sociedad. La Fusión puede hacerse igualmente mediante la creación de una nueva sociedad, que, por medio de los aportes, absorba a dos o más sociedades preexistentes.

Características de la Fusión:

- i. La desaparición de la sociedad aportante o absorbida.
- ii. La atribución de nuevos derechos sociales a los asociados de las sociedades desaparecidas.
- iii. Transmisión de la universalidad de los bienes de la sociedad absorbida a la sociedad absorbente.
- iv. Los accionistas de la sociedad absorbida devienen en socios de la absorbente.

Clasificación de las Fusiones La Fusión puede ser de dos tipos:

1. Fusión Pura o Fusión por Asociación: Dos o más compañías se unen para constituir una nueva, estas se disuelven, pero no se liquidan.
2. Fusión por Absorción: Una sociedad absorbe a otra u otras sociedades que también se



disuelven pero no se liquidan.

## 2.2. Proyecto de fusión

La petición de autorización de fusión deberá ser elevada por los representantes legales de cada una de las sociedades participantes, personalmente o por conducto de apoderado, al cual se anexarán los siguientes documentos:

2.2.1. Copia completa y debidamente autorizada conforme a lo previsto por el artículo [189](#) del Código de Comercio, del acta que contenga, entre otras cosas:

- a) La forma en que hayan sido convocados los socios, los asistentes y los votos emitidos en cada caso;
- b) La aprobación del avalúo de aportes en especie que haya de recibir la absorbente o la nueva sociedad;
- c) La aprobación del acuerdo de fusión que debe adoptarse con la mayoría prevista en la ley o en el contrato social para las reformas estatutarias. En la convocatoria debe insertarse el punto referente a la fusión y la posibilidad que tienen los socios ausentes o disidentes de ejercer el derecho de retiro en las circunstancias previstas por la ley.

2.2.2. En el acta deberá aparecer anexo o inserto el acuerdo de fusión el cual deberá contener:

1. Los motivos de la fusión y las condiciones en que se realizará.
2. El nombre de las sociedades que participen en la fusión.
3. En el caso de creación de una sociedad, los estatutos de la misma.
4. La discriminación y valoración de activos y pasivos que se integran al patrimonio de la absorbente o de la nueva sociedad.
5. El intercambio de partes de interés, cuotas de acciones que implicará la fusión, junto con la explicación de los métodos de evaluación utilizados.
6. La opción que se ofrecerá a los tenedores de bonos (si los hubiere).
7. Estados financieros de las sociedades que participen en el proceso de fusión debidamente certificados y acompañados de las notas y de un dictamen emitido por el revisor fiscal o en su defecto por un contador público independiente.

2.2.3. Certificación de los representantes legales de las compañías en las que conste que el acuerdo de fusión estuvo a disposición de los socios en las oficinas del domicilio principal donde funcione la administración de la sociedad, por lo menos durante los quince (15) días hábiles anteriores a la reunión en la que se decidió llevar a cabo la fusión.

2.2.4. Un ejemplar del diario de amplia circulación nacional a través del cual los representantes legales de las sociedades intervinientes en la fusión hayan dado a conocer al público la aprobación del compromiso.

Este aviso deberá contener:

2.2.4.1. Los nombres de las compañías participantes, sus domicilios y el capital social, o el

suscrito y el pagado, en su caso.

2.2.4.2. El valor de los activos y pasivos de las sociedades participantes en el proceso de fusión.

2.2.4.3. La síntesis del anexo explicativo de los métodos de evaluación utilizados y de la participación que los socios de la sociedad absorbida tendrán en el capital de la sociedad absorbente o en la nueva sociedad, certificada por el revisor fiscal, si lo hubiere o, en su defecto, por un contador público independiente.

2.2.5. Certificación expedida por el representante legal y el revisor fiscal de cada sociedad participante, en la que se acredite que el representante legal dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 5o de la Ley 222 de 1995, en lo atinente a la comunicación de la fusión a los acreedores sociales, por telegrama o por cualquier otro medio que produzca efectos similares.

2.2.6. El balance consolidado que muestre la integración de los activos y pasivos que se reciben, con los estados financieros extraordinarios de la(s) absorbida(s) y de la absorbente, previa eliminación de las cuentas comunes entre compañías, si las hubiese (cuenta deudoras-acreedoras, inversiones-capital).

2.2.7. Sendos certificados expedidos por la Cámara de Comercio de los domicilios sociales en los que conste la inscripción en el registro mercantil de los representantes legales, revisores fiscales y miembros de juntas directivas.

### 2.3. Trámite previo a la autorización de la fusión

Una vez presentado el proyecto de fusión o de asociación a la Superintendencia Nacional de Salud, la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud - Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Administradores de Recursos de Salud, emitirá un Concepto Técnico Financiero respecto a los estados financieros aportados, el patrimonio técnico y el margen de solvencia de las sociedades que participen en la fusión o la asociación. Para emitir este concepto se contará con un término máximo de 15 días hábiles.

Por su parte, la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud – Dirección General de Aseguramiento, conceptuará acerca del cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente para expedir el certificado de funcionamiento o de habilitación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) que resulten de la fusión y que pretendan prestar servicios como aseguradoras en el régimen contributivo, subsidiado y de planes adicionales de salud, de acuerdo con las funciones que le competen a la Dirección, cualquiera sea su naturaleza jurídica.

La Oficina Asesora Jurídica emitirá concepto jurídico sobre la procedencia de la fusión o de la asociación. Para emitir el correspondiente concepto la Oficina Jurídica contará con 15 días hábiles, contados desde la radicación de la solicitud del concepto.

Para efectos de los conceptos técnicos y jurídico con los cuales se debe cumplir, las áreas técnicas y jurídica tendrán en cuenta que la fusión o asociación es una reforma estatutaria de carácter patrimonial, en la cual se hace una división de patrimonios de una entidad a otra nueva o ya existente.

Así mismo deberán tener en cuenta que las EAPB podrán fusionarse o asociarse para operar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas asociaciones o fusiones en ningún caso podrán significar incrementos en los costos administrativos o nuevos pasos en el proceso de intermediación de los recursos.

La asociación que realicen varias EAPB, comporta el desaparecimiento como EAPB de las entidades que se asocian, y al hacer la asociación, dan origen a una nueva EAPB, que es aquella que recibirá la autorización de funcionamiento o habilitación como EAPB por parte de esta Superintendencia.

La fusión entre EAPB, genera la integración de las EAPB, de forma tal que unas entidades se absorben por otra. Las primeras desaparecen. La entidad absorbente conserva su personalidad jurídica y autorización de funcionamiento como EAPB, sin perjuicio de los requisitos que deba adoptar para operar como EAPB, de conformidad con las normas pertinentes.

De otra parte, la asociación que realicen EAPB con entidades que carezcan de habilitación como EAPB, comporta el desaparecimiento como EAPB de la entidad que se asocia, y al hacer la asociación, dan origen a una nueva EAPB, que es aquella que recibirá la autorización de funcionamiento o habilitación como EAPB por parte de esta Superintendencia.

Por otro lado, la fusión de EAPB por entidades no habilitadas como EAPB, genera la integración de estas, de forma tal que unas entidades se absorben por otra. Las primeras desaparecen. La entidad absorbente conserva su personalidad jurídica, sin perjuicio de los requisitos que deba adoptar para operar como EAPB, de conformidad con las normas pertinentes.

Las entidades que resulten de las fusiones o asociaciones, en los términos antes descritos, no podrán dejar de cumplir las obligaciones que se derivan de los contratos de aseguramiento y prestación de servicios suscritos por las EAPB liquidadas o absorbidas.

Los procesos de fusión o asociación no facultan a los afiliados de las EAPB absorbidas o liquidadas, para ejercer su derecho de libre elección de EAPB, dado que la nueva EAPB o la absorbente, según sea el caso, se subroga en los derechos de las que se liquidan o absorben. Desde luego, los afiliados podrán trasladarse a otra EAPB, manifestando su voluntad dentro de los plazos establecidos para el efecto en las normas correspondientes.

De acuerdo a lo anterior, la habilitación de la nueva EAPB, o de la absorbente como EAPB, se hará una vez efectuada la fusión o asociación de acuerdo a la normatividad aplicable a cada caso, ya que para el lleno de los requisitos de habilitación, la habilitación es un derecho personalísimo y no puede traspasarse ni heredarse.

Para obtener la habilitación para operar como EAPB en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la nueva EAPB, o la absorbente, deberá entregar la solicitud de habilitación, en un término de un mes, contado a partir de la suscripción de la escritura que autoriza la fusión o asociación, a la Superintendencia Delegada de Atención en Salud.

El acto administrativo de habilitación de la nueva EAPB, o de la absorbente como EAPB, deberá ser proferido en los términos establecidos en el Título Segundo de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de la Circular Externa número [047](#) de 2007 con sus respectivas modificaciones.

En caso que la nueva EAPB, o la absorbente como EAPB, no cumpla los requisitos de habilitación para operar como EAPB en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos y plazos previstos en la presente Circular, se revocará la autorización de fusión o asociación proferida y se procederá al traslado de los usuarios a cada una de las EAPB partes de la fusión o asociación de la cual o de las cuales eran afiliados, garantizando, en todo caso, la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público esencial de seguridad social en salud a los afiliados. Lo anterior, sin perjuicio del derecho a la libre elección que le asiste a los afiliados en los plazos y términos definidos por la normatividad vigente.

En ningún caso la nueva EAPB, o la absorbente como EAPB podrá operar sin cumplir el requisito de habilitación previsto en la ley por fuera del término aquí establecido.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá especial vigilancia y control sobre las entidades objeto del proceso de fusión o asociación, a fin de garantizar el aseguramiento y la efectiva prestación del servicio público esencial de salud, a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las entidades en proceso de fusión o asociación.

#### 2.4. Acto administrativo que autoriza la fusión

Autorizada, mediante acto administrativo, la fusión solicitada, los representantes legales de las sociedades existentes extenderán la escritura pública que deberá contener:

(i) el acuerdo de fusión y, (ii) los estatutos de la nueva sociedad o las reformas que se introduzcan a la sociedad absorbente.

La escritura deberá inscribirse en el registro mercantil de la Cámara de Comercio del domicilio social de cada una de las sociedades participantes.

En dicha escritura pública deberán protocolizarse el acto administrativo que autoriza la fusión.

Efectuado el registro de la escritura pública correspondiente, las entidades intervinientes deberán remitir inmediatamente a esta Superintendencia copia de la escritura registrada.

Los representantes legales de las sociedades interesadas darán a conocer al público la aprobación del compromiso, mediante aviso publicado en un diario de amplia circulación nacional.

Igualmente, se ordenará que se notifique personalmente el contenido del Acto Administrativo al representante legal de las entidades intervinientes, o a quien haga sus veces, entregándole copia de la misma, advirtiéndole que contra ella procede el recurso de reposición, interpuesto ante el Superintendente Nacional de Salud dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de su notificación.

### CAPÍTULO QUINTO. <sic VI>

#### MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD.

<Capítulo adicionado por la Circular 11 de 2013. El nuevo texto es el siguiente:> Son un conjunto de acciones coordinadas tendientes a garantizar la continuidad en el aseguramiento y la

prestación del servicio público de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cualquiera sea el régimen al que pertenezca, cuando se presente ausencia de aseguradoras por el retiro voluntario o la revocatoria de la autorización de funcionamiento o habilitación de la o las Entidades Promotoras de Salud que operen en una determinada jurisdicción.

Las medidas para garantizar el aseguramiento se dirigen esencialmente a superar los riesgos de aseguramiento que pudieren afectar a la población perteneciente al Régimen Subsidiado o Contributivo.

El Gobierno Nacional mediante Decreto número 1703 de 2002, artículo [39](#) y el Decreto número 055 de 2007, estableció los mecanismos tendientes a garantizar la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicio de salud a los afiliados y beneficiarios del Régimen Contributivo, en los municipios en que la población con capacidad de pago no cuente con oferta de aseguradoras en dicho régimen.

Por su parte el Decreto número 633 de 2012, modificado por el Decreto número 1955 de 2012, fijó el procedimiento para garantizar la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicio público de salud en el Régimen Subsidiado cuando se presente el retiro voluntario o la revocatoria de la autorización de funcionamiento de las EPS que operen en una determinada jurisdicción (art. 1o D. 633/2012).

En consecuencia las medidas para garantizar el aseguramiento en los dos regímenes se sujetaran a las siguientes reglas:

1. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. <Capítulo adicionado por la Circular 11 de 2013. El nuevo texto es el siguiente:>

1.1. Objeto y ámbito de aplicación Acorde con lo señalado en el artículo [39](#) del Decreto número 1703 de 2002 frente a la inexistencia de aseguradoras, es decir en los municipios en que la población con capacidad de pago no cuente con oferta de aseguradoras en el régimen contributivo, la Superintendencia Nacional de Salud designará una EAPB del régimen subsidiado con cobertura en el respectivo municipio, para que administre el régimen contributivo de esa población en forma excepcional y transitoria mientras se mantiene dicha situación. Lo anterior sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud adelante las acciones para vincular a las entidades promotoras de salud, EPS del régimen contributivo en aquellas regiones, en donde les ha sido autorizada cobertura y no exista la oferta respectiva.

1.2. Criterios para la designación de la EAPB receptora La Superintendencia Nacional de Salud, con el propósito designar la EAPB receptora de los afiliados del Régimen Contributivo, tendrá en cuenta los siguientes criterios:

1.2.1. La EAPB a seleccionar no debe estar incurso en medida especial o de intervención que le impida la recepción de nuevos usuarios.

1.2.2. La EAPB debe contar con capacidad autorizada disponible para la afiliación de nuevos usuarios en el respectivo municipio.

1.2.3. Cuando la EAPB a seleccionar es la única con autorización para funcionar en el municipio, esta estará obligada a recibir los usuarios y la Superintendencia Nacional de Salud procederá a ampliar de manera temporal la capacidad de afiliación de ella, en un término máximo de 5 días

hábiles, y se mantendrá hasta tanto persista la situación.

1.2.4. Cuando en el municipio se encuentren operando otras EAPB, pero ninguna cuente con capacidad de afiliación, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará los indicadores de calidad de cada una de ellas y optará por la que se encuentre en mejores condiciones Técnico Administrativas, Financieras y de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud.

### 1.3. Procedimiento

El procedimiento a aplicar para el traslado excepcional de los afiliados será el que corresponda de acuerdo con lo establecido en el Decreto número 055 de 2007.

2. RÉGIMEN SUBSIDIADO. <Capítulo adicionado por la Circular 11 de 2013. El nuevo texto es el siguiente:>

2.1. Objeto y ámbito de aplicación Acorde con lo señalado en el Decreto 633 de 2012 y el Decreto número 1955 de 2013, las medidas para garantizar la continuidad del aseguramiento se dirigen esencialmente a superar los riesgos de aseguramiento que pudieren afectar a la población perteneciente al régimen subsidiado, cuando se presente el retiro voluntario o la revocatoria de la autorización de funcionamiento de la Entidad o Entidades Promotoras de Salud que operen en una determinada jurisdicción, sin que existan otras EAPB en condiciones de asegurar a esta población.

2.2. Modalidad de las medidas Las medidas reguladas por el Gobierno Nacional son las siguientes:

#### 2.2.1. A cargo de la Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud autorizará por un término de seis (6) meses, prorrogable por un término igual las Alianzas entre Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y entidades territoriales. Las alianzas son acuerdos de colaboración que deberán ser sometidos a autorización previa de esta Superintendencia y presentados por todos los partícipes de la misma, en documento que contenga la siguiente información básica:

- Una justificación de la conformación de la Alianza que identifique en forma clara, precisa y documentada las circunstancias que colocan en riesgo de aseguramiento a la población del régimen subsidiado de la jurisdicción donde la Alianza espera operar.
  - Una descripción básica el proyecto de Alianza que contenga los componentes administrativos, financieros y económicos sobre los cuales funcionará el proyecto de Alianza.
- Este ítem debe contener una descripción detallada de la red de prestadores con que contará el proyecto.
- La determinación del término de duración de la Alianza y los efectos que se producirán para los partícipes al momento de su terminación.
  - Copia de las actas del órgano de dirección, o el que fuere competente, de las entidades partícipes de la Alianza, mediante las cuales se apruebe el proyecto de alianza y se confieran facultades al representante para solicitar su aprobación y de ser aprobada proceder a su celebración.

En segundo lugar la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar la operación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo interesadas en garantizar la continuidad de la afiliación de la población del régimen subsidiado. Para tales efectos la EPS someterá a aprobación de la Superintendencia un Proyecto de Operación que contenga la siguiente información básica:

- Una justificación del proyecto de operación que identifique en forma clara, precisa y documentada las circunstancias que colocan en riesgo de aseguramiento a la población del régimen subsidiado de la jurisdicción donde espera operar.
- Una descripción básica del proyecto que contenga los componentes administrativos, financieros y económicos sobre los cuales funcionará el proyecto. Este ítem debe contener una descripción detallada de la red de prestadores con que contará el proyecto.
- La determinación del término de duración de la operación y un plan de desmonte que evite el traumatismo en la atención de la población asegurada.
- Copia de las actas del órgano de dirección, o el que fuere competente, mediante las cuales se apruebe el proyecto de operación y se confieran facultades al representante para solicitar su aprobación ante esta Superintendencia.

La Superintendencia Nacional de Salud en un término máximo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la presentación de la solicitud de que tratan los literales a) y b), deberá aprobar la ampliación de la capacidad de afiliación y establecer un plazo para el cumplimiento de los requisitos financieros por parte de la alianza entre Entidades Promotoras de Salud y la Entidad Territorial, o de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo (parágrafo 1o art 2o. D. 633/2012 Mod. art. 2o. D. 1955/2012).

La prórroga aplicable a estas medidas se aplicará tanto a aquellas alianzas o Entidades Promotoras de Salud que se encuentren autorizadas o que se autoricen a partir de la entrada en vigencia del presente decreto (parágrafo 3o art. 2o D. 633/2012 Mod. art.2o D. 1955/2012).

#### 2.2.2. A cargo de la Entidad Territorial

La Entidad Territorial, con jurisdicción en el lugar donde opere una EPS con medida de vigilancia especial impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, podrá realizar la asignación excepcional de afiliados a las Entidades Promotoras de Salud con vigilancia especial, impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud, siempre que cuente con concepto previo de la Superintendencia Nacional de Salud, demostrando la recuperación en los resultados de su plan de acción y sostenibilidad en los indicadores de permanencia financiera (num. 2 art. 3o D. 633/2012 Mod. art. 3o D. 1955/2012).

Durante el término de ejecución de las anteriores medidas, se entienden suspendidos los traslados voluntarios por cumplimiento del tiempo de permanencia en una misma Entidad Promotora de Salud, hasta tanto en la jurisdicción respectiva se restablezca la pluralidad de entidades aseguradoras, que haga viable el ejercicio del derecho de libre elección de los afiliados. Restablecida esta situación, la entidad territorial informará a los afiliados para que puedan ejercer su derecho (parágrafo 2o art. 2o D. 633/2012 Mod. art. 2o D. 1955/2012).

2.3. Procedimiento La aplicación de las medidas descritas se sujetará al procedimiento establecido en los Decretos número 633 de 2012 modificado parcialmente por el Decreto número

1955 de 2012.

#### Notas de Vigencia

- Capítulo adicionado por la Circular 11 de 2013, 'adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular número [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 48.981 de 21 de noviembre de 2013. Circular 2 de 2013 sustituida en su integridad.
- Numeral 2.1 modificado por la Circular 6 de 2013, 'por medio de la cual se modifica el numeral 2.1 de la Circular número 000002 de 27 de febrero de 2013', publicada en el Diario Oficial No. 48.898 de 30 de agosto de 2013.
- Capítulo VI adicionado al Título II por la Circular 2 de 2013, 'Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular [047](#) de 2007', publicada en el Diario Oficial No. 48.718 de 28 de febrero de 2013.

#### Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 6 de 2013:

(...)

2.1. <Numeral modificado por la Circular 6 de 2013. El nuevo texto es el siguiente:> Toda cesión de activos, pasivos y contratos entre Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, cualquiera que sea su régimen o naturaleza jurídica, requerirá la autorización previa de la Superintendencia Nacional de Salud.

De las aprobaciones a los programas de Entidades Promotoras de Salud que administren las Cajas de Compensación Familiar, será informada la Superintendencia de Subsidio Familiar.

(...)

Texto adicionado por la Circular 2 de 2013:

#### CAPÍTULO SEXTO

Cesión de activos, pasivos y contratos; alianzas y traslados de afiliados entre EAPB, incluyendo los programas en salud de las Cajas de Compensación Familiar

##### 1. Ámbito de competencia de la Superintendencia Nacional de Salud

El artículo 4o numeral 6 del Decreto 1018 de 2007 establece que le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud en el marco que determine la ley, la inspección, vigilancia y control de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de cualquier naturaleza. Dentro de esta categoría se incluyen las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud y por lo tanto son sujetos vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud.

Por su parte, el artículo 8o, numeral 10, del Decreto 1018 de 2007, establece que es función de la Superintendencia Nacional de Salud, "Autorizar previamente a los sujetos vigilados, de manera general o particular, cualquier modificación a la razón social, sus estatutos, cambios de la composición de la propiedad, modificación de su naturaleza jurídica, escisiones, fusiones y cualquier otra modalidad de transformación, así como la cesión de activos, pasivos



y contratos”.

En cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y con el propósito de dar cabal aplicación al principio de continuidad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Gobierno Nacional adoptó múltiples medidas administrativas encaminadas a garantizar la adecuada, continua y efectiva prestación del servicio público de salud por parte de las EPS, particularmente de aquellas que presentan situaciones que pudieran poner en riesgo el aseguramiento en dichas condiciones y, en especial, cuando amenacen o presenten problemas de liquidez, margen de solvencia y patrimonio mínimo.

Una de tales medidas fue la adopción del Decreto 633 de 2012, modificado por el Decreto 1955 de 2012, por medio del cual el Gobierno Nacional facultó a la Superintendencia Nacional de Salud a autorizar alianzas entre EPS de ambos regímenes y entidades territoriales, con el fin de impedir que la población afiliada se vea afectada en la continuidad en el aseguramiento de la salud, como consecuencia de complicaciones económicas y financieras, que han llevado a varias de las EPS, si no a perder su autorización de funcionamiento, a operar con medida cautelar de vigilancia especial, limitando su capacidad de afiliación y traslado de población, con un deterioro constante y progresivo.

La autorización para conformar alianzas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene como finalidad garantizar la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicio público de salud a los afiliados de ambos regímenes, en cuanto les permite aunar esfuerzos para garantizar dichos servicios de salud, en condiciones deseadas de calidad y eficiencia.

La figura de alianza entre EPS de cualquiera de los dos regímenes, o entre estas y las entidades territoriales, fue prevista inicialmente por el término de seis (6) meses, pero ante las particulares circunstancias del Sistema, el Decreto 1955 de 2012 prorrogó el plazo posible de autorización, en los mismos términos inicialmente concedidos.

El anterior marco jurídico, pone de presente que la Superintendencia Nacional de Salud es competente para autorizar:

- i) La cesión de activos, pasivos y contratos entre EAPB, incluyendo los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar;
- ii) Alianzas entre EAPB, y el eventual traslado de afiliados en el marco de ellas, y
- iii) La creación de personas jurídicas diferentes, de cualquier naturaleza, originadas en estas alianzas. La presente circular establece reglas de carácter general, en el marco de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control, para facilitar la implementación de los mencionados mecanismos jurídicos. Las EPS interesadas en acogerse a las normas desarrolladas en la presente circular, deberán presentar en la Superintendencia Nacional de Salud el respectivo proyecto, para su estudio y autorización específica.

2. Cesión de activos, pasivos y contratos; alianzas y traslados de afiliados entre entidades administradoras de planes de beneficios, incluyendo los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, y/o entidades territoriales.

2.2. Asimismo, las alianzas entre Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, o entre estas y las entidades territoriales, y los eventuales traslados de afiliados entre

los integrantes de dichas alianzas, requerirán de la autorización previa de la Superintendencia Nacional de Salud.

2.3. Los integrantes de las alianzas podrán, cumplidos los plazos reglamentarios de su duración, constituir una sociedad de cualquier naturaleza, cuya operación inicial se registrará por lo establecido en la presente circular.

2.4. Para llevar a cabo las figuras jurídicas mencionadas en los tres numerales anteriores, se observarán las siguientes reglas:

2.4.1. Facultad de ceder. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) de los regímenes Contributivo y/o Subsidiado, incluyendo los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, por decisión de su máximo órgano directivo, podrán ceder parte o la totalidad de los activos y pasivos, así como los contratos que les hayan dado origen, sujetándose a las reglas que a continuación se indican. La cesión mencionada podrá hacerse a personas jurídicas existentes, públicas o privadas, o realizarse con el fin de crear una nueva entidad administradora de planes de beneficios de salud en el régimen contributivo o subsidiado, con o sin la participación de terceros de cualquier naturaleza.

2.4.2. Procedencia de la cesión. La cesión de activos, pasivos y contratos solo será procedente cuando se establezca que el cesionario cumplirá con las normas sobre margen de solvencia vigentes según el caso, una vez se produzca la cesión y en el plazo que para el efecto le fije la Superintendencia Nacional de Salud.

2.4.3. Procedimiento. De conformidad con la normatividad vigente, los contratantes cedidos en los negocios jurídicos celebrados *intuitu personae* con la entidad cedente, deberán expresar su rechazo o aceptación dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de la notificación escrita de cesión que haga el cedente, enviada a través de correo certificado, a la dirección que figure como su domicilio en los registros de la cedente. De no recibirse respuesta dentro del término fijado se entenderá aceptada la cesión. El rechazo de la cesión o el condicionamiento de la misma por parte del contratante cedido, facultará a la Entidad Administradora de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) –incluyendo a los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar- para terminar de forma inmediata y válidamente el contrato sin que haya lugar a indemnización alguna a cargo de la EAPB y a favor de la otra parte, por lo que se procederá a la liquidación correspondiente y a las restituciones mutuas a las que haya lugar. La liquidación del contrato respectivo será realizada por la EAPB dentro de los diez (10) días siguientes al rechazo de la cesión.

2.4.4. Alianzas. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, incluyendo los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar, que deseen acogerse a la posibilidad de aliarse, entre ellas y/o con entidades territoriales, en los términos de los Decretos 633 de 2012, 1955 de 2012, la presente circular, y demás normas que las sustituyan o modifiquen, deberán presentar el respectivo proyecto ante Superintendencia Nacional de Salud. El proyecto contendrá, como mínimo, los objetivos, justificaciones, situación financiera y proyección de resultados de la alianza.

2.4.5. Creación de una nueva persona jurídica. Los integrantes de la Alianza, cumplidos los términos establecidos en las citadas normas, podrán constituir una nueva persona jurídica, de la naturaleza que mejor se corresponda con la condición jurídica de dichos integrantes, cuyo objeto será desarrollar actividades como Entidad Administradora de Planes de Beneficios de

Salud.

2.4.6. Situación de los afiliados. Ni la aplicación del proceso de cesión de activos, pasivos y contratos, ni la conformación de las alianzas, ni la implementación de las demás figuras jurídicas enunciadas en la presente circular, cambia la condición de afiliación de los usuarios de las EAPB que participen en ellas. Si una o varias de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), de las que participan en el proceso de cesión, o en la alianza ya en operación -incluyendo los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar-, decide voluntariamente retirarse y solicitar la revocatoria de su habilitación, procederá el traslado en bloque de sus afiliados a otra de las EAPB partícipes de la cesión o alianza, sin perjuicio del derecho individual a la libre elección, en cumplimiento de la normatividad vigente.

### 3. Habilitación

La habilitación vigente al momento de perfeccionar la cesión, alianza y traslado de afiliados entre EAPB, otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud a cada una de las EAPB participantes en alguno de los procedimientos enunciados en la presente circular, mantendrá su vigencia en cabeza del nuevo ente jurídico resultante. Ello, sin perjuicio de que la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio permanente de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control, verifique periódicamente el cumplimiento cabal de las causales de permanencia de la entidad resultante.

Cuando los integrantes de una alianza en la que participe un programa de salud de una Caja de Compensación Familiar decidan constituirse en una nueva persona jurídica, cuyo objeto sea la Administración de Planes de Beneficios de Salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, tal nueva entidad podrá operar con la habilitación vigente del programa de salud de la Caja de Compensación Familiar. Dentro del año siguiente a la constitución de esa nueva persona jurídica, esta deberá solicitar ante la Superintendencia de Salud su respectivo certificado de habilitación, el cual se tramitará y expedirá de conformidad con las normas vigentes al momento de presentar la solicitud.

Las entidades interesadas en la cesión, alianza o creación de la nueva persona jurídica, deberán presentar, en cada caso, el respectivo proyecto a consideración de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual, en el acto administrativo de aprobación, validará la habilitación vigente, cumpliendo así con el término establecido en el parágrafo 1o del artículo 2o del Decreto 633 de 2012 y sus normas complementarias.

## CAPÍTULO VII.

### CONDICIONES DE LA NOTA TÉCNICA.

#### Notas de Vigencia

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

**1. DEFINICIÓN.** <Numeral adicionado por la Circular 20 de 2015. El nuevo texto es el

siguiente:>

La nota técnica es el documento que contiene todas las características generales, supuestos, y metodologías para el cálculo de las tarifas, reservas técnicas y demás particularidades que se requieran para el aseguramiento en salud. Este documento debe contener todas las variables de tipo actuarial que sean necesarias y suficientes para determinar el equilibrio financiero que debe existir entre los recursos y los gastos.

La nota técnica debe describir de manera clara la información, supuestos y metodologías utilizadas en el cálculo de las tarifas y las reservas técnicas, de tal forma que un actuario pueda evaluar la validez de las metodologías y supuestos utilizados. Las bases de datos, hojas de cálculo y cualquier otra documentación relevante en el cálculo deben presentarse junto con la nota técnica para su aprobación y debe estar a disposición de esta Superintendencia en caso que esta la requiera.

#### Notas de Vigencia

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

2. ALCANCE. <Numeral adicionado por la Circular 20 de 2015. El nuevo texto es el siguiente:>

2.1. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades adaptadas al sistema general de seguridad social en salud, Cajas de Compensación Familiar que operan en cualquiera de los regímenes independiente de su naturaleza jurídica y las Organizaciones de Economía Solidaria vigiladas por esta Superintendencia, que operen en el régimen subsidiado o contributivo, deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud, la nota técnica que describe la metodología de cálculo de las reservas técnicas definidas en el artículo 7o del Decreto 2702 de 2014, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Las mencionadas reservas técnicas deben calcularse para los servicios de salud que hagan parte del plan obligatorio de salud y las incapacidades que se generen por enfermedad general, de acuerdo con lo definido en el mencionado Decreto.

Aquellas entidades que adopten la metodología propuesta por esta Superintendencia, descrita en la Resolución 412 de 2015, o las normas que la modifiquen o sustituyan, dentro de la nota técnica deberán informar que se acogen a la mencionada metodología.

2.2. Las entidades que estén autorizadas para comercializar Planes Complementarios (PAC) deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud, la nota técnica para cada plan y/o producto con la metodología para el cálculo de la tarifa y para el cálculo de reservas técnicas definidas en el artículo 7o del Decreto 2702 de 2014, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Aquellas entidades que para el cálculo de las reservas técnicas adopten la metodología propuesta por esta Superintendencia, descrita en la Resolución 412 de 2015, o las normas que la modifiquen o sustituyan, dentro de la nota técnica deberán informar que se acogen a la mencionada metodología.

2.3. Las entidades de medicina prepagada y servicios de ambulancia prepagado deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud, la nota técnica para cada plan y/o producto, con la metodología para el cálculo de la tarifa.

2.4. Cuando se trate de la autorización de una nueva entidad EPS, empresa de medicina prepagada, empresa de servicios de ambulancia prepagado y EPS que emita planes complementarios, la entidad deberá contar con la aprobación de la nota técnica correspondiente, por parte de esta Superintendencia.

2.5. Cuando se trate de la autorización de un nuevo producto y/o plan de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado o plan complementario, la entidad deberá contar con la aprobación de la nota técnica correspondiente, por parte de esta Superintendencia.

2.6. Para las actualizaciones de tarifa y/o coberturas, de un producto y/o plan de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado o plan complementario, la entidad presentará la nota técnica correspondiente a esta Superintendencia.

2.7. Cualquier cambio en la metodología de cálculo de las reservas técnicas, en las entidades descritas en los numerales 2.1 y 2.2, deberá ser remitida a esta Superintendencia para su aprobación, en forma previa a su utilización.

#### Notas de Vigencia

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

3. ELEMENTOS. <Numeral adicionado por la Circular 20 de 2015. El nuevo texto es el siguiente:>

3.1. La nota técnica debe presentarse con la terminología y notación actuarial reconocida internacionalmente. Cualquier notación o terminología adicional que se requiera en las metodologías seguidas para la determinación de la tarifa y/o para el cálculo de las reservas técnicas, debe ser expuesta explícitamente.

3.2. Los estudios técnicos, actuariales y estadísticos en que sustenten los resultados de la nota técnica, deben ser el producto de la utilización de bases de datos que cumplan exigencias de homogeneidad y representatividad.

3.3. La nota técnica de los productos y/o planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado y plan complementario, debe presentarse junto con la minuta del contrato del respectivo producto y/o plan, la cual debe ser remitida en medio digital.

#### Notas de Vigencia

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

4. REQUISITOS MÍNIMOS. <Numeral adicionado por la Circular 20 de 2015. El nuevo texto es el siguiente:>

En la siguiente tabla se detallan los numerales de los requisitos mínimos que deben contener las notas técnicas por cada tipo de Entidad Administradora de Planes de Beneficios:

#### REQUISITOS MÍNIMOS PARA LAS NOTAS TÉCNICAS

Plan Obligatorio de Salud (excepto EPS Indígenas)	Planes de Atención Complementaria	Medicina Prepagada	Servicio de Ambulancia Prepagado
4.1.	4.1.	4.1.	4.1.
4.2. excepto los subnumerales 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.2.5 y 4.2.8	4.2.	4.2. excepto el subnumeral (opcional).	4.2. excepto el subnumeral 4.2.9 (opcional).

Notas de Vigencia

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

4.1. IDENTIFICACIÓN DE LA NOTA TÉCNICA. <Numeral adicionado por la Circular 20 de 2015. El nuevo texto es el siguiente:>

4.1.1. Nombre y código de la entidad.

4.1.2. Nombre del producto y/o plan: corresponde al nombre del producto y/o plan para el cual se está definiendo la tarifa y/o reservas técnicas.

4.1.3. Fecha de elaboración y/o actualización de la nota técnica (Día/Mes/Año).

4.1.4. En la parte inferior de cada página del documento debe incluirse la siguiente información, tal como se describe a continuación:

Campo	1	2	3	4	5
Descripción	Fecha a partir de la cual se utiliza	Código de la Entidad	Tipo de nota técnica	Página	Código del producto y/o plan
Formato	8 dígitos dd/mm/aaaa	8 dígitos	3 caracteres	7 Dígitos	20 caracteres

-- Campo 1: Para los casos en los que se requiere de autorización, esta fecha debe corresponder al acto administrativo mediante el cual se imparte la respectiva aprobación. En los casos que no se requiera autorización, corresponderá a la fecha desde que se utiliza la tarifa y/o reservas definidas en la nota técnica.

-- Campo 2: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

-- Campo 3: Debe indicarse:

N\_P: Si la nota técnica corresponde a un nuevo producto.

A\_P: Si la nota técnica corresponde a la actualización de un producto existente.

-- Campo 4: debe registrar el número de la página y el total de páginas del documento, (# página/total páginas).

-- Campo 5: Corresponde al código del producto y/o plan para el cual se está definiendo la tarifa y/o reservas técnicas.

4.2. CONTENIDO DE LA NOTA TÉCNICA. <Numeral adicionado por la Circular 20 de 2015. El nuevo texto es el siguiente:>

La nota técnica debe contener como mínimo lo siguiente:

4.2.1. Objetivo General: debe incluirse el objetivo de la nota técnica.

Para las notas técnicas que correspondan a una actualización de producto debe indicarse la razón de la actualización. Si la actualización implica cambios en la cobertura, se debe indicar de manera clara cuáles son los cambios introducidos y dejando constancia expresa e inequívoca de que no se efectúan modificaciones distintas a las expresamente anunciadas.

4.2.2. Modalidad del contrato: para los productos y/o planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado y planes complementarios se debe indicar si el contrato es individual, familiar, colectivo u otro que maneje la compañía, el cual se debe especificar.

4.2.3. Temporalidad: para los productos y/o planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado y planes complementarios, debe incluirse el periodo de tiempo para el cual se está calculando la tarifa.

4.2.4. Enumeración detallada de todas las coberturas y servicios incluidos en los productos y/o planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado y planes complementarios.

4.2.5. Moneda: para los productos y/o planes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado y planes complementarios, se debe indicar la moneda o índice en que se denomina la tarifa.

4.2.6. Descripción de la población a asegurar, (mercado objetivo): se deben incluir variables que describan la población objetivo tales como edad, sexo, municipio, localidad, ingreso base de cotización, tipo de afiliación, antigüedad y cualquier otra segmentación que sea tenida en cuenta en el desarrollo de la nota técnica.

4.2.7. Ingresos y costos del producto y/o plan: se debe incluir la proyección de ingresos y costos para un periodo de cinco (5) años.

4.2.8. Metodología para el cálculo de la tarifa

La nota técnica debe consignar y sustentar los procedimientos técnicos y actuariales, fórmulas, información, parámetros o cualquier otro concepto, criterio o elemento utilizados para establecer la prima de riesgo y la prima comercial de los productos y servicios de salud.

Los supuestos que se utilicen para el cálculo de las tarifas deben estar consignados y sustentados en la nota técnica. Cuando se utilicen variables o parámetros basados en estudios o estadísticas

de la entidad, estos se deben anexar en medio digital; así como las bases de datos y las metodologías que se usaron para determinarlas.

Cuando no se cuente con información histórica propia y se utilicen otras fuentes o se elaboren proyecciones, deben incluirse y sustentarse los supuestos que permiten elaborar estas proyecciones. Cuando se utilicen supuestos que hayan sido establecidos por ley, se deberá indicar la normatividad que establece su uso.

La nota técnica deberá incluir cualquier concepto, procedimiento técnico que a juicio del actuario que firma la nota técnica sea necesario para la adecuada implementación del producto.

En cuanto aplique, se deben incluir elementos tales como:

-- Descripción de la población a asegurar, (mercado objetivo): se deben incluir variables que describan la población objetivo tales como edad, sexo, municipio, localidad, ingreso base de cotización, tipo de afiliación, antigüedad y cualquier otra segmentación que sea tenida en cuenta en la definición de la tarifa.

-- Medidas de control: Se deben incluir los criterios definidos por la entidad para la suscripción de los planes y/o productos; así como las medidas adoptadas para el control del riesgo, tales como límites para la edad de ingreso, períodos de carencia, o cualquier otra medida de control.

-- Copagos y/o cargos asumidos por el usuario: deben incluirse los copagos y/o cargos que debe asumir el usuario; así mismo debe incluirse la forma en la que estos cargos se ven reflejados en el cálculo de tarifa.

-- Límites: Si dentro del plan y/o producto se definen límites en la cobertura, estos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica especificando como se aplican.

-- Recargos y/o descuentos basados en el riesgo: si dentro del plan y/o producto se otorgan recargos y/o descuentos basados en el estado de riesgo del usuario, estos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica.

-- Gastos: se deben incluir los factores por gastos que se aplicarán. Estos deben estar discriminados en gastos esperados por la entidad, gastos de adquisición, gastos de administración y gastos de venta. Si estos factores varían, se deben indicar de manera precisa los rangos en los cuales se encuentran y de qué depende su variación.

-- Margen por riesgo y/o utilidad esperado por la entidad: si la entidad incluye margen por riesgo y/o utilidad, estos deben ser incluidos y sustentados en la nota técnica. Si estos factores varían, se debe indicar de manera precisa los rangos en los cuales se encuentran y de qué depende su variación.

-- Forma de pago: debe indicarse si la prima es de pago anticipado o vencido.

-- Fraccionamiento de primas: se debe indicar claramente si el plan y/o producto contempla el pago fraccionado de la prima (pago mensual, trimestral, semestral,...); de ser así, esto debe ser incluido y sustentado en la nota técnica; así como los recargos que se aplicarán por realizar el pago fraccionado.

-- Descuentos: si dentro del plan y/o producto se otorgan descuentos (descuento por pago anticipado, descuentos por planes familiares,...), estos deben ser incluidos y sustentados en la



nota técnica.

-- Devoluciones: debe indicarse si habrá devolución de valores por el retiro anticipado del plan. Así mismo, debe incluirse la metodología que se seguirá para la determinación de los valores a devolver.

#### 4.2.9. Metodología para el cálculo de las reservas técnicas

La nota técnica debe consignar y sustentar los procedimientos técnicos y actuariales, fórmulas y parámetros utilizados para realizar la estimación de las reservas técnicas definidas en el artículo 7o del Decreto 2702 de 2014, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Los supuestos que se utilicen para el cálculo de las reservas técnicas deben estar consignados y sustentados en la nota técnica. Cuando se utilicen variables o parámetros basados en estudios o estadísticas de la entidad, se debe incluir la metodología seguida para la determinación de éstas y se deben anexar en medio digital las bases de datos sobre las cuales se realizaron dichos estudios. Cuando se utilicen supuestos que hayan sido establecidos por ley, se deberá indicar la normatividad que establece su uso.

Así mismo se deberá consignar cualquier concepto, procedimiento técnico que a juicio del actuario que firma la nota técnica sea necesario para su adecuada implementación.

#### 4.2.10. Resultados

Se debe anexar en hoja de cálculo en un medio digital, la aplicación detallada de la formulación expuesta en el documento para el cálculo de la tarifa y/o de las reservas técnicas, según sea el caso; así como cualquier otro desarrollo incluido en la nota técnica.

Adicionalmente, se deben anexar en medio digital las bases de datos que se utilizaron para la estimación de las tarifas y/o de las reservas técnicas, según sea el caso, especificando los campos contenidos, el separador de campos y cualquier otra información necesaria.

#### 4.2.11. Nombre y Firma del Actuario o Responsable

Se debe incluir el nombre y la firma del actuario o de la persona responsable que elaboró la nota técnica.

#### Notas de Vigencia

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

#### 4.3. CUMPLIMIENTO.

Las notas técnicas deben ser remitidas en los anexos técnicos: Archivo Tipo 186, Archivo Tipo 187 y Archivo Tipo 188.

Las notas técnicas para entidades nuevas, productos y/o planes de servicios nuevos podrán ser presentadas en cualquier momento del año.

Las notas técnicas de aquellos productos y/o planes existentes de medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado o plan complementario deberán actualizarse cada año y remitirse a la Superintendencia Nacional de Salud, en los anexos técnicos correspondientes a más tardar el 30 de noviembre de cada año. Para la actualización de las Notas Técnicas concernientes a los Planes Voluntarios de Salud vigentes para el año 2016, estas deben ser actualizadas y remitidas a más tardar el 28 de diciembre de 2015.

Las notas técnicas con corte a 31 de diciembre para las entidades descritas en los numerales 2.1 y 2.2 deberá ser remitida a la Superintendencia Nacional de Salud, en los anexos técnicos correspondientes, a más tardar el 10 de marzo de cada año.

Las entidades que administren planes voluntarios de salud, deberán remitir a la Superintendencia Nacional de Salud con corte a 31 de diciembre, los anexos técnicos: Archivo Tipo 189 - Primas Cobradas Planes Voluntarios de Salud y Archivo Tipo 190 - Servicios Prestados Planes Voluntarios de Salud, a más tardar el 10 de marzo de cada año.

Para el reporte de la información correspondiente a los servicios prestados por las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, Entidades Adaptadas al Sistema, Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado que administran el Plan Obligatorio de Salud (POS), se utilizará la información recolectada por la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social.

Notas de Vigencia

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

TITULO III.

GENERADORES DE RECURSOS.

CAPITULO PRELIMINAR.

CONTROL AL LAVADO DE ACTIVOS.

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

La Ley 190 de 1995, por la cual se dictaron normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijaron disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa, en el artículo [43](#), modificado por el artículo 3o de la Ley 1121 de 2006, dispuso que:

“ ...

Las obligaciones establecidas en los artículos [102](#) a 107 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto [663](#) de 1993) y demás normas concordantes serán aplicables en lo pertinente a las personas que se dediquen profesionalmente a actividades de comercio exterior, operaciones de cambio y del mercado libre de divisas, casinos o juegos de azar, así como aquellas que determine el Gobierno Nacional.

PARÁGRAFO. El control del cumplimiento de las obligaciones impuestas por la presente disposición se realizará por la respectiva entidad que ejerza vigilancia sobre la persona obligada.”  
Negrilla fuera de texto

Por su parte, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en los artículos [102](#) al [107](#), entre otros, establece lo siguiente:

## 1. RÉGIMEN GENERAL.

-- Obligación y control a actividades delictivas. Los operadores de juegos de suerte y azar están obligados a adoptar medidas de control apropiadas y suficientes, orientadas a evitar que la realización de sus operaciones puedan ser utilizadas como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación, o para dar apariencia de legalidad a las actividades delictivas o a las transacciones y fondos vinculados con las mismas.

-- Mecanismos de control. Los operadores de juegos de suerte y azar deben adoptar mecanismos y reglas de conducta para ser observadas por sus representantes legales, directores, administradores y demás funcionarios, con los siguientes propósitos:

a) Conocer adecuadamente la actividad económica que desarrollan sus clientes, su magnitud, las características básicas de las transacciones en que se involucran corrientemente;

b) Establecer la frecuencia, volumen y características de las transacciones de sus usuarios;

la actividad económica de los mismos;

d) Reportar de forma inmediata y suficiente a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) cualquier información relevante sobre manejo de activos o pasivos u otros recursos, cuya cuantía o características no guarden relación con la actividad económica de sus clientes, o sobre transacciones de sus usuarios que por su número, por las cantidades transadas o por las características particulares de las mismas, puedan conducir razonablemente a sospechar que los mismos están usando a la entidad para transferir, manejar, aprovechar o invertir dineros o recursos provenientes de actividades delictivas o destinados a su financiación;

e) Estar en consonancia con los estándares internacionales en la materia.

-- Adopción de procedimientos. Los operadores de juegos de suerte y azar deben diseñar y poner en práctica procedimientos específicos, y designar funcionarios responsables de verificar el adecuado cumplimiento de dichos procedimientos.

-- Alcance y cobertura del control. Los mecanismos de control y auditoría de que trata este artículo podrán versar exclusivamente sobre las transacciones, operaciones o saldos cuyas cuantías sean superiores a las que se fijen como razonables y suficientes. Tales cuantías se establecerán en el mecanismo que adopte cada entidad atendiendo al tipo de negocios que realiza, amplitud de su red, los procedimientos de selección de clientes, el mercadeo de sus productos, capacidad operativa y nivel de desarrollo tecnológico.

## 2. CONTROL DE LAS TRANSACCIONES EN EFECTIVO.

Transacciones sujetas a control. Todo operador de juegos de suerte y azar debe dejar constancia, en formulario especialmente diseñado al efecto, de la información relativa a las transacciones en

efectivo que realice, en moneda legal o extranjera, cuyo valor sea superior a las cuantías que periódicamente señale la Superintendencia Financiera.

Estos formularios deben contener por lo menos:

- a) La identidad, la firma y la dirección de la persona que físicamente realice la transacción;
- b) El tipo de transacción de que se trata (cambio de fichas, cobro de premios, etc.);
- c) La fecha, el lugar, la hora y el monto de la transacción.

Las transacciones múltiples en efectivo, tanto en moneda legal como extranjera, que en conjunto superen cierto monto, serán consideradas como una transacción única si son realizadas por o en beneficio de determinada persona durante el día o en cualquier otro plazo que fije la Superintendencia Financiera.

### 3. INFORMACIÓN PERIÓDICA.

Todo operador de juegos de suerte y azar debe informar a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF), la totalidad de las transacciones en efectivo referidas en el numeral anterior, conforme a las instrucciones que para tal efecto emita la mencionada Unidad.

### 4. RESERVA SOBRE LA INFORMACIÓN REPORTADA.

Las autoridades, las entidades, sus administradores y sus funcionarios no podrán dar a conocer a las personas que hayan efectuado o intenten efectuar operaciones sospechosas, que se ha comunicado a la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF) información sobre las mismas, y deberán guardar reserva sobre dicha información.

Notas de Vigencia

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

## CAPITULO I.

### OPERADORES DEL JUEGO DE LOTERÍA TRADICIONAL.

La Ley 643 de 2001 entre los principios que rigen la explotación, organización, administración, operación, fiscalización y control de juegos de suerte y azar determinó que todo juego de suerte y azar debe contribuir eficazmente a la financiación del servicio público de salud, así como de las obligaciones prestacionales y pensionales.

Así se encuentra que a los departamentos y al Distrito Capital les corresponde la explotación, como arbitrio rentístico, de las loterías tradicionales, quienes no pueden explotar más de una lotería tradicional de billetes, directamente, por intermedio de terceros, o en forma asociada.

La mencionada ley dispone que los derechos de explotación correspondientes a la operación de cada juego, no pueden destinarse para cubrir gastos de funcionamiento y deben ser girados al correspondiente Fondo de Salud dentro de los primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente a la realización del juego.

La venta de loterías foráneas en jurisdicción de los departamentos y del Distrito Capital, genera a

favor de estos y a cargo de las empresas de lotería u operadores autorizados un impuesto del diez por ciento (10%) sobre el valor nominal de cada billete o fracción que se venda en cada una de las respectivas jurisdicciones.

Además, los ganadores de premios de lotería están en la obligación de pagar, a los departamentos o al Distrito Capital, según el caso, un impuesto del diecisiete por ciento (17%) sobre el valor nominal del premio, valor que debe ser retenido por la lotería responsable u operador autorizado al momento de pagar el premio.

Así las cosas, las loterías u operadores de las mismas dentro de los primeros diez (10) días de cada mes, están en la obligación de declarar ante las autoridades correspondientes, el impuesto que de los billetes o fracciones de loterías vendidos en la jurisdicción de cada departamento o del Distrito Capital, generado en el mes inmediatamente anterior, y el impuesto sobre premios de loterías pagados en el mismo período, y girar los recursos a los respectivos Fondos Seccionales y Distrital de Salud.

1. JUEGO LOTERÍA TRADICIONAL. <Numeración introducida por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:>

Notas de Vigencia

- Inciso modificado por la Circular 52 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008. El título original no estaba acompañado por el numeral 1.

Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

- Juego Loteria Tradicional.

Los operadores del juego de lotería tradicional, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, deben diligenciar y remitir los formularios de información que se detallan a continuación:

<Tabla modificada por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:>

TIPO REPORTES	PERIODICIDAD
200 Informe de Ventas y Sorteos	7 días calendario siguientes a la realización de cada sorteo
201 Informe Premios Obtenidos por el Público	7 días calendario siguientes a la realización de cada sorteo
202 Premios pagados en el mes	10 primeros días de cada mes
203 Resultado de los sorteos	Dentro de la hora siguiente a la realización del Sorteo
204 Billetería Vendida	Treinta (30) minutos antes del sorteo del primer premio
205 Informe Transferencias	de 10 primeros días de cada mes
206 Estados Financieros	30 días calendario siguientes al corte trimestral y 15 primeros días calendario del mes de febrero de cada año

218 Reserva Técnica para 10 primeros días de cada mes  
Pago de Premios

219 Premios No Reclamados 15 primeros días de cada mes

#### Notas de Vigencia

- Tabla modificada por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.

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

#### Legislación Anterior

Texto modificado por la Circular 49 de 2008:

<Consultar tabla directamente en la Circular [49](#) de 2008>

Texto original de la Circular 47 de 2007:

< TABLA NO INCLUIDA. VER ORIGINAL EN D.O No. 46.836 de 8 de diciembre de 2007; EN LA CARPETA “ANEXOS” O EN LA PÁGINA WEB [www.imprensa.gov.co](http://www.imprensa.gov.co)>

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

1.1. <Numeral modificado por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Los Estados Financieros deben enviarse en archivo plano, implementando las cuentas listadas en el anexo técnico denominado “Plan de Cuentas Operadores de Lotería”, con saldos exclusivamente de la Unidad de Negocio de Lotería. Se debe remitir en medio impreso, los estados financieros de la empresa (detallados por unidad por negocio), con las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal, en el marco de las normas legales vigentes.

#### Notas del Editor

Consultar el Anexo Técnico 'Plan de Cuentas Operadores de Loterías' en el anexo publicado en la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.

Los operadores de lotería remitirán mensualmente, en medio físico, la información detallada de los recursos correspondientes al valor de la reserva técnica para pago de premios, incluido copia de los extractos bancarios que acrediten la creación y mantenimiento de dichos recursos, de acuerdo con las normas legales. De igual forma se deben remitir los libros auxiliares correspondientes y un anexo consolidado donde se detallen los registros de la reserva técnica, conforme lo determina la Contaduría General de la Nación y el Consejo Nacional de Juegos de Suerte y Azar, mediante el Acuerdo número 52 del 17 de junio de 2010, incluyendo los movimientos cuando se haga uso de la misma, para pago de premios durante el período de análisis. La información debe detallar los siguientes grupos y cuentas:

1110 – Depósitos en Instituciones Financieras.

12 – Inversiones e Instrumentos Derivados (si el total o parte de los recursos están respaldados en inversiones).

2465 - Premios por pagar, identificada cada subcuenta.

2710 - Provisión para Contingencias.

6420 – Juegos de Suerte y Azar – subcuentas de pago de premios y reserva técnica para pago de premios.

De acuerdo con los conceptos de la Contaduría General de la Nación a través de la “Doctrina Contable Pública”, es necesario establecer los recursos de la reserva técnica para el pago de premios.

Adicionalmente los operadores de juego de lotería deben reportar la información relacionada con la reserva técnica para pago de premios en el archivo tipo 218, incorporado en el siguiente anexo:

#### Reserva Técnica para Pago de Premios

##### Archivo Tipo 218

Campo Dato	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1 NIT	Número de NIT	16	Solo dígitos
2 Dígito Verificación	Número del dígito de verificación del NIT	1	Solo dígitos
3 Código entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	10	Alfanumérico
4 Periodo de corte	Periodo de corte para la presentación de la información	2	VER TABLA PERIODOS
5 Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Solo dígitos
6 Tipo de Registro	Escriba 218	3	Solo dígitos
7 Cálculo de la Reserva Técnica del periodo	Diferencia entre el valor de los premios en poder del público y el 40% de las ventas brutas, de cada sorteo jugado en el trimestre	16	Solo dígitos
8 Saldo depósito financiero Reserva Técnica	Valor de recursos depositados en entidades financieras	16	Solo dígitos
9 Títulos Valores inversión Reserva Técnica	Valor de recursos invertidos en entidades financieras	16	Solo dígitos
10 Código Entidad bancaria	Código de la Entidad bancaria donde se depositan los recursos, según tabla Entidades bancarias	3	Solo dígitos
Campo Dato	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido

11	Número de cuenta bancaria	Número de cuenta bancaria	16	Solo dígitos
12	Saldo provisión contable	Saldo cuenta de pasivo estimado para contingencia pago de premios trimestre reportado	16	Solo dígitos
13	Saldo cuenta Costo	Saldo cuenta de costo reserva técnica para pago de premios trimestre reportado	16	Solo dígitos
14	Usos de la Reserva	Valores premios pagados con cargo a la reserva técnica para pago de premios	16	Solo dígitos

#### Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.

#### Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1.1. Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

1.2 En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

1.3 Los operadores del juego de lotería tradicional enviarán a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a su aprobación, el plan de premios, con la siguiente discriminación:

1.3.1. Acto administrativo del plan de premios debidamente expedido.

1.3.2. Número de series

1.3.3. Billetes emitidos

1.3.4. Número de fracciones por billete

1.3.5. Fracciones emitidas

1.3.6. Valor billete

1.3.7. Valor fracción

1.3.8. Valor total de la emisión

1.3.9. Tipo de premio

1.3.10. Código del premio, según tabla suministrada

1.3.11. Número consecutivo



### 1.3.12. Cantidad

### 1.3.13. Valor bruto premio por fracción

### 1.3.14. Valor bruto del premio por billete

<Texto adicionado por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Los operadores del juego de lotería tradicional enviarán a la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a su aprobación, el plan de premios, con la discriminación dispuesta en el siguiente anexo técnico (archivo tipo 222).

#### Estructura Plan de Premios

#### Archivo Tipo 222

Campo	Dato	Descripción	Long máx.	Valor permitido
1	NIT	Número del NIT de la Entidad	16	Sólo dígitos
2	Dígito verificación	Número dígito de verificación del NIT	1	Sólo dígitos
3	Código Entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	3	Alfanumérico
4	Fecha de envío	Fecha de envío de información	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
5	Número de Series	Cantidad de series por emisión	15	Sólo dígitos
6	Fracciones por billete	Cantidad de fracciones por billete	3	Sólo dígitos
7	Valor de la Fracción	Valor en pesos de cada fracción	15	Sólo dígitos
8	Fracciones emitidas	Cantidad de fracciones emitidas	15	Sólo dígitos
9	Valor de la Emisión	Valor en pesos de la emisión	16	Sólo dígitos
10	Tipo Premio	Código del tipo de premio de acuerdo con la tabla Premios, establecida por la Superintendencia Nacional de Salud	10	Tabla premios establecida en la Circular Única
11	Descripción	Nombre asignado por la lotería a cada premio establecido en el plan de premios	100	Alfanumérico
12	Cantidad	Cantidad por tipo de premio, establecida por la lotería	15	Sólo dígitos
13	Valor Bruto Premio	Valor bruto por cada premio establecido en el plan de premios	16	Sólo dígitos
14	Valor Plan de Premios	Valor del plan de premios	16	Sólo dígitos

15	Valor Neto Premio	Valor neto por cada premio establecido en el plan de premios	16	Sólo dígitos
16	Fecha desde	Fecha inicial de la vigencia del plan	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
17	Fecha Hasta	Fecha final de la vigencia del plan	10	Formato fecha dd/mm/aaaa

#### Notas de Vigencia

- Texto adicionado por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.

1.4. Segundo Envío de Información. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular los reportes enviados no podrán ser modificados ni eliminados. En caso de errores en los reportes el Representante Legal de la entidad deberá solicitar autorización para realizar un segundo envío de la información explicando claramente los motivos de la inconsistencia y anexando los soportes documentales pertinentes.

Una vez la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud autorice el segundo envío, le será enviada una comunicación y, a partir de ese momento, podrá ingresar la información corregida, sin perjuicio del cumplimiento de los plazos establecidos en la presente circular.

1.5. Actualización de Datos. En la medida en que se realicen cambios en la representación legal de la entidad, dirección, razón social y/o revisoría fiscal estos datos deben ser actualizados por escrito ante la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud, dentro de los cinco (5) días siguientes a su ocurrencia.

<Inciso adicionado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 3o de la Ley 643 de 2001, los operadores de lotería deben garantizar que el ejercicio de la facultad monopolística se encuentre exenta de fraudes, vicios o intervenciones tendientes a alterar la probabilidad de acertar, o sustraerla del azar, conforme lo determina el literal b) del artículo ibídem.

<Inciso adicionado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> En tal sentido los operadores de loterías, deben garantizar de manera previa, a la realización de los sorteos, la aplicación tanto de políticas de seguridad, como técnicas y de calidad, que garantice la transparencia de los mismos.

<Inciso adicionado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Todo sorteo del juego de lotería tradicional debe realizarse como mínimo, en presencia de las siguientes autoridades:

1. El alcalde del municipio donde se realiza el sorteo o su delegado.
2. El gerente o representante legal de la lotería o su delegado.
3. Un (1) funcionario de la Oficina de Control Interno o de la Auditoría Interna.

<Inciso adicionado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Si la operación se realiza en forma asociada, el sorteo debe ser presenciado además de las autoridades

anteriormente señaladas, por un delegado de los titulares del monopolio que se hayan asociado.

<Inciso adicionado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Si la operación se realiza mediante terceros, en el sorteo se requiere la presencia de las autoridades enunciadas y del representante legal de la entidad concedente.

<Inciso adicionado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> La Constitución Política establece, en el artículo [113](#), que los diferentes órganos del Estado aun cuando tienen funciones separadas, deben colaborar armónicamente para la realización de sus fines; por lo anterior, el operador de lotería tendrá la obligación de realizar la respectiva invitación con la suficiente antelación a la Contraloría de la entidad territorial respectiva, a efectos de presenciar la realización del sorteo.

#### Notas de Vigencia

- Incisos adicionados por la Circular 52 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

1.6. <Numeral adicionado por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> En cumplimiento al artículo 12 del Decreto 2975 de 2004, los operadores de lotería conjuntamente con el envío que se debe surtir ante el Ministerio de la Protección Social, y con el fin de realizar ajustes al sistema de información de la Superintendencia Nacional de Salud, para la recepción de los archivos contentivos de datos relacionados con venta, resultados y premiación de los sorteos se solicita diligenciar la información correspondiente al calendario de sorteos a ejecutar en la siguiente vigencia en el archivo adjunto en el anexo técnico (archivo tipo 220).

#### Estructura Calendario de Sorteos

##### Archivo Tipo 220

Campo	Dato	Descripción	Long máx.	Valor permitido
1	Código Entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	3	Alfanumérico
2	Tipo Entidad	Escriba General	8	Alfanumérico
3	Número de Sorteo	Número de Sorteo	5	Sólo dígitos
4	Año del Sorteo	Año correspondiente al Sorteo	4	Sólo dígitos
5	Día de Sorteo	Día de lunes a sábado programado para jugar	10	Sólo texto
6	Fecha de Sorteo	Fecha programada para realizar el sorteo	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
7	Hora de Sorteo	Hora programada para realizar el sorteo	5	Formato hora hh:mm “Hora Militar”

8	Fecha de Envío	Fecha de envío archivo Calendario de Sorteos a la Superintendencia Nacional de Salud.	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
9	Fecha Límite de envío	Fecha límite de envío del Archivo Tipo 204 “Reporte de billetería vendida por sorteo”	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
10	Hora Límite de Envío	Hora Límite de envío del Archivo Tipo 204 “Reporte de billetería vendida por sorteo” a Supersalud	5	Formato hora hh:mm “Hora Militar”

#### Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.

## 2. PREMIOS NO RECLAMADOS.

<Numeral reemplazado por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:>

Con el fin de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control respecto a la destinación de premios de los juegos de suerte y azar no reclamados dentro de los términos de que trata el artículo [12](#) de la Ley 1393 de 2010, a partir del 12 de julio de 2011 todos los operadores de juegos de suerte y azar deben reportar el valor total de los premios no reclamados una vez operado el término de prescripción o de caducidad judicial (archivo 219), que se vayan causando durante el período (mes) a reportar y efectuar la transferencia respectiva en el archivo tipo 205 – reporte de transferencias.

Los operadores de lotería, remitirán mensualmente, en medio físico la información detallada de los recursos correspondientes al valor de los premios que han caído en poder del público y no han sido reclamados, incluida copia de los extractos bancarios que acrediten la creación y mantenimiento de dichos recursos, de acuerdo con las normas legales. Se deben enviar los libros auxiliares correspondientes.

Premios No Reclamados (Loterías, Concesionarios de Apuestas Permanentes, Operadores de Juegos Localizados y la Empresa Territorial para la Salud – Etesa, en Liquidación y/o quien haga sus veces.

Archivo Tipo 219

Campo	Dato	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	NIT	Número de NIT	16	Solo dígitos
2	Dígito Verificación	Número del Dígito de verificación del NIT	1	Solo dígitos
3	Código entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	10	Alfanumérico
4	Periodo de corte	Periodo de corte para la presentación de la información	2	VER TABLA PERIODOS
5	Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Solo dígitos
6	Tipo de Registro	Escriba 219	3	Solo dígitos
7	Código Departamento	Código del Departamento al cual se le transfiere el impuesto, según tabla DANE	2	Solo dígitos
8	Código Municipio	Código del Municipio al cual se le transfiere el impuesto, según tabla DANE	5	Solo dígitos
9	Monto acumulado premios no reclamados	Monto Acumulado en el mes reportado de los premios no reclamados	16	Numéricos
10	Código Entidad bancaria	Código de la Entidad bancaria donde se depositan los recursos, según tabla Entidades bancarias	3	Solo dígitos
11	Número de cuenta bancaria	Número de cuenta bancaria	16	Solo dígitos

#### Notas de Vigencia

- Numeral 2 del Capítulo 1 reemplazado por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.
- Inciso 1o. del numeral 2.1 modificado por la Circular 57 de 2009, publicada en el Diario Oficial No. 47.518 de 30 de octubre de 2009.
- Numeral 2.2.10 modificado por la Circular 50 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.132 de 4 de octubre de 2008.

#### Legislación Anterior

Texto únicamente de los numerales modificados:

### 2. JUEGO APUESTAS PERMANENTES - ESTUDIOS DE MERCADO.

#### 2.1. OBJETIVOS.

<Inciso modificado por la Circular 57 de 2009. El nuevo texto es el siguiente:> De conformidad con el artículo 23 de la Ley 643 de 2001, en concordancia con los Decretos

3535 y 4643 de 2005, los estudios de mercado forman parte integrante de los pliegos de condiciones de los procesos licitatorios que tienen por objeto adjudicar mediante concesión la operación del juego de apuestas permanentes o chance; además, los estudios de mercado deben ajustarse a lo indicado por la Superintendencia Nacional de Salud y deberán contar con la debida aprobación de esta Entidad antes de iniciar el proceso de licitación.

El estudio de mercado que deben realizar las entidades concedentes del juego de apuestas permanentes o chance[1], tiene por objeto analizar las condiciones relevantes de explotación del juego de apuestas permanentes o chance en toda la jurisdicción territorial – Departamentos y Distrito Capital – en la que se va a autorizar la operación del juego, cuantificar y correlacionar los principales factores que inciden en la determinación del valor total de los ingresos brutos que se espera genere la respectiva concesión en un determinado período de tiempo y, consecuentemente, en la fijación de los derechos de explotación correlativos.

De igual forma, deberán analizar y valorar el perfil de hábitos, comportamientos y expectativas de los usuarios actuales y potenciales, de manera que se puedan identificar y definir las estrategias de mercado que permitan favorecer la explotación eficiente del juego de apuestas permanentes o chance en la respectiva jurisdicción territorial, el cumplimiento de los derechos de explotación que debe generar la concesión y su potencial incremento.

Así mismo, el estudio de mercado que le corresponde efectuar a las entidades concedentes del juego de apuestas permanentes o chance, en cumplimiento de las disposiciones antes mencionadas, debe determinar el tamaño del mercado de todos los juegos de suerte y azar que tengan relación o afecten el juego de apuestas permanentes o chance que operan en la respectiva jurisdicción territorial, el tamaño del mercado del juego de apuestas permanentes o chance en la respectiva jurisdicción territorial, el monto de ingresos brutos que se espera genere la respectiva concesión durante su término de duración, el valor mensual y anual que por concepto de derechos de explotación debe producir la respectiva concesión, y un conjunto organizado, preciso y detallado de acciones y estrategias de intervención en el mercado a mediano y largo plazo que permita favorecer en el tiempo la sostenibilidad de los derechos de explotación que debe producir la concesión.

Adicionalmente, el estudio de mercado debe permitir la identificación de oportunidades que tendrán los concesionarios para maximizar los ingresos brutos a partir de la información capturada en las encuestas, extendiendo los resultados al total de la población. Igualmente, las estrategias planteadas deben ser coherentes con el perfil del apostador y con el estado actual de la operación del juego de chance, permitiendo que los resultados obtenidos se soporten en bases veraces como punto de partida.

El estudio de mercado debe servir de soporte para el aprovechamiento y optimización de las estrategias de crecimiento del tamaño del mercado.

En ejercicio de las facultades de inspección y vigilancia de esta Superintendencia, contempladas en el numeral 10 del artículo 15 del Decreto 1018 de 2007, en concordancia con el artículo 45 de Ley 643 de 2001, y en consideración al Principio de Planeación aplicado a los procesos de contratación y, teniendo en cuenta que en el Proceso de Concesión debe existir un estricto orden para la toma de las decisiones y una real y efectiva racionalización y organización de las acciones[2] y que estas no pueden ser el producto de la improvisación[3], las entidades concedentes deberán adelantar las acciones sobre las que trata este numeral, con

la debida antelación, de forma que el proceso licitatorio se desarrolle oportunamente y cumpliendo la normatividad vigente.

Lo anterior con la finalidad, entre otras, de garantizar la continuidad de las transferencias al sector salud, por la concesión del juego de apuestas permanentes.

...

#### 2.2.10. REMISIÓN DEL ESTUDIO A LA SUPERINTENDENCIA.

<Numeral modificado por la Circular 50 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Los concedentes deberán allegar el estudio de mercado, en medio impreso y magnético, a la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, con una antelación mínimo de un (1) mes previo a la fecha de inicio del proceso de licitación para la selección del concesionario.

....

Texto original de la Circular 47 de 2007:

### 2. JUEGO APUESTAS PERMANENTES - ESTUDIOS DE MERCADO.

#### 2.1. OBJETIVOS.

De conformidad con el artículo 23 de la Ley 643 de 2001, en concordancia con los Decretos 3535 y 4643 de 2005, los estudios de mercado forman parte integrante de los pliegos de condiciones de los procesos licitatorios que tienen por objeto adjudicar mediante concesión la operación del juego de apuestas permanentes o chance; además, los estudios de mercado deben ajustarse a lo indicado por la Superintendencia Nacional de Salud.

El estudio de mercado que deben realizar las entidades concedentes del juego de apuestas permanentes o chance[1], tiene por objeto analizar las condiciones relevantes de explotación del juego de apuestas permanentes o chance en toda la jurisdicción territorial – Departamentos y Distrito Capital – en la que se va a autorizar la operación del juego, cuantificar y correlacionar los principales factores que inciden en la determinación del valor total de los ingresos brutos que se espera genere la respectiva concesión en un determinado período de tiempo y, consecuentemente, en la fijación de los derechos de explotación correlativos.

De igual forma, deberán analizar y valorar el perfil de hábitos, comportamientos y expectativas de los usuarios actuales y potenciales, de manera que se puedan identificar y definir las estrategias de mercado que permitan favorecer la explotación eficiente del juego de apuestas permanentes o chance en la respectiva jurisdicción territorial, el cumplimiento de los derechos de explotación que debe generar la concesión y su potencial incremento.

Así mismo, el estudio de mercado que le corresponde efectuar a las entidades concedentes del juego de apuestas permanentes o chance, en cumplimiento de las disposiciones antes mencionadas, debe determinar el tamaño del mercado de todos los juegos de suerte y azar que tengan relación o afecten el juego de apuestas permanentes o chance que operan en la respectiva jurisdicción territorial, el tamaño del mercado del juego de apuestas permanentes o chance en la respectiva jurisdicción territorial, el monto de ingresos brutos que se espera genere la respectiva concesión durante su término de duración, el valor mensual y anual que

por concepto de derechos de explotación debe producir la respectiva concesión, y un conjunto organizado, preciso y detallado de acciones y estrategias de intervención en el mercado a mediano y largo plazo que permita favorecer en el tiempo la sostenibilidad de los derechos de explotación que debe producir la concesión.

Adicionalmente, el estudio de mercado debe permitir la identificación de oportunidades que tendrán los concesionarios para maximizar los ingresos brutos a partir de la información capturada en las encuestas, extendiendo los resultados al total de la población. Igualmente, las estrategias planteadas deben ser coherentes con el perfil del apostador y con el estado actual de la operación del juego de chance, permitiendo que los resultados obtenidos se soporten en bases veraces como punto de partida.

El estudio de mercado debe servir de soporte para el aprovechamiento y optimización de las estrategias de crecimiento del tamaño del mercado.

En ejercicio de las facultades de inspección y vigilancia de esta Superintendencia, contempladas en el numeral 10 del artículo 15 del Decreto 1018 de 2007, en concordancia con el artículo 45 de Ley 643 de 2001, y en consideración al Principio de Planeación aplicado a los procesos de contratación y, teniendo en cuenta que en el Proceso de Concesión debe existir un estricto orden para la toma de las decisiones y una real y efectiva racionalización y organización de las acciones[2] y que estas no pueden ser el producto de la improvisación[3], las entidades concedentes deberán adelantar las acciones sobre las que trata este numeral, con la debida antelación, de forma que el proceso licitatorio se desarrolle oportunamente y cumpliendo la normatividad vigente.

Lo anterior con la finalidad, entre otras, de garantizar la continuidad de las transferencias al sector salud, por la concesión del juego de apuestas permanentes.

## 2.2. CONTENIDOS MÍNIMOS DE LOS CRITERIOS DEL ESTUDIO DE MERCADO.

Con el propósito de dar claridad sobre las características o contenidos mínimos cada uno de los criterios antes mencionados a continuación se detallará los elementos que deberá cumplir cada uno de estos.

### 2.2.1. TAMAÑO DEL MERCADO DE LOS JUEGOS DE SUERTE Y AZAR.

Para establecer el tamaño del mercado de todos los juegos de suerte y azar sustitutos del juego de apuestas permanentes o chance que operan en la respectiva jurisdicción territorial, el estudio correspondiente, debe determinar, entre otros, los siguientes elementos:

2.2.1.1. Modalidad o modalidades de juegos de suerte y azar, sustitutos del juego de apuestas permanentes o chance, incluyendo la informalidad.

2.2.1.2. El tamaño físico del mercado de todos los juegos de suerte y azar sustitutos del juego de apuestas permanentes o chance que operan en la respectiva jurisdicción territorial, incluyendo la informalidad, para los cinco años de duración de la respectiva concesión, el cual deberá establecer el número de apuestas efectuadas, el número de billetes comprados o en general, el número de veces en que se participa en la respectiva modalidad de juegos de suerte y azar.

2.2.1.3. El tamaño monetario del mercado de todos los juegos de suerte y azar sustitutos del



juego de apuestas permanentes o chance que operan en la respectiva jurisdicción territorial, incluyendo la informalidad, para los cinco años de duración de la respectiva concesión, el cual deberá establecer el valor de la apuesta, del billete o en general del costo de la participación en el respectivo juego.

2.2.1.4. El perfil de los jugadores, el cual deberá determinar al menos las siguientes características:

2.2.1.4.1. Porcentaje de la población que utiliza el juego.

2.2.1.4.2. Participación por sexo.

2.2.1.4.3. Edad a la que empieza a jugar.

2.2.1.4.4 Participación por edad.

2.2.1.4.5 Participación por estrato social.

2.2.1.4.6 Participación por nivel educativo.

2.2.1.4.7 Participación por ocupación.

2.2.1.4.8 Juegos de Suerte y Azar preferidos por la población encuestada.

2.2.1.4.9 Número de días al mes en que el jugador participa en juegos de suerte y azar.

2.2.1.4.10 Días de la semana en que prefiere participar en juegos de suerte y azar.

2.2.1.4.11 Valores que acostumbran destinar a cada juego.

Los instrumentos de medición utilizados para establecer los aspectos previstos en el presente ordinal deberán incluir elementos que permitan al encuestado identificar la modalidad o modalidades de juegos de suerte y azar sustitutos del juego de apuestas permanentes o chance en los que participa.

## 2.2.2. TAMAÑO DEL MERCADO DEL JUEGO DE APUESTAS PERMANENTES O CHANCE.

El estudio correspondiente, a fin de establecer el tamaño del mercado del juego de apuestas permanentes o chance, en la respectiva jurisdicción territorial, debe determinar, entre otros, los siguientes elementos:

2.2.2.1. El número y el valor de las apuestas estimadas por mes y año para los cinco (5) años de duración de la respectiva concesión, incluyendo la informalidad, teniendo en cuenta que dentro de la metodología de proyección empleada se debe partir del valor de mercado resultante del estudio de mercado, incorporando el comportamiento demográfico de la entidad territorial correspondiente, la configuración de su Producto Interno Bruto y la injerencia de este en la determinación de dichas variables, haciendo uso, para tal fin, de las proyecciones de las variables macroeconómicas oficiales. Para el efecto, deberá discriminar adicionalmente el valor total de las apuestas destinadas a incentivos autorizados de acuerdo al ordenamiento jurídico vigente;

2.2.2.2. El perfil de los jugadores, el cual deberá determinar al menos las siguientes

características:

2.2.2.2.1. Porcentaje de la población que utiliza el juego.

2.2.2.2.2. Participación por sexo.

2.2.2.2.3. Edad a la que empieza a jugar.

2.2.2.2.4. Participación por edad.

2.2.2.2.5. Participación por estrato social.

2.2.2.2.6. Participación por nivel educativo.

2.2.2.2.7. Participación por ocupación.

2.2.2.2.8. Número de cifras con las que apuesta.

2.2.2.2.9. Número de días al mes, en que el apostador participa en el juego.

2.2.2.2.10. Días de la semana en que prefiere participar en el juego.

2.2.2.2.11. Valor de la apuesta promedio por formulario actual y la esperada para el período que se intenta proyectar.

2.2.2.2.12. Número de formularios demandados por cada una de las modalidades: manual y sistematizado.

2.2.2.2.13. Lugares preferidos para jugar: Puesto fijo, vendedor ambulante, indiferente.

2.2.2.2.14. Si cuando juega en puesto fijo, prefiere el juego sistematizado o el manual.

2.2.2.2.15. Lotería o sorteo preferido para jugar.

2.2.2.2.16. Nivel de confianza en relación con el pago de premios;

2.2.2.3. La elasticidad del juego con respecto a las demás modalidades de juegos de suerte y azar que operan en la respectiva entidad territorial;

2.2.2.4. Un análisis comparativo de la relación existente entre el valor total de las apuestas estimadas por mes y año para los cinco (5) años de duración de la respectiva concesión y, el valor total de las apuestas destinadas a incentivos autorizados de acuerdo al ordenamiento jurídico vigente;

2.2.2.5. Los factores potenciales que le permitirían al juego de apuestas permanentes o chance un mayor desarrollo en la respectiva entidad territorial, específicamente en términos de incremento en la demanda, para ello deberá establecer los nichos de mercado no desarrollados, las características de la población que no participa en el juego de apuestas permanentes, las razones por las cuales ello ocurre y las condiciones en que eventualmente se estaría dispuesto a jugar, identificando el número de veces al mes y al día que se jugaría, el valor que se apostaría y el tamaño físico y monetario de este nicho potencial de mercado, así como su incidencia en la determinación de los ingresos brutos esperados para el período correspondiente;

2.2.2.6. Las fortalezas y debilidades del juego de apuestas permanentes o chance mediante la estructuración de su matriz DOFA;

2.2.2.7. El valor mensual y anual, por concepto de derechos de explotación, que debe generar el juego de apuestas permanentes, partiendo del valor de mercado resultante del estudio de mercado, durante el término de duración de la respectiva concesión, incluyendo la informalidad y los recursos adicionales que aportaría el nicho potencial del juego.

Además, se debe incluir la evaluación con tres escenarios de ingresos brutos de explotación y la evaluación de probabilidad de ocurrencia de cada uno.

### 2.2.3. PLAN ESTRATÉGICO DE MERCADEO.

Como consecuencia del análisis y valoración de las variables obtenidas, el estudio de mercado deberá establecer un plan estratégico de mercadeo de mediano y largo plazo y para toda la vigencia de la concesión, en virtud del cual se determine un conjunto organizado, preciso y detallado de acciones de intervención en el mercado que permita garantizar en el tiempo la sostenibilidad de los derechos de explotación establecidos por el estudio y su potencial incremento. Dicho plan deberá quedar estipulado dentro de los pliegos de condiciones del respectivo proceso licitatorio y en la minuta contractual correspondiente.

### 2.2.4. CUBRIMIENTO.

La muestra objeto del estudio de mercado deberá ser lo suficientemente representativa y, por tanto, cubrir la totalidad de los municipios que integran la jurisdicción territorial respecto de la cual se pretende conceder autorización para operar el juego de apuestas permanentes o chance. En casos excepcionales, donde no se pueda cubrir la totalidad de los municipios, excluida la capital de departamento o distritos según corresponda, se debe justificar en el estudio, con la respectiva constancia de la administración municipal, las razones por las cuales no se pudo acceder a realizar el trabajo de campo.

### 2.2.5. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.

Con el fin de realizar los objetivos, previstos en el presente capítulo, el estudio de mercado debe recurrir a fuentes de información primaria y herramientas de tipo cualitativo; en ese orden de ideas, aquel debe aplicar y analizar los resultados obtenidos a partir de encuestas a la población y encuestas a grupos focales o cualquier otra forma de análisis cualitativo.

Los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos deben permitir estimar el valor de las variables solicitadas y, contribuir a la estructuración de un diseño metodológico que facilite establecer con mayor precisión el potencial del mercado del juego de apuestas permanentes o chance y, en particular el valor mensual y anual de los derechos de explotación de la respectiva concesión.

El diseño muestral del estudio debe tener en cuenta como mínimo:

2.2.5.1. Población objetivo. Son todas las personas, mayores de 18 años, residentes en la respectiva entidad territorial.

Para estimar este factor debe tomarse como referencia el censo practicado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, en el año 2005, aquellos que lo sustituyan, modifiquen o complementen, con base en el cual se calcula la tasa de

crecimiento promedio anual de la población y, a partir de estas cifras proyectar el respectivo factor para el término de duración de la concesión correspondiente.

2.2.5.2. Período de análisis. El estudio de mercado deberá indagar sobre el comportamiento y las preferencias de juego de los encuestados dentro de los treinta (30) días inmediatamente anteriores a la realización de la encuesta o a la práctica del respectivo instrumento cualitativo de información.

Tratándose de análisis de los registros diarios de apuestas y/o de los formularios utilizados, el estudio deberá comprender al menos los cinco (5) años inmediatamente anteriores a su realización.

2.2.5.3. Tamaño de la muestra. En relación con el tamaño de la muestra, el estudio debe señalar la fórmula a utilizar, indicando y justificando los valores de cada una de las variables implícitas en ella; establecer y sustentar el número de entrevistas a realizar, así como el tipo de muestreo que se utilizará.

En el estudio se deberán analizar, igualmente, las otras posibles alternativas de muestreo indicando las razones por las cuales no son adecuadas, así como justificar claramente la metodología de construcción de los factores de expansión, la cual debe ser acorde al diseño muestral empleado.

2.2.5.4. Distribución de la muestra. La distribución de la muestra se realizará de acuerdo con la ponderación de las poblaciones del municipio capital o del Distrito, si este es el evento y de los demás municipios que integran el respectivo departamento. En los municipios o Distritos que posean estratificación, la muestra debe distribuirse entre los distintos estratos sociales existentes, teniendo en cuenta el número de habitantes que integra cada uno de ellos y su participación dentro del total de la población del respectivo municipio o Distrito; para estos efectos deberá tomarse en cuenta la información que sobre el particular suministre la oficina de planeación del municipio o Distrito correspondiente. En aquellos municipios en que no exista estratificación se distribuirá la muestra geográficamente a partir de criterios de razonabilidad, los cuales deberán describirse y justificarse expresamente en el respectivo estudio.

## 2.2.6. ENCUESTAS A LA POBLACIÓN.

Las encuestas a la población, constituyen un instrumento de estimación de las variables solicitadas, a partir de la realización de entrevistas personales, practicadas tanto a hombres como a mujeres, mayores de edad, en todos los estratos socioeconómicos de las entidades territoriales que componen la jurisdicción territorial respecto de la cual se pretende conceder autorización para operar el juego de apuestas permanentes o chance y debe ser capaz de captar diferencias entre los grupos poblacionales.

Los cuestionarios que deben aplicarse se encuentran en el anexo técnico de esta circular. No obstante, en los eventos que se considere que el instrumento debe ajustarse y/o modificarse deberán sustentarse técnicamente los motivos para que esta Superintendencia evalúe su procedencia.

## 2.2.7. CORRELACIÓN DE LAS VARIABLES SOLICITADAS.

La correlación de las variables previstas y su incidencia en la determinación de los derechos

de explotación, mensuales y anuales, de la concesión correspondiente, deberá describirse y justificarse suficientemente a partir de la formulación matemática utilizada para su cálculo y la sustentación de cada uno de sus elementos.

#### 2.2.8. REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto 3535 de 2005 las entidades concedentes podrán efectuar directamente los estudios de mercado o contratar con terceros de reconocida experiencia en el análisis e investigación de mercados, en los términos de la Ley [80](#) de 1993, la realización del Estudio de Mercado de que tratan el artículo 23 de la Ley 643 de 2001, teniendo especial cuidado en garantizar la efectividad de los principios que rigen la contratación estatal y las finalidades del monopolio.

Si los estudios de mercado son realizados directamente por las entidades concedentes, se debe cumplir con los requisitos de contar dentro de su estructura organizacional con los recursos técnicos (capacidad operativa adecuada) y humanos (en términos de experiencia) adecuados requeridos para adelantarlos.

En ambos casos, para la realización del estudio se debe contar con un equipo de trabajo que, como mínimo, integre especialistas en estadística, economistas y econométricos. Los profesionales deben estar en capacidad de aplicar las diferentes metodologías planteadas previamente y hacer uso de software econométrico para el análisis de las bases de datos.

#### 2.2.9. CONTENIDO DEL ESTUDIO.

El estudio de mercado que debe ser allegado a esta Superintendencia deberá contener:

2.2.9.1. Un informe detallado en el cual se incluyan los resultados de todas las variables solicitadas y su respectivo análisis, así como las conclusiones generales y específicas del mismo y los valores a transferir al sector salud por concepto de derechos de explotación, mes a mes, durante los cinco años de la concesión;

2.2.9.2. La base de datos del estudio, con la información de cada una de las encuestas junto con los respectivos factores de expansión y el archivo electrónico que contiene el cálculo efectuado para llegar a las conclusiones presentadas, específicamente en materia de ingresos brutos esperados y los correlativos derechos de explotación, a fin de efectuar una auditoría de fórmulas;

2.2.9.3. Los instrumentos de medición utilizados: Encuestas, entrevistas, etc., y los procedimientos efectuados para su aplicación.

#### 2.2.10. REMISIÓN DEL ESTUDIO A LA SUPERINTENDENCIA.

Los concedentes deberán allegar el estudio de mercado, en medio impreso y magnético, a la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, con la antelación suficiente que permita la revisión previa y la realización del proceso de licitación para la selección del concesionario.

#### 2.2.11. REVISIÓN DEL ESTUDIO DE MERCADO.

2.2.11.1. La entidad concedente de la operación del juego de apuestas permanentes o chance, sin perjuicio del estudio de mercado previo a la convocatoria de la licitación pública

correspondiente, podrá realizar, durante la ejecución del respectivo contrato, de oficio o a solicitud del concesionario, un estudio de mercado a partir del segundo año de la concesión, a fin de revisar el potencial del juego de apuestas permanentes y el cumplimiento de las condiciones económicas del contrato.

Si como resultado de dicho estudio se determina un aumento o disminución del monto mensual y anual de los derechos de explotación previamente establecidos, la entidad concedente dará aplicación al artículo [16](#) de la Ley 80 de 1993.

2.2.11.2. Toda iniciativa para la realización de un estudio de mercado, que tenga por objeto revisar el potencial del juego de apuestas permanentes y el cumplimiento de las condiciones económicas del respectivo contrato de concesión, deberá comunicarse inmediatamente a la Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de Recursos Económicos para la Salud, acompañarse del estudio técnico que justifica la viabilidad, conveniencia y oportunidad de la iniciativa y someterse a decisión de la junta directiva de la entidad concedente. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la adopción de la respectiva decisión, esta deberá comunicarse a la mencionada dependencia de esta Superintendencia, adjuntándose copia de toda la documentación que le sirvió de fundamento.

2.2.11.3. La sola solicitud para la realización de un estudio de mercado, con el objeto de revisar el potencial del juego de apuestas permanentes o chance y el cumplimiento de las condiciones económicas del contrato de concesión, presentada por el respectivo concesionario, no habilita su inmediata realización, pues corresponde a la junta directiva de la entidad concedente analizar la conveniencia, viabilidad técnica y jurídica y la oportunidad del mismo. De no reunirse satisfactoriamente estas condiciones, la junta directiva correspondiente podrá negar la solicitud.

2.2.11.4. Los estudios de mercado que tengan por objeto revisar el potencial del juego de apuestas permanentes o chance y el cumplimiento de las condiciones económicas del contrato de concesión deberán cumplir los mismos requisitos y objetivos previstos en la presente circular, teniendo en cuenta que el período de tiempo objeto de análisis corresponde al término restante de duración de la respectiva concesión.

#### 2.2.12. OBLIGATORIEDAD DEL ESTUDIO DE MERCADO.

La realización del estudio de mercado, siguiendo la metodología aquí determinada, de conformidad con lo previsto en el artículo 23 de la Ley 643 de 2001, será condición obligatoria para adjudicar en concesión el juego de apuestas permanentes en cualquier entidad territorial, así como para efectuar modificaciones al valor mensual y anual por concepto de derechos de explotación estipulados en el respectivo contrato de concesión.

#### 2.2.13. ESTUDIO DE MERCADO Y RENTABILIDAD DEL CONTRATO DE CONCESIÓN PARA LA OPERACIÓN DEL JUEGO DE APUESTAS PERMANENTES O CHANCE.

2.2.13.1. El valor mensual y anual que, por concepto de derechos de explotación para un período determinado, establezca el respectivo estudio de mercado con fundamento en los ingresos brutos esperados de la operación del juego de apuestas permanentes o chance, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 643 de 2001, constituye el valor del respectivo contrato de concesión.

2.2.13.2. Durante la ejecución del contrato de concesión del juego de apuestas permanentes o chance, el concesionario, en aplicación de lo previsto en el artículo 23 de la Ley 643 de 2001, deberá cancelar el valor mensual y anual por concepto de derechos de explotación pactado en el contrato y establecido por el respectivo estudio de mercado a partir de los ingresos brutos esperados para el período correspondiente.

En el evento en que la liquidación de los derechos de explotación obtenidos del 12% de los ingresos brutos percibidos por el concesionario sea superior al monto de los derechos de explotación establecidos contractualmente, aquel deberá cancelar por este concepto, el valor de la liquidación del 12% sobre los ingresos brutos efectivamente obtenidos.

En el evento en que la liquidación de los derechos de explotación producto del 12% de los ingresos brutos percibidos por el concesionario, resulte inferior al monto de los derechos de explotación estipulados en el contrato, aquel deberá cancelar los derechos de explotación pactados en el contrato.

Las anteriores obligaciones deberán señalarse claramente en los respectivos pliegos de condiciones y expresamente en la minuta del contrato de concesión correspondiente.

#### 2.2.14. OPERACIONES EN LÍNEA Y TIEMPO REAL.

2.2.14.1. La entidad concedente en los pliegos de condiciones del respectivo proceso licitatorio y en la minuta contractual correspondiente deberá establecer, como una de las obligaciones a cargo del concesionario, la de efectuar a través del mecanismo de explotación sistematizado en línea y en tiempo real el porcentaje mínimo anual de operaciones de colocación de apuestas permanentes previsto en la normatividad vigente.

2.2.14.2. Los concesionarios deberán suministrar a la entidad concedente los equipos de cómputo, el software licenciado y, la capacitación correspondiente, necesarios para efectuar el control y seguimiento a la colocación de apuestas permanentes por el mecanismo sistematizado en línea y en tiempo real y encargarse del mantenimiento y las actualizaciones necesarias.

Respecto del software utilizado para reportar las apuestas colocadas en línea y en tiempo real, los concesionarios igualmente deberán suministrar a la entidad concedente y a esta Superintendencia el privilegio necesario para efectuar auditoría a los cambios realizados en la información reportada y al sistema de información propiamente dicho, así como los manuales correspondientes. Este software deberá permitir adicionalmente, registrar anotaciones o “logs” que dejen constancia del movimiento de la información reportada, la hora, la fecha y el autor de la novedad o modificación introducida.

Las obligaciones del concesionario sobre este particular deberán incluirse en los pliegos de condiciones del proceso licitatorio correspondiente y estipularse en la respectiva minuta contractual.

#### 2.2.15. PAGO PRIMER ANTICIPO Y GIRO DE LOS DERECHOS DE EXPLOTACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD O A LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES.

2.2.15.1. De conformidad con lo previsto en el artículo 23 de la Ley 643 de 2001, dentro de los diez (10) días siguientes a la suscripción del contrato de concesión para la operación del juego de apuestas permanentes o chance, el concesionario deberá cancelar el primer anticipo

por concepto de derechos de explotación y así deberá establecerlo la entidad administradora del juego en los pliegos de condiciones del respectivo proceso licitatorio y en la minuta contractual correspondiente.

2.2.15.2. La entidad concedente podrá estipular en los pliegos de condiciones del respectivo proceso licitatorio y en la correspondiente minuta contractual, la posibilidad de que el concesionario gire directamente, a los servicios seccionales de salud o a la entidad que haga sus veces y a la cuenta destinada por estos para el efecto, los derechos de explotación que le corresponde cancelar dentro del término previsto en el artículo 41 de la Ley 643 de 2001.

#### 2.2.16. RELACIONES CONCESIONARIO- RED DE COMERCIALIZACIÓN DEL JUEGO.

En virtud de lo dispuesto en el artículo [13](#) de la Ley 50 de diciembre 28 de 1990, por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones, la red de comercialización del respectivo concesionario autorizado para la operación del juego de apuestas permanentes o chance en una determinada jurisdicción territorial, podrá estar integrada por colocadores con carácter dependiente, si su relación con el respectivo titular de la concesión se encuentra mediada por un contrato de trabajo o, independiente, si la actividad de promoción o colocación de apuestas permanentes la desarrolla a través de terceros que por sus propios medios se dedican a esa labor, en virtud de un contrato mercantil.

Sin perjuicio de lo anterior y, de las competencias propias de las entidades administradoras del juego de apuestas permanentes o chance en la respectiva jurisdicción territorial, en materia de fiscalización y control, de conformidad con lo previsto en los artículos 7o, 21 y 22 de la Ley 643 de 2001, el responsable para todos los efectos, por la operación del juego de apuestas permanentes y por el estricto cumplimiento de los elementos y características esenciales del juego, especialmente en materia de administración de formularios oficiales y pago de premios, es la persona jurídica titular de la respectiva concesión. Obligación esta que deberá incluirse expresamente en los pliegos de condiciones del respectivo proceso licitatorio y en la correspondiente minuta contractual.

#### SEGURIDAD DE LOS SORTEOS.

<Subtítulo adicionado por la Circular 59 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:>

-- Autoridades que deben presenciar el sorteo.

Todo sorteo del juego de lotería tradicional debe realizarse en presencia de las siguientes autoridades:

Si la operación es directa, el sorteo debe ser presenciado por:

1. El alcalde del municipio donde se realiza el sorteo o su delegado.
2. El gerente o representante legal de la lotería o su delegado.
3. El revisor fiscal de la entidad operadora, si lo hubiere.
4. Un (1) funcionario de la Oficina de Control Interno o de la Auditoría Interna.
5. Un (1) representante de los concesionarios de apuestas permanentes de la respectiva lotería.



6. Un (1) delegado de las entidades que tengan autorización para utilizar los resultados de la lotería para realizar otros juegos de suerte y azar cuando así lo soliciten.

Para la realización del sorteo se requiere la asistencia de mínimo cuatro de las autoridades mencionadas.

Si la operación se realiza en forma asociada, el sorteo debe ser presenciado además de las personas señaladas, por un delegado de los titulares del monopolio que se hayan asociado.

Si la operación se realiza mediante terceros, en el sorteo se requiere la presencia de las autoridades enunciadas y del representante legal de la entidad concedente.

La entidad operadora del juego de lotería, por escrito, con una anterioridad no inferior a cinco (5) días calendario antes de la realización del sorteo, solicitará la presencia de las autoridades que en los términos de este artículo deben presenciarlo y verificará su asistencia para lo cual se les deberá informar el día, hora y lugar de la realización del sorteo y de las pruebas previas al mismo.

### **Pruebas previas al sorteo.**

Previamente y en presencia de las autoridades que deben presenciar el sorteo, se realizarán pruebas para determinar que el sistema mediante el cual se realice el sorteo y los elementos utilizados en el mismo estén exentos de fraudes, vicios, o intervenciones tendientes a alterar la probabilidad de acertar o de sustraerla del azar. Si se observa alguna tendencia hacia un resultado determinado se realizarán los cambios requeridos.

Se deberá realizar un mínimo de diez pruebas.

#### **-- Seguridad del lugar y elementos del sorteo.**

La entidad operadora deberá garantizar y mantener la seguridad en el lugar de permanencia y custodia de los elementos y sistemas utilizados para realizar el sorteo, los cuales permanecerán en un lugar o artefacto cerrado con sellos de seguridad.

#### **-- De los elementos y sistemas para realizar el sorteo.**

La entidad deberá mantener mínimo dos (2) juegos del sistema que utilice para el sorteo, numerados e identificados con colores diferentes, las cuales deben participar en las pruebas previas para garantizar la seguridad y transparencia de los sorteos, en los términos del artículo 20 de la Ley 643 de 2001.

Antes del sorteo se elegirán al azar, dentro de los juegos existentes del sistema que se utilice, cuáles sortearán los números y cuál la serie.

Si se utiliza un sistema hidroneumático de balotas, se dispondrá de mínimo dos (2) juegos de balotas, las cuales deben ser pesadas y embaladas previamente por un laboratorio de metrología acreditado. El mismo día del sorteo se hará una revisión técnica y se dará mantenimiento estricto a la máquina neumática.

#### **-- Transporte de los elementos y sistemas de sorteo.**

En el evento que se requiera desplazamiento de los sistemas que se utilicen para realizar el

sorteo, solamente se podrá realizar desde la sede de la lotería hasta el sitio de transmisión del sorteo por televisión. Este movimiento requerirá de todas las garantías de seguridad y vigilancia en el transporte de la urna que contenga los elementos y sistemas del juego, para evitar pérdidas o que se altere el sistema.

-- Publicidad de los sorteos.

Los sorteos de loterías por ser de interés público nacional deberán transmitirse por un canal de televisión público nacional y/o regional el día, hora y lugar señalados en el cronograma de sorteos expedido por el Ministerio de la Protección Social (o quien haga sus veces). La transmisión del sorteo por televisión se hará en vivo y en directo. No debe hacerse en diferido.

Devolución y perforación de los billetes no vendidos.

Los billetes que no sean vendidos serán entregados por los distribuidores a una empresa de transporte especializada, debidamente perforados, por lo menos una hora antes de la realización del sorteo. Si la venta es electrónica se deberá garantizar que la información sobre la venta y lo no vendido esté a disposición de la operadora del juego por lo menos una hora antes de la realización del sorteo.

Con anterioridad a la realización del sorteo, y en presencia de las autoridades del mismo, la entidad operadora perforará los billetes que no haya dado a la venta y hará entrega de un archivo contentivo de la información sobre lo vendido y no vendido en forma electrónica.

-- Código de barras.

Cada billete de lotería será identificado con un código de barras que exprese cuando menos la entidad operadora, el distribuidor, el billete y el sorteo para el cual fue emitido. Las mismas garantías se deben adoptar para la venta electrónica.

En todo caso, el código de barras que se adopte debe permitir su lectura por medio de un lector óptico, con el objeto de permitir su consolidación y transmisión electrónica.

-- Reporte de la devolución de billetes no vendidos.

Los distribuidores de billetes de lotería deberán enviar a la entidad operadora, con antelación al sorteo, una relación en la que se identifiquen los billetes que no fueron vendidos, utilizando un medio de reporte electrónico.

La operadora de Juego de Lotería deberá establecer las medidas administrativas y gerenciales tendientes a garantizar el normal y oportuno flujo de información, relacionada a la devolución de la billetería y formular un plan de contingencia para garantizar la solución de los inconvenientes de tipo técnico que se puedan presentar; así como el procedimiento a seguir en caso de caso fortuito o fuerza mayor.

Notas de Vigencia

- Subtítulo 'Seguridad en los sorteos' adicionado por la Circular 59 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.

CAPITULO II.

## OPERADORES DEL JUEGO DE APUESTAS PERMANENTES – CHANCE.

### 1. NORMATIVIDAD APLICABLE.

<Numeral modificado por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:>

La Ley 643 de 2001, respecto al Régimen del Juego de Apuestas Permanentes o Chance, determina:

“Artículo 22. **Explotación del Juego de las Apuestas Permanentes o Chance.** Corresponde a los departamentos y al Distrito Capital la explotación, como arbitrio rentístico, del juego de las apuestas permanentes o chance. La explotación la podrán realizar directamente por intermedio de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado, operadoras de loterías, o por intermedio de las Sociedades de Capital Público Departamental (SCPD), que se autoriza y ordena crear en la presente ley.

Sólo se podrá operar el juego de apuestas permanentes o chance, a través de terceros seleccionados mediante licitación pública, y por un plazo de cinco (5) años.

Los operadores privados de esta modalidad de juego deberán tener un patrimonio técnico mínimo, otorgar las garantías y cumplir los demás requisitos que para tal efecto les señale el reglamento expedido por el Gobierno Nacional.

**PARÁGRAFO.** Para los efectos de la presente ley los ingresos provenientes de juegos de apuestas permanentes de Bogotá y Cundinamarca continuarán distribuyéndose en un setenta por ciento (70%) para el Fondo Financiero de Salud de Bogotá y el treinta por ciento (30%) para el Fondo Departamental de Salud de Cundinamarca, descontados los gastos administrativos de la explotación.

Artículo 23. **Derechos de explotación.** Los concesionarios del juego de apuestas permanentes o chance pagarán mensualmente a la entidad concedente a título de derecho de explotación, el doce por ciento (12%) de sus ingresos brutos.

Al momento de la presentación de la declaración de los derechos de explotación, se pagarán a título de anticipo de derechos de explotación del siguiente período, un valor equivalente al setenta y cinco por ciento (75%) de los derechos de explotación que se declaran.

En el caso de nuevos concesionarios el primer pago de anticipo se realizará con base en los ingresos brutos esperados, de acuerdo con el estudio de mercado elaborado para el efecto y presentado en el marco de la licitación previa a la celebración del contrato de concesión.

Si se trata de concesionarios que ya venían operando el juego, el pago de anticipo que se realice a partir de la vigencia de la presente ley, se hará con base en el promedio simple de los ingresos brutos del concesionario de los doce (12) meses anteriores; en todo caso, el anticipo no podrá ser inferior al promedio de lo pagado como regalía en los últimos doce (12) meses.

**PARÁGRAFO.** La diferencia entre el valor total de los derechos liquidados en el periodo y el anticipo pagado en el período anterior constituirá el remanente o saldo de los derechos de explotación a pagar por el período respectivo.

En el evento de que el valor total de los derechos de explotación del período sea inferior al anticipo liquidado por el mismo, procederá el reconocimiento de compensaciones contra futuros

derechos de explotación”.

#### Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.

#### Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

1. La Ley 643 de 2001 determinó que a los departamentos y al Distrito Capital les corresponde la explotación, como arbitrio rentístico, del juego de las apuestas permanentes o chance, explotación que se puede realizar directamente por intermedio de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado operadoras de loterías, o por intermedio de las Sociedades de Capital Público Departamental (SCPD).

La citada ley estableció que el juego de apuestas permanentes o chance sólo se puede operar a través de terceros seleccionados mediante licitación pública y por un plazo de cinco (5) años improrrogables. Además, determinó que los concesionarios del juego de apuestas permanentes o chance están en la obligación de pagar mensualmente el doce por ciento (12%) de sus ingresos brutos, a la entidad concedente, a título de derecho de explotación.

#### 2. INSTRUCCIONES.

<Numeral modificado por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de los operadores del Juego de Apuestas Permanentes, Chance, cualquiera que sea su naturaleza jurídica; deben remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de sus funciones, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

Descripción Tipo de Información	Periodicidad	Plazo
Reporte de Derechos de Explotación	Mensual	5 días siguientes al vencimiento del plazo para declarar
Premios No Reclamados	Mensual	10 primeros días de cada mes
Reporte de Transferencias	Mensual	15 días siguientes al vencimiento del plazo para declarar
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año

Los Estados Financieros deben enviarse en archivo plano y adicionalmente remitir en medio impreso, el Balance General, el Estado de Resultados, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal. La información a remitir en el archivo plano debe contemplar exclusivamente los saldos correspondientes a la operación del juego de apuestas permanentes o chance, el enviado en medio impreso debe

contener la información correspondiente a la Empresa, clasificada por unidad de negocio.

Los operadores del juego de Apuestas Permanentes o Chance deben realizar el cargue de la información de los Estados Financieros de acuerdo con la codificación establecida en el Plan Único de Cuentas (PUC), vigente para comerciantes, a seis dígitos.

Los operadores del juego de apuestas permanentes o chance deben remitir a la Superintendencia en físico por cada uno de los periodos de liquidación, la declaración de derechos de explotación y el soporte del pago de la transferencia de estos y los intereses moratorios al Fondo Departamental de Salud y/o quien haga sus veces, así como el soporte de giro del porcentaje establecido para los gastos de administración para la función de fiscalización de las entidades concedentes.

En concordancia con lo dispuesto en el Título I de la presente Circular, frente al reporte de los archivos y la conexión en línea y tiempo real de apuestas permanentes, son responsables de la calidad, veracidad y confiabilidad de dichos reportes, además del Representante Legal, el Revisor Fiscal (si lo hubiere), y el contador.

#### Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.
- Inciso adicionado por la Circular 52 de 2008, publicada en el Diario Oficial No. 47.206 de 17 de diciembre de 2008.

#### Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007, con el texto adicionado por la Circular 52 de 2008:

2. Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de los operadores del juego de Apuestas Permanentes – Chance–, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

#### Descripción Tipo De Periodicidad Plazo

##### Información

Reporte de derechos de 5 días siguientes al  
explotación Mensual vencimiento del plazo  
para declarar

Estados Financieros Anual 10 primeros días  
calendario del mes de  
abril de cada año.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

Segundo Envío de Información. A partir de la entrada en vigencia de la presente circular los reportes enviados no podrán ser modificados ni eliminados. En caso de errores en los reportes el Representante Legal de la entidad deberá solicitar autorización para realizar un segundo envío de la información explicando claramente los motivos de la inconsistencia y anexando los soportes documentales pertinentes.

Una vez la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud autorice el segundo envío, le será enviada una comunicación y, a partir de ese momento, podrá ingresar la información corregida, sin perjuicio del cumplimiento de los plazos establecidos en la presente circular.

Actualización de Datos. En la medida en que se realicen cambios en la representación legal de la entidad; dirección; razón social y/o revisoría fiscal estos datos deben ser actualizados por escrito ante la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud, dentro de los cinco (5) días siguientes a su ocurrencia.

<Inciso adicionado por la Circular 52 de 2008. El nuevo texto es el siguiente:> Las entidades concedentes del juego de apuestas permanentes deberán allegar los contratos de concesión para el juego de apuestas permanentes o chance indicando la rentabilidad mínima mensual y anual de los derechos de explotación, de conformidad con los valores mensuales determinados en el estudio de mercado..

### 3. JUEGOS AUTORIZADOS EN MATERIA DE APUESTAS PERMANENTES O CHANCE.

<Numeral adicionado por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Los sorteos correspondientes a juegos autorizados, cuyos resultados se utilizan exclusivamente en el juego de apuestas permanentes o chance, deberán cumplir las condiciones mínimas para efectuar los sorteos, en materias de seguridad y publicidad, previstas en la Circular Externa Única de la Superintendencia Nacional de Salud.

La realización de los mencionados sorteos requiere previa presentación y aprobación escrita, por parte de la junta directiva de la respectiva Entidad Concedente, del cronograma de sorteos en el que se indiquen la fecha y hora de su realización, así como de un manual de procedimientos para la realización del sorteo en el que se describan de manera precisa y detallada cada una de las actividades que lo componen y los responsables de las mismas.

Cualquier cambio o modificación en el cronograma de sorteos y en el manual de procedimientos requiere autorización previa de la junta directiva de la respectiva Entidad Concedente y debe solicitarse con al menos con ocho (8) días hábiles de anticipación a la implementación de la modificación que se pretende.

El cronograma de sorteos y el manual de procedimientos para la realización de sorteos y sus modificaciones deben remitirse a la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud de esta Superintendencia, dentro de los cinco (5) días

calendario siguientes a su aprobación por parte de la respectiva entidad concedente junto con los actos administrativos correspondientes.

De conformidad con lo establecido en el Decreto 4643 de 2005 o la norma que lo modifique o adicione, las entidades concedentes deben remitir la documentación relacionada con la autorización del reconocimiento de incentivos a los concesionarios del juego de apuestas permanentes o chance.

#### Notas de Vigencia

- Numeral 3 adicionado por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.

#### 4. PREMIOS NO RECLAMADOS.

<Numeral adicionado por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> “Con el fin de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control respecto a la destinación de premios de los juegos de suerte y azar no reclamados dentro de los términos de que trata el artículo [12](#) de la Ley 1393 de 2010, a partir del 12 de julio de 2011 todos los operadores de juegos de suerte y azar deben reportar el valor total de los premios no reclamados una vez operado el término de prescripción o de caducidad judicial (archivo 219), que se vayan causando durante el período (mes) a reportar y efectuar la transferencia respectiva en el archivo tipo 205 – reporte de transferencias”.

Premios No Reclamados (Loterías, Concesionarios de Apuestas Permanentes, Operadores de Juegos Localizados y la Empresa Territorial para la Salud – Etesa, en Liquidación y/o quien haga sus veces).

#### Archivo Tipo 219

Campo	Dato	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	NIT	Número de NIT	16	Solo dígitos
2	Dígito Verificación	Número del Dígito de verificación del NIT	1	Solo dígitos
3	Código entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	10	Alfanumérico
4	Periodo de corte	Periodo de corte para la presentación de la información	2	VER TABLA PERIODOS
5	Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Solo dígitos
6	Tipo de Registro	Escriba 219	3	Solo dígitos
7	Código Departamento	Código del Departamento al cual se le transfiere el impuesto, según tabla DANE	2	Solo dígitos

8	Código Municipio	Código del Municipio al cual se le transfiere el impuesto, según tabla DANE	5	Solo dígitos
9	Monto acumulado premios no reclamados	Monto Acumulado en el mes reportado de los premios no reclamados	16	Numéricos
10	Código Entidad bancaria	Código de la Entidad bancaria donde se depositan los recursos, según tabla Entidades bancarias	3	Solo dígitos
11	Número de cuenta bancaria	Número de cuenta bancaria	16	Solo dígitos

#### Notas de Vigencia

- Numeral 4. adicionado por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.

#### Reporte Contratos Concesión Apuestas Permanentes

<Reporte adicionado por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:>

#### Archivo Tipo 216

Campo	Dato	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1	NIT	Número de NIT entidad concedente	16	Solo dígitos
2	Dígito Verificación	Número del Dígito de verificación del NIT	1	Solo dígitos
3	Código entidad	Código entidad o Departamento que concede la operación del juego de apuestas permanentes o chance, según tabla DANE o tabla entidades asignado por la Superintendencia	10	Alfanumérico
4	Fecha Inicio de Concesión	Fecha de Inicio del contrato	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
5	Fecha Finalización de Concesión	Fecha Finalización de Concesión	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
6	Tipo de Registro	Escriba 216	3	Solo dígitos
7	Código del Departamento	Código del Departamento donde se explota el juego de apuestas permanentes, según tabla DANE	2	Solo dígitos
8	Código Municipio	Código del Municipio donde estén autorizados puntos de venta, según tabla DANE	5	Solo dígitos



7	No del Contrato	Número asignado por la entidad concedente al contrato	10	Alfanumérico
9	Monto del Contrato	Rentabilidad mínima pactada en el contrato	16	Numéricos
10	Fecha del Contrato	Fecha de suscripción del contrato	10	Formato fecha dd/mm/aaaa
11	Concesionario	Razón Social del concesionario	99	Alfabético
12	Tipo de reporte	1 = Inicial 2 = Modificación 3 = Prórroga	1	Solo dígitos

#### Notas de Vigencia

- Reporte adicionado por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011. La Circular 5 de 2011 no es clara en establecer en donde se adiciona este reporte.

<Tabla adicionada por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:>

Departamento Titular del Derecho a Explotar el Juego de Apuestas Permanentes	Concedente
1 Amazonas	Gobernación del Amazonas
2 Antioquia	Beneficencia de Antioquia – BENEDAN
3 Arauca	Gobernación del Arauca
4 Atlántico	Empresa Departamental de Juegos de Suerte y Azar EDUSUERTE (Empresa industrial y comercial del Estado del orden departamental, creada mediante Decreto 278 de agosto de 2009)
5 Bogotá y Cundinamarca	Lotería de Bogotá
6 Bolívar	Lotería de Bolívar la Millonaria del Caribe
7 Boyacá	Lotería de Boyacá
8 Caldas	Empresa Deptal. para la Salud - EDSA
9 Caquetá	Gobernación del Caquetá
10 Casanare	Gobernación del Casanare
11 Cauca	Lotería del Cauca
12 Cesar	Empresa Administradora de Juegos de Suerte y Azar del Cesar
13 Chocó	Gobernación del Chocó
14 Córdoba	Gobernación de Córdoba
15 Guainía	Gobernación del Guainía
16 Guaviare	Gobernación del Guaviare
17 Huila	Empresa Lotería y Juego de Apuestas Permanentes del Departamento del Huila

18 La Guajira	Empresa Departamental de Loterías y Juegos de Suerte y Azar de La Guajira- EDELGUA
19 Magdalena	Administrador del chance Secretario del Interior del Magdalena (Decreto 594 05/10/2007 - firmado por el Gobernador)
20 Meta	Lotería del Meta
21 Nariño	Lotería de la Beneficencia de Nariño
22 Norte de Santander	Lotería de Cúcuta
23 Putumayo	Gobernación del Putumayo
24 Quindío	Lotería del Quindío
25 Risaralda	Lotería de Risaralda
26 San Andrés	Gobernación Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
27 Santander	Lotería Santander
28 Sucre	Empresa Comercial de Juegos de Suerte Azar de Sucre – EMCOAZAR
29 Tolima	Lotería del Tolima
30 Valle del Cauca	Beneficencia del Valle del Cauca
31 Vaupés	Gobernación del Vaupés
32 Vichada	Gobernación del Vichada

#### Notas de Vigencia

- Tabla adicionada por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011. La Circular 5 de 2011 no es clara en establecer en donde se adiciona esta tabla.

### CAPITULO III.

#### JUEGOS DE SUERTE Y AZAR DISTINTOS A LOTERÍAS Y CHANCE.

##### 1. NORMATIVIDAD APLICABLE.

La Ley 643 de 2001 definió las distintas modalidades de juegos de suerte y azar, así como los derechos de explotación que generan y las entidades competentes para autorizar su funcionamiento, así:

1.1. Las rifas son una modalidad de juego de suerte y azar en la cual se sortean, en una fecha predeterminada premios en especie entre quienes hubieren adquirido o fueren poseedores de una o varias boletas, emitidas en serie continua y puestas en venta en el mercado a precio fijo por un operador previa y debidamente autorizado. Las rifas de carácter permanente están prohibidas.

La explotación, como arbitrio rentístico, de las rifas le corresponde a los municipios o el Distrito Capital, siempre y cuando operen exclusivamente en su jurisdicción territorial; a los departamentos, cuando operen en dos o más municipios de un mismo departamento o un municipio y el Distrito Capital; y a la Empresa Territorial para la Salud (ETESA), cuando la rifa opere en dos o más departamentos, o en un departamento y el Distrito Capital.

Los derechos de explotación corresponden al catorce por ciento (14%) de los ingresos brutos.

1.2. Los juegos promocionales son organizados y operados con fines de publicidad o promoción de bienes o servicios, establecimientos, empresas o entidades, en los cuales se ofrece un premio al público, sin que para acceder al juego se pague directamente.

Estos juegos generan en favor de la entidad administradora del monopolio derechos de explotación equivalentes al catorce por ciento (14%) del valor total del plan de premios.

1.3. Los juegos localizados son modalidades que se operan con equipos o elementos de juegos, en establecimientos de comercio, a los cuales asisten los jugadores como condición necesaria para poder apostar, tales como los bingos, video bingos, esferódromos, máquinas tragamonedas, y los operados en casinos y similares.

También se consideran locales de juegos los establecimientos en donde se combina la operación de distintos tipos de juegos de los considerados como localizados con otras actividades comerciales o de servicios.

Estos juegos deben ser operados por intermedio de terceros, previa autorización y suscripción de los contratos de concesión con la Empresa Territorial para la Salud, ETESA, los derechos de explotación pertenecen a los municipios y el Distrito Capital y deben ser distribuidos mensualmente.

Los derechos de explotación por los juegos localizados se pagan mensualmente según las tarifas dispuestas en la Ley 643 de 2001 para cada modalidad.

1.4. Las apuestas en eventos deportivos, gallísticos, caninos y similares son una modalidad de juegos de suerte y azar en la cual las apuestas de los jugadores están ligadas a los resultados de los respectivos eventos deportivos, gallísticos, caninos y similares, tales como el marcador, el ganador o las combinaciones o aproximaciones preestablecidas.

Los derechos de explotación se pagan mensualmente y se determinan con base en la reglamentación de cada juego.

1.5. Las apuestas hípcas nacionales pagan como derechos de explotación el dos por ciento (2%) de los ingresos brutos, por su parte las apuestas hípcas sobre carreras foráneas pagan como derechos de explotación el 15% de los ingresos brutos.

1.6. Como juegos novedosos se entiende cualquier otra modalidad de juegos de suerte y azar distintos de las loterías tradicionales o de billetes, de las apuestas permanentes y de los demás juegos a que se refiere la Ley 643 de 2001.

Entre los juegos novedosos se encuentran la Lotto preimpresa, la lotería instantánea, el Lotto en línea y los demás juegos masivos, realizados por medios electrónicos, por Internet o mediante cualquier otra modalidad en tiempo real que no requiera la presencia del apostador.

## 2. INSTRUCCIONES.

### 2.1. OPERADORES DE JUEGOS.

<Numeral modificado por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por

parte de los operadores de juegos de suerte y azar diferentes a Loterías y Apuestas Permanentes – Chance –, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de sus funciones, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

Descripción Tipo de Información	Periodicidad	Plazo
Instrumentos de juegos autorizados	Mensual	10 primeros días de cada mes
Transferencias	Mensual	10 primeros días de cada mes
Premios no reclamados	Mensual	10 primeros días de cada mes
Transferencias de premios no reclamados	Mensual	10 primeros días de cada mes
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

La información correspondiente a los Estados Financieros debe cargarse en la página web de la Superintendencia Nacional de Salud mediante archivo plano; exclusivamente se debe relacionar la información correspondiente al ejercicio de la concesión y adicionalmente remitir a la Superintendencia en medio impreso, la información financiera consolidada que incluya la totalidad de los negocios que maneja dicho operador de juegos (Balance General y Estado de Resultados en forma comparativa de los dos (2) últimos años con corte a 31 de diciembre, así como las correspondientes notas a los Estados Financieros, la certificación de los mismos y el Dictamen del Revisor Fiscal.

Los operadores de juegos de suerte y azar distintos a Loterías y Chance deben realizar el cargue de la información de los Estados Financieros de acuerdo con la codificación establecida en el plan único de cuentas vigente para comerciantes, a seis dígitos.

Así mismo, es necesario que reporten el monto correspondiente a las transferencias reportadas a la Empresa Territorial para la Salud – Etesa – en Liquidación y/o en su defecto a la entidad que haga sus veces, así como el valor correspondiente al Total de Activos, de acuerdo con lo reportado en los Estados Financieros con corte a diciembre 31, tanto del año reportado así como del período inmediatamente anterior en forma comparativa, a más tardar el 10 de abril de cada año.

#### Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.

#### Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.1 Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de los operadores de juegos de suerte y azar diferentes a Loterías y Apuestas Permanentes – Chance –, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

Descripción Tipo De Información Periodicidad Plazo

Instrumentos de juego autorizados Mensual 10 primeros días de cada mes

Transferencias Mensual 10 primeros días de cada mes

Estados financieros Anual 10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

## 2.2. EMPRESA TERRITORIAL PARA LA SALUD – ETESA.

<Numeral modificado por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de la Empresa Territorial para la Salud – Etesa, en Liquidación o la Entidad que haga sus veces, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de sus funciones, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

Descripción Tipo de Información	Periodicidad	Plazo
Operadores Autorizados	Mensual	10 primeros días de cada mes
Recaudos de Operadores	Mensual	10 primeros días de cada mes
Transferencias al sector Salud	Mensual	10 primeros días de cada mes
Estados Financieros	Anual	10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

La Empresa Territorial para la Salud – Etesa, en liquidación y/o quien haga sus veces debe realizar el cargue de la información de los Estados Financieros de acuerdo con la codificación

establecida en el Plan General de la Contaduría Pública, desagregada a diez dígitos.

Así mismo, se debe reportar en medio físico, por cada operador de juegos de suerte y azar distintos a loterías y chance el monto correspondiente a las transferencias al sector salud, así como el valor correspondiente al Total de Activos, acorde a lo reportado en los Estados Financieros con corte a diciembre 31 de cada vigencia, comparativos con el año reportado inmediatamente anterior, simultáneo con el envío de los estados financieros.

#### Notas de Vigencia

- Numeral modificado por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.

#### Legislación Anterior

Texto original de la Circular 47 de 2007:

2.2 Los formularios que se relacionan a continuación corresponden a los que deben ser diligenciados y remitidos por parte de la Empresa Territorial para la Salud – ETESA, cualquiera que sea su naturaleza jurídica, sólo se deberá remitir en medio impreso la información que específicamente se solicite.

No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones y facultades, en cualquier momento puede solicitar el envío de documentación que complemente y/o aclare la información reportada.

#### Descripción Tipo De Información Periodicidad Plazo

Operadores autorizados Mensual 10 primeros días de cada mes

Recaudos de operadores Mensual 10 primeros días de cada mes

Transferencias a salud Mensual 10 primeros días de cada mes

Estados financieros Anual 10 primeros días calendario del mes de abril de cada año.

Los Estados Financieros deben enviarse por archivo plano y adicionalmente remitir a esta Superintendencia, en medio impreso, las correspondientes notas a los estados financieros, la certificación de los mismos y el dictamen del Revisor Fiscal.

En el anexo técnico se encuentran las instrucciones específicas para el diligenciamiento y remisión de la información.

A partir de la entrada en vigencia de la presente circular los reportes enviados no podrán ser modificados ni eliminados. En caso de errores en los reportes el Representante Legal de la entidad deberá solicitar autorización para realizar un segundo envío de la información explicando claramente los motivos de la inconsistencia y anexando los soportes documentales pertinentes.

Una vez la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud autorice el segundo envío, le será enviada una comunicación y, a partir de ese momento, podrá ingresar la información corregida, sin perjuicio del cumplimiento de los plazos establecidos en la presente circular.

En la medida en que se realicen cambios en la representación legal de la entidad; dirección; razón social y/o revisoría fiscal estos datos deben ser actualizados por escrito ante la Dirección General para la Inspección y Vigilancia de los Generadores de Recursos de Salud, dentro de los cinco (5) días siguientes a su ocurrencia.

### 2.3. PREMIOS NO RECLAMADOS.

<Numeral adicionado por la Circular 5 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> “Con el fin de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control respecto a la destinación de premios de los juegos de suerte y azar no reclamados dentro de los términos que trata el artículo 12 de la Ley 1393 de 2010, a partir del 12 de julio de 2011 todos los operadores de juegos de suerte y azar deben reportar el valor total de los premios no reclamados una vez operado el término de prescripción o de caducidad judicial (archivo 219), que se vayan causando durante el período (mes) a reportar y efectuar la transferencia respectiva en el archivo tipo 205 – reporte de transferencias”.

Premios No Reclamados (Loterías, Concesionarios de Apuestas Permanentes, Operadores de Juegos Localizados y la Empresa Territorial para la Salud – Etesa, en Liquidación y/o quien haga sus veces).

#### Archivo Tipo 219

Campo Dato	Descripción	Longitud máxima	Registro permitido
1 NIT	Número de NIT	16	Solo dígitos
2 Dígito Verificación	Número del Dígito de verificación del NIT	1	Solo dígitos
3 Código entidad	Código entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	10	Alfanumérico
4 Periodo de corte	Periodo de corte para la presentación de la información	2	VER TABLA PERIODOS
5 Año	Año de corte para la presentación de la información	4	Solo dígitos
6 Tipo de Registro	Escriba 219	3	Solo dígitos
7 Código Departamento	Código del Departamento al cual se le transfiere el impuesto, según tabla DANE	2	Solo dígitos
8 Código Municipio	Código del municipio al cual se le transfiere el impuesto, según tabla DANE	5	Solo dígitos
9 Monto acumulado premios no reclamados	Monto acumulado en el mes reportado de los premios no reclamados	16	Numéricos
10 Código Entidad bancaria	Código de la Entidad bancaria donde se depositan los recursos, según tabla Entidades bancarias	3	Solo dígitos

11 Número de cuenta bancaria 16 Solo dígitos  
bancaria

Notas de Vigencia

- Numeral adicionado por la Circular 5 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 48.233 de 25 de octubre de 2011.

#### CAPITULO IV.

#### BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

##### 1. NORMATIVIDAD APLICABLE.

##### 1.1. MONOPOLIO DE LICORES.

Desde 1736 se encuentran los primeros antecedentes sobre la constitución del monopolio de licores en el Virreinato de la Nueva Granada, según se relata en la sentencia de la Sección Primera del Consejo de Estado del 24 de septiembre de 1998 expediente 4979, cuando se gravó la producción del aguardiente con un impuesto. En 1781 el Visitador Regio Juan Francisco Gutiérrez de Piñeres constituyó el monopolio del tabaco y del aguardiente.

En el artículo 1o del Decreto Legislativo 41 de 1905 se estableció, entre otras, como rentas nacionales la de licores, y en el artículo 2o dispuso que la renta de licores consiste en el monopolio de la producción, introducción y venta de licores destilados embriagantes y comprende el aguardiente de caña y sus compuestos; el brandy o coñac, whisky, el champagne, pusse-cafés, chartreuse, cremas, curazao, cireh y sus similares, y el extracto de coñac y los espíritus concentrados para la fabricación de los licores antes dichos.

La Asamblea Nacional Constituyente y Legislativa de Colombia, en el artículo 1o de la Ley 15 de abril 10 de 1905, ratificó con carácter de ley permanente, entre otros, el Decreto Legislativo 41 de 1905.

Por su parte el artículo 1o del Decreto 1344 de 1908 consagró:

“Cédese en provecho de los Departamentos y los Municipios el producto de las Rentas de Licores Nacionales...

PARÁGRAFO 2o. El Gobierno por medio de los Gobernadores reglamentará la distribución e inversión del producto de estas Rentas.”

Posteriormente, el Acto Legislativo 3 de 1910 desarrollado mediante la Ley 88 de 1910, entre otros, dispuso que un monopolio se puede establecer solo como arbitrio rentístico y en virtud de ley, además, ratificó la facultad de las Asambleas de monopolizar la producción, introducción y venta de licores destilados embriagantes.

La Ley 4ª de 1913, Código de Régimen Político y Municipal, en el numeral 36 del artículo [97](#) reiteró la facultad de las Asambleas Departamentales para “Monopolizar en beneficio de su Tesoro, si lo estima conveniente, y de conformidad con la ley, la producción, introducción y venta de licores destilados embriagantes, o gravar esas industrias en la forma en que lo determine la ley, si no conviene el monopolio;” Negrilla fuera de texto.



Posteriormente, el artículo 61 de la Ley 14 de 1983, ratificó que:

“La producción, introducción y venta de licores destilados constituyen monopolios de los departamentos como arbitrio rentístico en los términos del artículo [31](#) de la Constitución Política de Colombia. En consecuencia, las Asambleas Departamentales regularán el monopolio o gravará esas industrias y actividades, si el monopolio no conviene, conforme a lo dispuesto en esta ley”. Negrilla fuera de texto.

Y el artículo 63 *ibidem* estableció que:

“En desarrollo del monopolio sobre la producción, introducción y venta de licores destilados, los departamentos podrán celebrar contratos de intercambio con personas de derecho público o de derecho privado y todo tipo de convenio que, dentro de las normas de contratación vigentes permita agilizar el comercio de estos productos.

Para la introducción y venta de licores destilados, nacionales o extranjeros, sobre los cuales el departamento ejerza el monopolio, será necesario obtener previamente su permiso, que sólo los otorgará una vez se celebren los convenios económicos con las firmas productoras, introductoras o importadoras en los cuales se establezca la participación porcentual del departamento en el precio de venta del producto, sin sujeción a los límites tarifarios establecidos en esta ley”. Negrilla fuera de texto.

Ahora, el Decreto 2969 de 1983, reglamentario de la Ley 14 de 1983, en su artículo 4o dispuso que sobre el impuesto nacional de consumo de bebidas alcohólicas, cedido a los departamentos, estos no podrían conceder ninguna clase de exoneraciones o rebajas.

El artículo [336](#) de la Constitución Política de 1991 determinó que:

“...

Ningún monopolio podrá establecerse sino como arbitrio rentístico, con una finalidad de interés público o social y en virtud de la ley.

La ley que establezca un monopolio no podrá aplicarse antes de que hayan sido plenamente indemnizados los individuos que en virtud de ella deban quedar privados del ejercicio de una actividad económica lícita.

La organización, administración, control y explotación de los monopolios rentísticos estarán sometidos a un régimen propio, fijado por la ley de iniciativa gubernamental.

...”.

La honorable Corte Constitucional, en Sentencia C-1191 de 2001[4], al referirse a las rentas provenientes del monopolio de licores, tradicionalmente en cabeza de los departamentos, explicó que:

“... Así, una revisión de las discusiones sobre este punto muestra que los Constituyentes variaron la destinación de esos recursos. Inicialmente esos dineros debían ser utilizados “exclusivamente” para los servicios de salud. Luego la Asamblea consideró que sólo debían destinarse “preferentemente” a esos servicios, y esa modificación fue incorporada en el inciso 5o del artículo [336](#) de la Carta. Una de las razones principales invocadas para ese cambio fue la idea de “no limitar, por la Constitución, la autonomía de los departamentos. Los Constituyentes

explicaron que la destinación preferente de las rentas de licores dejaba abierta la posibilidad a que las autoridades respectivas pudieran invertir en otras áreas, cuando se suplieran las necesidades básicas e insatisfechas.” Negrilla fuera de texto.

Además, la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, en el Concepto 1458 de 2002, entre otros, afirma que el monopolio de producción, introducción y venta de licores no ha variado en su concepción esencial desde su establecimiento en el año de 1905, no se trata de tres monopolios diferentes, sino que el único existente comprende las tres fases o etapas; así corresponde al conjunto de actividades productivas cuyo objeto no es únicamente la transformación de la materia (producción), sino también la distribución del producto industrial, del mismo modo el monopolio se extiende a la introducción y venta en la jurisdicción de un departamento, bien de los licores destilados de producción nacional elaborados en otro departamento o bien de los licores importados.

El Decreto 4692 del 21 de diciembre de 2005 estableció que la destinación preferente de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores exige su aplicación por lo menos en el 51% a la financiación de los servicios de salud y educación.

Además, el citado decreto determina que el Gobernador o su delegado, deberá informar al Ministerio de Educación Nacional, Dirección de Descentralización y a la Superintendencia Nacional de Salud dentro de los 30 días hábiles siguientes a la aprobación del presupuesto, los montos incorporados con destino a la financiación de los servicios de salud y educación. Igualmente, dentro de los 30 días hábiles siguientes al cierre de la vigencia fiscal, deberá informar los montos efectivamente ejecutados discriminando por cada rubro específico de gasto, la fuente de financiación.

Al mismo tiempo facultó a la Superintendencia Nacional de Salud para exigir la suscripción de planes de desempeño, con los departamentos, para garantizar en la vigencia fiscal de 2006, la efectiva destinación de las rentas obtenidas en el ejercicio del monopolio de licores, sin perjuicio de las acciones que en virtud de sus funciones de inspección, vigilancia y control le corresponde adelantar.

## 1.2 Definiciones

La Ley 14 de 1983 en el artículo 70 determinó que el Gobierno Nacional, en desarrollo de la potestad reglamentaria y teniendo en cuenta las normas técnicas del Ministerio de Salud y del ICONTEC, definirá qué se entiende por licores, vinos, aperitivos y similares, para los efectos de esta ley.

Se encuentra que el Gobierno Nacional mediante el Decreto 365 de 1994, adoptó la siguiente definición:

“...

9. Licor: Es la bebida alcohólica con una graduación mayor de 20 grados alcoholimétricos, que se obtiene por destilación de bebidas fermentadas, o por mezcla de alcohol rectificado neutro o aguardiente con sustancias de origen vegetal, o con extractos obtenidos con infusiones, percolaciones o maceraciones de los citados productos. Sólo podrá edulcorarse con sacarosa, glucosa, fructuosa, miel, o sus mezclas y colorearse con los colorantes permitidos por el Ministerio de Salud.

...”.

En Colombia se denomina “aguardiente” al licor anisado que se obtiene destilando una maceración de semillas de anís (común, estrellado o su mezcla) adicionado o no de otras sustancias aromáticas en alcohol rectificado neutro, o mezclando alcohol rectificado neutro con agentes aromáticos seguido o no de la destilación, adicionado o no de otras sustancias aromáticas, edulcorantes o colorantes permitidos.

Además, el Consejo de Estado en los conceptos números 367 de 1990 y 1458 de 2002 hace diferenciación entre los licores destilados del monopolio, y las bebidas fermentadas, así:

“...

Para la imposición del gravamen al consumo y para determinar la extensión del monopolio, la ley diferencia entre licores destilados (aguardiente anisado, whisky, brandy, coñac, ginebra, ron, etc.) y bebidas fermentadas (vinos, vinos espumosos o espumantes, cervezas, aperitivos y similares) (1). Respecto de los primeros, existe el monopolio por los departamentos en relación con su producción, introducción y venta en el territorio departamental; además, la respectiva entidad territorial percibe el impuesto al consumo, que será pagado por los productores o introductores de dichos licores. En cuanto a las segundas, no existe monopolio estatal y, por tanto, su producción y distribución son libres en el territorio nacional, con sujeción al pago del impuesto al consumo y en la medida en que las disposiciones sanitarias no lo prohíban.

...”

### 1.3 IVA CEDIDO A SALUD.

#### 1.3.1 LICORES, VINOS, APERITIVOS Y SIMILARES.

El artículo 1° de la Ley 21 de 1963 facultó al Presidente para establecer impuestos sobre las ventas de artículos terminados que efectúen los productores o importadores. Adicionalmente, determinó, que de los artículos gravados, el Gobierno podría seleccionar algunos cuyo impuesto pudiese ser recaudado por los departamentos, el Distrito Especial de Bogotá y los municipios a fin de cederlos a estas entidades para el sostenimiento de hospitales y demás establecimientos de asistencia pública.

El Decreto 3288 de 1963 en sus artículos 1° y 2°, estableció el impuesto sobre las ventas, entre otros, para los licores de producción nacional, y en el artículo 8° reiteró la facultad del Gobierno para seleccionar algunos artículos gravados y ceder, a favor de los departamentos y el Distrito, su producido para el financiamiento de hospitales.

Por su parte el Decreto 2073 de 1965, determinó ceder a los Departamentos y al Distrito Especial de Bogotá el producido del impuesto sobre las ventas de licores nacionales que se causará dentro del territorio de la entidad beneficiaria, de conformidad con la autorización consagrada en el artículo 8° del Decreto 3288 de 1963. Cesión que fue ratificada por el artículo 1° de la Ley 33 de 1968, además, en el Decreto 156 de 1975 se reiteró, nuevamente, que la cesión se hacía en forma proporcional al valor total de los productos consumidos en la respectiva entidad territorial.

El artículo 2o del Decreto 880 de 1979, por su parte, estableció la obligación para las licoreras de girar directamente, a partir del 1o de julio de 1979, el IVA a los Servicios Seccionales de Salud, en igual cuantía al valor liquidado correspondiente al consumo de cada departamento.

El Decreto 1897 de 1987 dispuso, que del valor correspondiente al impuesto sobre las ventas cedido a los Servicios Seccionales de Salud por el consumo de licores destilados de producción nacional en el departamento de Cundinamarca y en el Distrito Especial de Bogotá, se distribuyera: el setenta por ciento (70%) para el Servicio Seccional de Salud del departamento de Cundinamarca y el treinta por ciento (30%) para el Servicio de Salud de Bogotá.

Además, estableció para las empresas productoras de licores la obligación de pagar directamente el impuesto, en las proporciones anteriormente señaladas, a favor de los Servicios Seccionales de Salud del Departamento y del Distrito.

Por su parte la Ley 15 de 1989 en el artículo 47 determinó que:

“Las empresas o fábricas de licores departamentales o a quienes se haya concedido la explotación del monopolio, deberán girar a los Servicios Seccionales de Salud, en los primeros quince (15) días de cada mes, el valor liquidado del impuesto correspondiente al mes anterior.

Los Servicios Seccionales de Salud, distribuirán el gravamen entre los hospitales de su jurisdicción.” Negrilla fuera de texto.

Ley 10 de 1990 en el artículo 39 establece, entre otras obligaciones, que los sujetos pasivos de impuestos con destinación para servicios de salud y asistencia pública deben acreditar el cálculo de la base gravable y el pago de impuestos de renta para salud cuando lo solicite la Superintendencia Nacional de Salud.

En el artículo 41 la citada ley dispuso, entre otros, la obligación a los productores de licores de suministrar a la Superintendencia Nacional de Salud fotocopia de la declaración de ventas, una relación de las ventas y retiros por cada unidad territorial, discriminando para cada bimestre el número de unidades producidas, vendidas y/o retiradas para consumo interno, así como, la copia o fotocopia del recibo de pago del impuesto cedido, expedido por el fondo seccional de salud.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo [213](#) de la Ley 223 de 1995, el período gravable del impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares es quincenal, y los productores están en la obligación de declarar ante las correspondientes Secretarías de Hacienda Departamentales o en las entidades financieras autorizadas para tal fin, dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al vencimiento de cada período gravable, aún cuando no hayan realizado operaciones gravadas.

Posteriormente, el artículo 60 de la Ley 488 de 1998, establece:

“A partir de la vigencia de la presente ley el impuesto sobre las ventas determinado en la venta de licores destilados de producción nacional, ya sea directamente por las licoreras oficiales, o por quienes se les haya concedido el monopolio de producción o de distribución de esta clase de licores, deben girar directamente a los fondos seccionales de salud, conforme con las disposiciones vigentes, el impuesto correspondiente.

...”.

Finalmente, la determinación del IVA a pagar por parte de los productores fue modificada por la Ley 788 de 2002, la cual estableció, entre otros aspectos, unificar este tributo con el Impuesto al Consumo, y determinó mantener la cesión al sector salud del IVA de licores y adicionar, como IVA cedido a salud, el setenta por ciento (70%) del IVA de vinos, aperitivos y similares

nacionales y extranjeros, y el de licores importados.

Así las cosas, se tiene que el IVA correspondiente a los licores destilados nacionales, productos con más de 20 grados alcoholimétricos, está cedido 100% a salud; y que del IVA que grava a los vinos, aperitivos y similares el 70% está cedido al sector salud.

Adicionalmente, la Ley 788 dispuso que las declaraciones que no contengan la constancia del pago de la totalidad del impuesto se tienen como no presentadas.

El artículo 4o del Decreto 1150 del 8 de mayo de 2003, por el cual se reglamenta parcialmente el Capítulo V de la Ley 788 de 2002, establece que los declarantes de productos nacionales, previo a la presentación de la declaración ante el Departamento, consignarán directamente a los Fondos de Salud Departamentales y del Distrito Capital, los recursos destinados a salud y anexarán copia de los recibos a la declaración.

A su vez, el inciso cuarto del artículo 54 de la citada ley estableció que el impuesto liquidado no podía ser afectado en ningún caso con impuestos descontables, salvo el correspondiente a los productores oficiales, quienes pueden descontar del componente IVA el pagado en la producción de los bienes gravados.

Posteriormente, la Ley 1111 de 2006 en el inciso 3o del artículo 78, vigencia y derogatorias, determinó que:

“La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial las siguientes:

...

Deróguese la expresión “salvo el correspondiente a los productores oficiales, que podrán descontar del componente del IVA de este impuesto, el IVA pagado en la producción de los bienes gravados” del inciso 4o del artículo 54 de la Ley 788 de 2002.

...”.

El Decreto 541 de 2007, por el cual se reglamenta la Ley 788 de 2002 respecto del IVA cedido a entidades territoriales, en su artículo 1o establece que:

“En el caso de productores oficiales, el IVA cedido que está incorporado dentro de la tarifa del impuesto al consumo o participación, es equivalente al 35% de este impuesto, valor que se afectará con el IVA correspondiente a la producción.”

<Inciso adicionado por la Circular 59 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> El Consejo de Estado en diciembre de 2007 profirió Auto, con el cual suspendió temporalmente el Decreto 541 de 2007.

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado por la Circular 59 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.

La Ley [1151](#) del 25 de julio de 2007, por la cual expide el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, en su artículo [160](#), derogó el inciso 3o del artículo 78 de la Ley 1111 de 2006.

<Incisos adicionado por la Circular 59 de 2010. El nuevo texto es el siguiente:> La Ley 1378 de enero 8 de 2010, por la cual se regula la cesión del IVA de licores a cargo de las licoreras departamentales en lo correspondiente al descuento del impuesto para los productores oficiales, en su artículo primero establece que:

“ . . .

El impuesto liquidado en ningún caso podrá ser afectado con impuestos descontables, salvo el correspondiente a los productores oficiales, que podrán descontar del componente del IVA de este Impuesto, el IVA pagado en la producción de los bienes gravados, entendidos estos como licores cuya producción está monopolizada y es producida directamente por las empresas departamentales a las que se refiere el inciso 1o.

Parágrafo. Los recursos que se obtengan por el descuento del IVA, serán destinados exclusivamente para la financiación de los servicios de Salud hasta tanto se logre la cobertura universal y la unificación del Plan Obligatorio de Salud en el respectivo Departamento”.

Notas de Vigencia

- Inciso adicionado por la Circular 59 de 2010, publicada en el Diario Oficial No. 47.625 de 16 de febrero de 2010.



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

